

Школьная программа нанесения бесплатных зубных герметиков - Бланк разрешения



Бесплатные стоматологические профилактические осмотры и услуги по нанесению зубных герметиков

предлагаются в настоящее время в школе вашего ребёнка. Зубные герметики – это пластиковое покрытие, наносимое на задние жевательные зубы, представляющее собой быстрый и лёгкий метод предотвращения образования кариеса. Профилактические стоматологические осмотры и нанесение герметиков производятся профессиональными специалистами-стоматологами.

Имя и фамилия ребенка: _____ (Фамилия) (Имя) (Предпочитаемое имя)
Дата рождения ученика (мм/дд/гг): ____/____/____ Учитель: _____ Класс: _____

ДА, я хочу, чтобы моему ребёнку был произведен осмотр полости рта и нанесен стоматологический герметик.

***Даже если вашему ребёнку, возможно, наложили герметик в прошлом году, пожалуйста, отметьте вариант ответа «Да», чтобы мы смогли проверить их состояние.**

Если вы отметили вариант ответа «Да», пожалуйста, заполните нижеприведенный 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"/>
Имеются ли какие-либо, заслуживающие особого внимания, поведенческие факторы:	Отсутствуют: <input type="checkbox"/>
Другая информация, которая может помочь нам лучше обслужить вашего ребёнка:	Отсутствуют: <input type="checkbox"/>

Просьба заполнить нижеприведённый раздел. Вы не получите счёт за предоставленные услуги.

Медицинская страховка: <input type="checkbox"/> Программа льготного медицинского страхования штата Орегон (Oregon Health Plan – ОНП) / 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, – между персоналом, проводящим герметизацию, сотрудниками школы, страховыми компаниями, стоматологом ребёнка, соответствующей организацией координированного обслуживания 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 стоматологического факультета, работающим под строгим контролем лицензированного специалиста-стоматолога.	
Подпись родителя/опекуна: _____ Дата: _____	