

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: _____

Free Dental Screening/Fluoride Varnish Program Permission Slip



Free dental screenings and fluoride varnish services are now offered at your child's school. Fluoride varnish is a quick and easy way to protect teeth from cavities. The screening and fluoride varnish are done by dental care professionals up to four times a year.

Name of Child: _____		
(Last)	(First)	(Preferred Name)
Child's Date of Birth (mm/dd/yy): _____ / _____ / _____ Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		

- YES**, Screening and fluoride varnish (coating painted on teeth).
- YES**, Screening only. A quick look inside mouth to look for overall health of teeth.
- NO**, I don't want my child to have a dental screening or fluoride varnish.

If Yes, Please Complete And Sign Below:

Contact Information	
Parent/Guardian:	
Best phone number to reach you:	Permission to Text: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Email address:	
Mailing address:	

Please provide the following information so we can better serve your child:

My child is taking (list medications):	None: <input type="checkbox"/>
My child is allergic to:	None: <input type="checkbox"/>
Any current medical problems:	None: <input type="checkbox"/>
Other information to help us better serve your child:	None: <input type="checkbox"/>

Please complete the section below. You will not receive a bill.

Health Insurance: <input type="checkbox"/> Oregon Health Plan (OHP) / Medicaid ID# _____ <input type="checkbox"/> Private dental insurance company _____ <input type="checkbox"/> No health insurance	These services are FREE!
--	---------------------------------

By signing below you:

As the legal parent/guardian, I hereby consent to the release and exchange of information, including any relevant personal health information regarding the services provided, between the dental staff, Head Start staff, your child's future school district or ESD, insurance carriers, the child's dentist, applicable Coordinated Care Organization, and/or the Dental Care Organization of record. I have received a copy of "Notices of Privacy Practices." I also understand a dental hygiene or nursing student closely supervised by a licensed dental professional may provide treatment.

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____