

В посещаемой вашим ребенком школе предлагаются бесплатные зубоврачебные обследования, покрытие зубов герметиком и нанесение фторида щеткой. Эти услуги предоставляются профессиональными дантистами и помогают предотвращать кариес.

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

Отметьте ниже ОДНУ ГРАФУ, чтобы подписаться на бесплатное обслуживание:

- Да, предоставляйте все бесплатные услуги: зубоврачебные обследования, покрытие зубов герметиком (силантом) и нанесение фторида
- Да, но осуществляйте только зубоврачебные обследования и покрытие зубов герметиком (силантом)
- Да, но осуществляйте только зубоврачебные обследования и нанесение фторида
- Да, но осуществляйте только зубоврачебные обследования
- * ПРИМЕЧАНИЕ: Если отмечено более одной графы «Да», будут предоставлены все утвержденные услуги.

НЕТ, не предоставляйте моему ребенку никаких зубоврачебных услуг

Контактная информация	
Родитель или опекун:	Предпочитаемый язык:
Номер телефона, по которому лучше всего звонить:	Можно отправлять текстовые сообщения? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Электронная почта:	
Почтовый адрес:	

Пожалуйста, предоставьте следующую информацию, чтобы помочь нам лучше обслуживать вашего ребенка:

Мой ребенок принимает (перечислите лекарства):	Не принимает: <input type="checkbox"/>
У моего ребенка аллергия на:	Отсутствует: <input type="checkbox"/>
Любые существующие в настоящее время медицинские проблемы::	Отсутствуют: <input type="checkbox"/>
Какие-либо поведенческие нарушения?	Отсутствуют: <input type="checkbox"/>
Другая информация, которая поможет нам лучше обслуживать ребенка:	Отсутствует: <input type="checkbox"/>

Пожалуйста, заполните следующий раздел. Вы не получите счет за предоставленные услуги.

Медицинская страховка: <input type="checkbox"/> Идентификационный № участника программы Oregon Health Plan (OHP) или Medicaid _____ <input type="checkbox"/> Частная страховая компания, покрывающая стоимость стоматологических услуг: _____ <input type="checkbox"/> Медицинская страховка отсутствует	Эти услуги предоставляются БЕСПЛАТНО!
---	--

В качестве родителя или законного опекуна я разрешаю на протяжении 24 месяцев предоставлять и передавать информацию, в том числе персональную медицинскую информацию, персоналу, осуществляющему покрытие зубов герметиком, работникам школы, страховщикам, дантисту ребенка, организации координированного медицинского обслуживания ребенка и (или) зарегистрированной организации зубоврачебного обслуживания ребенка. Мною получен экземпляр «Уведомления о методах обеспечения конфиденциальности», текст которого также публикуется на сайте All Smiles Community Oral Health AllSmilesCOH.org/forms. Я понимаю, что лечение может проводиться студентом стоматологической школы под контролем лицензированного специалиста.

Подпись родителя или опекуна: _____ **Дата:** _____