



The Door – A Center of Alternatives, Inc.
Centre de santé pour adolescents

SERVICE DE SOINS DE SANTÉ
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU TUTEUR

Nom de l'enfant (prénom et nom) : _____ Date de naissance : _____

Allergique à un médicament? Non Oui Si oui, veuillez préciser : _____

Médication actuelle ? Non Oui Si oui, veuillez préciser : _____

J'autorise mon enfant à recevoir des services de soins médicaux au Centre de santé pour adolescents The Door, pour des soins médicaux de routine, le traitement d'une maladie et/ou en cas d'urgence. **Los servicios pueden incluir:**

- **Soins primaires**
 - Un examen physique complet, y compris les examens physiques pour le sport, l'école ou le camp, des analyses de laboratoire de base, des tests diagnostiques, les premiers soins, les médicaments sur ordonnance, les vaccins, les consultations pour maladie, le traitement des blessures, l'évaluation psychosociale, les services de santé mentale, les conseils nutritionnels, la dermatologie et les orientations vers des services externes, si nécessaire.
- **Soins dentaires**
 - Un examen buccal, y compris les soins et le nettoyage généraux, les radiographies numériques, les obturations, les traitements au fluor, les scellants, l'éducation et les instructions sur la santé bucco-dentaire, ainsi que les orientations vers des soins dentaires de suivi, si nécessaire.
- **Soins ophtalmologiques**
 - Un examen oculaire complet, incluant le diagnostic et le traitement, l'évaluation binoculaire, le dépistage du glaucome et de la cataracte, le contrôle de la santé oculaire pour évaluer une infection ou une maladie, ainsi que les orientations vers des spécialistes, si nécessaire.
 - Examen avec dilatation – Il s'agit d'une procédure au cours de laquelle des gouttes sont instillées dans chaque œil afin d'augmenter la taille de la pupille, permettant au médecin de mieux examiner l'intérieur de l'œil. Cette procédure est recommandée par le médecin afin de réaliser un examen de la santé oculaire aussi complet que possible.

En signant ci-dessous, je certifie être le parent légal ou le tuteur de l'enfant identifié ci-dessus et agir dans le cadre de mes responsabilités en signant ce formulaire de consentement.

Nom du parent ou du tuteur (EN LETTRES MAJUSCULES) Signature du parent ou du tuteur Date

Adresse électronique Numéro de téléphone personnel Numéro de téléphone mobile

Informations de contact en cas d'urgence (à compléter par le parent ou le tuteur) :

Nom en lettres majuscules Lien de parenté Numéro de téléphone du contact