

Школа: _____

Ім'я вчителя: _____

Ім'я вчителя: _____

Програма пломбування зубів, що реалізується на базі шкіл Форма дозволу від батьків

ПИТАННЯ? Зателефонуйте координатору стоматологічного обслуговування CHC: (253) 210-5294 або (253) 722-1551

Community Health Care (CHC) є некомерційним постачальником стоматологічних послуг, якого вибрав Департамент охорони здоров'я округу Tacoma-Pierce (Tacoma-Pierce County Health Department) для надання в школі зручного стоматологічного обслуговування з метою профілактики. З вашого дозволу зареєстрований стоматолог обстежить вашу дитину, розповість про гігієну ротової порожнини та правильне чищення зубів, а також виконає пломбування та нанесе фторовмісний лак. Ми повідомимо вас про результати обстеження вашої дитини та зможемо направити до стоматолога за потреби. Якщо це буде можливо за нашого графіка, ми повернемося протягом навчального року, щоб упевнитися, що всі пломби цілі, і нанести за потреби фторовмісний лак ще раз. Таке обслуговування не суперечитиме регулярному огляду дитини в сімейного стоматолога раз на 6 місяців.

Ім'я учня _____ Дата народження учня _____ / _____ / _____
Ім'я Середній ініціал Прізвище (якщо в дитини 2 прізвища, укажіть обидва)

Один із батьків / опікун _____ Дата народження одного з батьків _____ / _____ / _____
Ім'я Середній ініціал Прізвище

Адреса _____ Місто / штат / поштовий індекс _____ домашній/мобільний телефон _____

Укажіть стать своєї дитини. ☐ Чоловіча ☐ Жіноча

Укажіть етнічне походження своєї дитини. ☐ Іспаномовні ☐ Неіспаномовні

Укажіть расу своєї дитини. ☐ Азійці/вихідці з островів Тихого океану ☐ Темношкірі/афроамериканці ☐ Білі ☐ Американські індіанці
☐ Змішаної раси ☐ Інші ☐ Бажаю не відповідати

Медичний анамнез. Позначте всі захворювання, на які страждає ваша дитина зараз або страждала в минулому:

☐ Зараз не має проблем зі здоров'ям ☐ Астма ☐ Алергія на латекс ☐ Інші види алергії _____

☐ Епілепсія/напади ☐ Діабет ☐ Проблеми із серцем ☐ Інші проблеми зі здоров'ям _____

Ім'я стоматолога дитини — якщо застосовується _____ Дата останнього візиту _____ / _____ / _____

Позначте один із варіантів і вкажіть необхідну інформацію. CHC виставить рахунок страховій компанії, а не вам.

☐ **Apple Health/Medicaid у штаті Washington:** Впишіть 9-значний номер дитини, указаний на карті Provider One / карті обслуговування в штаті Washington. Ідентифікаційний номер _____ WA

☐ **Приватна страхова компанія.** Назва страхової компанії: _____

Ім'я учасника страхового плану: _____ Дата народження: _____ / _____ / _____

Ідентифікаційний номер учасника страхового плану: _____ Група або номер страхового поліса: _____

Адреса страхової компанії: _____ Номер телефону страхової компанії: _____

☐ **Немає страхування.** У моєї дитини наразі немає стоматологічного страхового покриття. Я дозволяю своїй дитині брати участь в отриманні безкоштовних послуг, які пропонує ваша програма. Прошу також надіслати мені інформацію про програму Apple Health / Medicaid у штаті Washington. Жодній дитині не було відмовлено в обслуговуванні через неможливість сплатити за послуги!

МОЇЙ ДИТИНІ ДОЗВОЛЕНО ОТРИМУВАТИ ТАКІ ПОСЛУГИ, ЯК ОЦІНКА СТАНУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ, НАНЕСЕННЯ ФТОРОВМІСНОГО ЛАКУ ТА/АБО ПЛОМБУВАННЯ ЗУБІВ, УПРОДОВЖ ЦЬОГО НАВЧАЛЬНОГО РОКУ. «Я дозволяю шкільному округу, у якому навчається моя дитина, відпускати її із занять, щоб вона відвідувала спеціалістів організації Community Health Care в навчальні дні, указані вище, для надання їй будь-яких із наведених у цьому документі стоматологічних послуг, а також дозволяю шкільному округу, у якому навчається моя дитина, надавати цю форму згоди в Департамент охорони здоров'я округу Tacoma-Pierce і в організацію Community Health Care».

→ Підпис одного з батьків / опікуна (обов'язково) _____ Дата _____ / _____ / _____

Community Health Care дотримується всіх стандартів Закону про медичне страхування та відповідальність стосовно зберігання відповідної інформації (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 1996 року. Ми зобов'язуємося захищати конфіденційність медичної інформації вашої дитини. Закон HIPAA вимагає зберігати конфіденційність усіх медичних записів. У разі підписання цього документа вище ви даєте нам дозвіл звертатися до медичного персоналу шкільного округу, у якому навчається ваша дитина, стосовно потреб дитини в стоматологічних послугах та інформації про медичне обслуговування.

Тільки для службових позначок:

Підпис стоматолога _____ Дата _____ / _____ / _____

ЗАЯВА ДО COMMUNITY HEALTH CARE СТОСОВНО ОПЛАТИ ЗА ЗМІННИМ ТАРИФОМ

Ким доводиться Щоб відповідати вимогам нашого федерального гранту, ми маємо збирати інформацію про доходи всіх пацієнтів. Це дає нам змогу визначати людей, які не мають страхування або не можуть оплачувати послуги. Просимо заповнити поля нижче. Дякуємо.

Скільки людей забезпечуються цим доходом? _____

Укажіть кількість людей у вашій сім'ї, які є членами одного домогосподарства та мають спільні доходи, їжу та/або орендну плату. До цього числа належите ви, ваш чоловік або ваша дружина та/або всі особи, які перебувають на вашому утриманні. Укажіть нижче всіх осіб, які належать до цього числа.

Ім'я	Ким доводиться	Ім'я	Ким доводиться
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Який МІСЯЧНИЙ дохід у вашій родині забезпечується:

зайняття _____	Пенсія по інвалідності _____
допомоги по безробіттю _____	пенсійних фондів _____
«Соціальне забезпечення» _____	пільги для ветеранів _____
Утримання подружжя _____	соціальні виплати _____
стипендії/гранти _____	Житлова допомога _____
зарплата військових _____	додатковий _____

Який щомісячний загальний дохід вашого домогосподарства (у дол. США)? \$ _____

Наскільки мені відомо, надана інформація є достовірною та точною.

_____	_____	_____
Ім'я одного з батьків / опікуна	Підпис пацієнта або одного з батьків/опікуна	Дата
_____	_____	_____
дата народження пацієнта або батька/опікуна	підпис працівника	Дата

☐ ЯКЩО ВИ ХОЧЕТЕ ВІДМОВИТИСЯ ВІД НАДАННЯ ЦІЄЇ ІНФОРМАЦІЇ, ПОЗНАЧТЕ ТУТ

_____	_____	_____
Ім'я одного з батьків / опікуна	Підпис пацієнта або одного з батьків/опікуна	Дата
_____	_____	_____
дата народження пацієнта або батька/опікуна	підпис працівника	Дата

Тільки для службових позначок:

Annual Income \$ _____ # in Household _____ Sliding Scale Level _____ Initials _____