

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

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

производятся профессиональными специалистами-стоматологами.

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 – 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, – между персоналом, проводящим герметизацию, сотрудниками школы, 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 стоматологического факультета, работающим под строгим контролем лицензированного специалиста-стоматолога.

Подпись родителя/опекуна: _____ **Дата:** _____

Free School Sealant Program Permission Slip



Free dental screenings and sealant services are now offered at your child's school. Dental sealants are protective coatings put on the back teeth and are a quick and easy way to prevent cavities. The screening and sealants are done by dental care professionals.

Name of Child: _____		
(Last)	(First)	(Preferred Name)
Child's Date of Birth (mm/dd/yy): ____ / ____ / ____ Teacher: _____ Grade: ____		
School: _____		

YES, I want my child to have a dental screening and dental sealants.

**Even though your child may have received sealants, please complete this form so we can check them.*

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"/>
Any behavioral considerations: _____	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, between the dental sealant staff, school staff, 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." Privacy Practices are available on the Dental3 website http://dental3.net/forms/ . I also understand a dental student closely supervised by a licensed dental professional may provide treatment.	
Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____	