

Бесплатный стоматологический профилактический осмотр / Нанесение фтористого зубного лака Бланк разрешения на участие в программе



В школе по месту учёбы вашего ребёнка в настоящее время предлагается бесплатный стоматологический осмотр и нанесение на зубы фтористого зубного лака. Покрытие поверхности зубов фтористым лаком – это быстрый и лёгкий способ защиты зубов от образования кариеса. Стоматологический профилактический осмотр и покрытие зубов фтористым лаком производятся специалистами-стоматологами до четырёх раз в год.

Имя и фамилия ребенка: _____
(Фамилия) (Имя) (Предпочитаемое имя)

Дата рождения ребёнка (мм/дд/гг): ____ / ____ / ____ Пол: Мужской Женский

- ДА.** Профилактический осмотр и покрытие зубов фтористым лаком (нанесение на поверхность зубов фторированного герметика).
- ДА.** Только профилактический осмотр. Быстрый осмотр полости рта с целью проверки общего состояния зубов.
- НЕТ.** Я не хочу, чтобы моему ребенку проводилось обследование полости рта, и наносился фтористый зубной лак.

Если «Да», пожалуйста, заполните нижеприведённый раздел и распишитесь:

Контактная информация	
Имя и фамилия родителя/опекуна ребенка:	
Номер телефона, по которому вас чаще всего можно застать:	Разрешение на отправку текстовых сообщений: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Адрес электронной почты:	
Почтовый адрес:	

Просьба предоставить следующую информацию, чтобы мы смогли наилучшим образом обслужить вашего ребёнка:

Мой ребенок принимает (перечислите лекарства):	Отсутствуют: <input type="checkbox"/>
У моего ребенка аллергия на:	Отсутствуют: <input type="checkbox"/>
Любые текущие проблемы со здоровьем:	Отсутствуют: <input type="checkbox"/>
Другая информация, которая может помочь нам лучше обслужить вашего ребёнка:	Отсутствуют: <input type="checkbox"/>

Пожалуйста, заполните раздел, приведённый ниже. Вы не получите счёт за предоставленные услуги.

Медицинская страховка: <input type="checkbox"/> Программа льготного медицинского страхования штата Орегон (Oregon Health Plan – ОНР) / Идентификационный номер клиента программы Medicaid _____ <input type="checkbox"/> Частная страховая компания, предоставляющая покрытие стоматологических услуг _____ <input type="checkbox"/> Нет медицинской страховки	Эти услуги БЕСПЛАТНЫ!
Подписываясь внизу, вы заявляете: В качестве законного родителя/опекуна я настоящим даю согласие на выдачу сведений и обмен ими, включая любую надлежащую персональную информацию о состоянии здоровья, имеющую отношение к предоставляемым услугам, – между специалистами-стоматологами, персоналом программы Head Start, страховыми компаниями, стоматологом ребёнка, соответствующей организацией координированного обсуждения и/или организацией по предоставлению стоматологической помощи – зарегистрированными в данном деле. Мне была предоставлена копия «Уведомления об установленном порядке соблюдения конфиденциальности». Я также понимаю, что лечение может предоставляться студентом колледжа по специальности «стоматологический гигиенист» или «стоматологическая медсестра/медбрат», работающим под строгим контролем лицензированного специалиста-стоматолога.	
Подпись родителя/опекуна: _____	Дата: _____