

Школа: _____

Имя учителя: _____

Класс: _____

Реализуемая на базе школ программа - пломбирования зубов Форма разрешения от родителя

ВОПРОСЫ? Звоните координатору стоматологического обслуживания CHC: (253) 210-5294 или (253) 722-1551

Community Health Care (CHC) является некоммерческим поставщиком стоматологических услуг, которого выбрал Департамент здравоохранения округа Тасома-Пирс (Tacoma-Pierce County Health Department) для предоставления в школе удобного стоматологического обслуживания в целях профилактики. С вашего разрешения зарегистрированный стоматолог обследует вашего ребенка, расскажет о гигиене ротовой полости и правильной чистке зубов, а также выполнит пломбирование и нанесет фторсодержащий лак. Мы сообщим вам о результатах обследования вашего ребенка и поможем с направлением к стоматологу при необходимости. Если позволит наш график, мы вернемся в течение учебного года, чтобы убедиться, что все пломбы на месте, и нанести при необходимости фторсодержащий лак еще раз. Такое обслуживание не будет противоречить регулярному осмотру ребенка у семейного стоматолога раз в 6 месяцев.

Имя ученика _____ Дата рождения _____ / _____ / _____
Имя Средний инициал Фамилия (если 2 фамилии, укажите обе)

Родитель/опекун _____ Дата рождения _____ / _____ / _____
Имя Средний инициал Фамилия (если 2 фамилии, укажите обе)

Адрес _____ Город / штат / почтовый индекс _____ Домашний/мобильный телефон _____

Укажите пол своего ребенка. ☐ Мужской ☐ Женский

Укажите этническое происхождение своего ребенка. ☐ Испаноязычные ☐ Неиспаноязычные

Укажите расу своего ребенка. ☐ Азиаты / выходцы с островов Тихого океана ☐ Темнокожие/афроамериканцы ☐ Белые
☐ Американские индейцы ☐ Смешанной расы ☐ Другие ☐ Предпочитаю не отвечать

Медицинский анамнез. Отметьте все заболевания или состояния, которые в данный момент наблюдаются у вашего ребенка или наблюдались в прошлом:

☐ В данный момент не имеет проблем со здоровьем ☐ Астма ☐ Аллергия на латекс ☐ Другие виды аллергии _____

☐ Эпилепсия/припадки ☐ Диабет ☐ Проблемы с сердцем ☐ Другие проблемы со здоровьем _____

Имя стоматолога ребенка — если применимо _____ Дата последнего визита _____ / _____ / _____

Отметьте один из вариантов и внесите необходимую информацию. CHC выставит счет страховой компании, а не вам.

☐ **Apple Health/Medicaid в штате Washington:** Впишите 9-значный номер своего ребенка, указанный на карте Provider One / карте обслуживания в штате Washington. _____ WA

☐ **Частная страховая компания:** Название страховой компании: _____

Имя участника страхового плана: _____ Дата рождения: _____ / _____ / _____

Идентификационный номер участника страхового плана: _____ Группа или номер страхового полиса: _____

Адрес страховой компании: _____ Номер телефона страховой компании: _____

☐ **Страховка отсутствует.** В настоящий момент у моего ребенка нет стоматологической страховки. Я разрешаю своему ребенку участвовать в предоставлении ему бесплатных услуг, которые предлагает ваша программа. Прошу также прислать мне информацию о программе Apple Health / Medicaid в штате Washington. **Никому из детей не было отказано в обслуживании из-за неспособности оплатить услуги!**

МОЕМУ РЕБЕНКУ РАЗРЕШЕНО ПОЛУЧАТЬ ТАКИЕ УСЛУГИ, КАК ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, НАНЕСЕНИЕ ФТОРСОДЕРЖАЩЕГО ЛАКА И/ИЛИ ПЛОМБИРОВАНИЕ, НА ПРОТЯЖЕНИИ ТЕКУЩЕГО УЧЕБНОГО ГОДА. «Я разрешаю школьному округу Bethel отпускать моего ребенка с занятий для посещения специалистов организации Community Health Care в учебные дни, указанные выше, для оказания ребенку любых из приведенных в этом документе стоматологических услуг, а также разрешаю школьному округу, в котором учится мой ребенок, предоставлять эту форму согласия в Департамент здравоохранения округа Тасома-Пирс и организацию Community Health Care».

→ **Подпись родителя/опекуна (обязательно)** _____ Дата _____ / _____ / _____

Community Health Care придерживается всех стандартов Закона о медицинском страховании и ответственности относительно хранения соответствующей информации (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 1996 г. Мы обязуемся защищать конфиденциальность медицинской информации вашего ребенка. HIPAA требует сохранять конфиденциальность всех медицинских записей. Подписывая этот документ выше, вы даете нам разрешение обращаться к медицинскому персоналу школьного округа, в котором учится ваш ребенок, по поводу потребностей вашего ребенка в стоматологических услугах и информации о медицинском обслуживании.

Для служебного пользования

Подпись стоматолога _____ Дата _____ / _____ / _____