

DENTYSTA - FORMULARZ ZGODY DLA WSZYSTKICH DZIECI

Rev.01/15

PROSZE WYPEŁNIC DRYKOWANYMI
LITERAMI

EGZAMIN DENTYSTYCZNY

Usługi Świadczone przez:



MUSI BYĆ ZWRÓCONY DO JUTRA (TYLKO W RAMACH UDZIAŁU)



Miles of Smiles, Ltd.
137-C Radio City Dr.
North Pekin, IL 61554
309-382-6404

NAZWA SZKOŁY: _____

NAUCZYCIEL: _____ KLASA: _____

POWIAT: _____

CZY MASZ DENTYSTĘ? TAK / NIE _____ NAZWA DENTYSTY: _____ DATA EGZAMINU: _____

WYPEŁNIJ PONIŻSZE INFORMACJE TYLKO W RAMACH UDZIAŁU W TYM PROGRAMIE
DENTYSTYCZNYM

Usługi świadczone przez Miles of Smiles, Ltd w
szkole.

Droży rodzicie i opiekunowie,
Miles of Smiles, Ltd. i The Illinois Department of Healthcare i Family Services zorganizowało usługi dla określonych dzieci. Usługi te obejmują egzamin, czyszczenie, leczenie fluorem i uszczelnianie (specjalna powłoka ochronna nakładana na tylnie zęby żujące). Licencjonowani dentyści, higienistki i asystenci stawiają się w dziecka szkole z przenośnym sprzętem. Jeśli chcesz by twoje dziecko uczestniczyło **PROSZĘ WYPEŁNIĆ FORMULARZ ORAZ PODPISAC**.

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA: _____ DATA URODZENIA: ____/____/____

ADRES: _____ PŁEĆ: M / F

MIASTO/KOD: _____ NUMER TELEFONU: _____

CZY TWOJE DZIECKO KWALIFIKUJE SIĘ DO BEZPŁATNYCH POSIŁKÓW: TAK / NIE
CZY TWOJE DZIECKO JEST ZAPISANE W PROGRAMIE Medicaid/All Kids: TAK/NIE
MCO NAZWA FIRMY (jeśli dotyczy): _____ MCO NAZWA FIRMY (circle one): Aetna, BCBS, Cigna, Health Alliance Connect, Humana, Illini Care, Harmony, Meridian, Family Health Network, Molina

JEŚLI TAK PROSZE ZAMIEŚCIĆ ID NUMER : _____
Medicaid/All Kids will be billed (9 LICZBOWY NUMER Z KARTY DZIECKA)

CZY TWOJE DZIECKO POSIADA PRYWATNE UBEZPIECZENIE DENTYSTYCZNE: TAK/ NIE (jeśli nie kompletne tylko klasy K, 2 i 6 mają kwalifikoac sie do egzaminu)

Jeśli TAK, proszę wypełnić wszystkie poniższe pola : **(UBEZPIECZENIE DENTYSTYCZNE BĘDZIE ROZLICZANE)**

Nazwa Ubezpieczenia Dentystycznego: _____

Adres Ubezpiecznia Dentystycznego: _____

Członkostwo (Zakład pracy) ID lub SS #: _____ Plan ubezpieczenia dentystycznego or numer grupy: _____

Imię i nazwisko Członka: _____ Data urodzenia Członka: _____

Adres Członka (jeśli inne niż dziecka): _____

Numer Telefonu członka (jeśli inne niż dziecka): _____ Pracodawca: _____

Czy twoje dziecko ma jakąkolwiek historię lub warunki związaną z któryms z poniższych?: (zakreśl odpowiednie)					
Anemia:	T A K / NIE	Przewlekłe zapalenie zatok:	TAK/NIE	Problemy wzrostu:	TAK / NIE
Astma:	TAK / NIE	Cukrzyca:	TAK / NIE	Ataki:	TAK / NIE
Zaburzenia krzepnięcia:	TAK / NIE	Bóle uszu:	TAK / NIE	Słuch:	TAK / NIE
Rak:	TAK / NIE	Chroby serca:	TAK / NIE	Tarczycyca:	TAK / NIE
Porażenie mózgowe:	TAK / NIE	Padaczka:	TAK / NIE	Tytoń/ Narkotyki:	TAK / NIE
		Omdlenia:	TAK / NIE	Alergia na lateks:	TAK / NIE
				Alergie:	
				Ciąża (nastolatka):	T A K / N I E
				Inne:	
Czy twoje dziecko przyjmuje jakieś przepisane leki lub inne leki w tym momencie? T A K / N I E					
Jeśli tak/ jakie?:					
Czy twoje dziecko ma jakieś choroby serca? TAK/ NIE Opis:					
Czy twoje dziecko ma jakieś sztuczne stawy: TAK/ NIE JEŚLI TAK, KIEDY, JAKIE STAWY:					
Czy kiedykolwiek lekarz zalecił twojemu dziecku specjalne środki ostrożności lub leki związane z leczeniem dentystycznym? TAK / NIE					
Jeśli taki to jakie.....					

WAŻNE: RODZICA/OPIEKUNA PODPIS JEST WYMAGANY (TYLKO JEŚLI CHCESZ SKORZYSTAĆ Z USŁUGI)

Jestem rodzicem lub prawnym opiekunem dziecka opisanego powyżej. **Upoważniam i wyrażam zgodę** na uczestnictwo mojego dziecka na opisanie powyżej leczenie stomatologiczne, i zezwalam na wgląd szkolnej pielęgniarki/ przedstawiciela szkoły i dentystry w stomatologiczne rekordy mojego dziecka.

Daję również zgodę dla Departamentu Zdrowia Publicznego Stanu Illinois do zapewnienia Wysokiej Jakości Audytu do oceny uszczelniaczy mojego dziecka które zostaną przeprowadzone w szkole.Zgoda da daje również zatwierdzenie do wymiany uszczelniaczy jeśli są konieczne.

W zakresie dozwolonym przez prawo, wyrażam zgodę na wykorzystanie i ujawnienie chronionych informacji mojego nieletniego dziecka w celu dokoanian płatności. Wyrażam zgodę i bezpośrednio wpłatę świadczeń stomatologicznych bezpośrednio do Miles of Smiles, Ltd.

PODPIS: _____ IMIE I NAZWISKO: _____ DATA: _____

Jeśli masz dentystrę , szukają tam opiekę stomatologiczną!

DDS INITIALS _____ RDH INITIALS _____