



面向学校的口腔健康计划
口腔治疗同意书、免责声明与授权书

学生姓名: _____ 学生的出生日期 _____ 男 女
 学校名称: _____ 学生学号 _____ 年级: _____ 教室编号 _____
 父母/监护人姓名: _____ 家庭地址: _____
 电话号码: _____ 邮政编码: _____ Medicaid/ALL KIDS - 9 位数领用人编号 _____

身为上述学生的父母/监护人, 我明白通过芝加哥市公共卫生局和芝加哥公立学校的面向学校的口腔健康计划(“计划”), 执照牙医将于近期前往我的孩子/受监护人所在学校, 免费为学生及其在校家属提供口腔检查/筛查、牙齿清洁、氟化物治疗和使用牙齿密封剂(在需要时)。除了常规的刷牙和使用牙线洁牙之外, 牙科密封剂可保护您孩子/受监护人的牙齿免受蛀牙的危害。牙齿密封剂是一种覆盖于白齿咬合面的塑胶薄膜, 用以隔绝食物和微生物。密封剂常用于未出现蛀牙的牙齿, 而且不会有疼痛感。本计划服务不包括钻牙或注射。

我明白, 鉴于我的孩子/受监护人加入本计划, 以本人下列签名为证, 对于芝加哥市及其各部门(包括公共卫生局)、员工、官员、志愿者、机构和代表, 以及芝加哥市教育委员会及其成员、理事会、机构、官员、合约商、志愿者和员工, 我特此免除其因为我的孩子/受监护人加入本计划而对我或我的孩子/受监护人造成的任何与所有已知和未知、已预见和未曾预见的损失、人身伤害和损害, 承担可能归于我或我的孩子/受监护人的所有责任, 并使其不受损害; 无论上述损失、人身伤害、损害或责任是否完全或部分是由于芝加哥市及其各部门(包括公共卫生局)、员工、官员、合约商、志愿者、机构或代表, 或者来自芝加哥市教育委员会及其成员、理事会、员工、官员、合约商、志愿者、机构或代表的疏忽大意所致。

我还明白, 以本人下列签名为证, 我知道代表芝加哥市公共卫生局免费提供医疗或牙科照护、治疗、诊断或建议的执照牙医, 在提供本计划所述的此类医疗或牙科照护、治疗、诊断或建议的过程中, 对于因其行为或疏忽而导致的民事损害不承担任何责任, 蓄意或恶意的不法行为除外。为了授权牙科服务提供者 and 芝加哥公共卫生局分享为您孩子/受监护人提供的本计划牙科服务的相关信息, 请在本页背面的“授权书”上签名。此份签名的同意书自孩子/受监护人的父母或监护人签名之日起 365 天内有效。

种族: (请圈选一项) 白人 黑人 亚洲人/太平洋岛民 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 西班牙裔美国人 (请圈选一项) 是 否

医疗信息: 您的孩子/受监护人是否曾患有列任何一种疾病: 是或否 如果是: 请圈选出以下适当的疾病:

哮喘 糖尿病 目前心脏有杂音 风湿热或风湿性心脏病 癫痫 血液紊乱/疾病 肝炎

您的孩子/受监护人是否在服用任何药物? 如果是, 请列出药物名称: _____

您的孩子/受监护人是否有任何过敏症? 如果是, 请列出过敏症名称: _____

是否存在其他医疗相关症状? 如果是, 请列出症状: _____

身为上述孩子或受监护人的父母或监护人, 我同意我的孩子或受监护人加入面向学校的口腔健康计划, 其中包括口腔检查、牙齿清洁、氟化物凝胶或氟化物涂膜、使用牙齿密封剂(适用时), 以及接受质量保证检测。我授权牙科服务提供者仅出于计费目的, 使用我的孩子或受监护人的 Medicaid、ALL KIDS 编号。我明白, 如果我未签署此口腔治疗同意书和免责声明, 我的孩子或受监护人将无法获得该计划的任何服务。

请在文件两面签名:

父母/监护人

日期:



面向学校的口腔健康计划授权书 - HIPAA

学生姓名: _____ 学生的出生日期: _____

学校名称: _____ 父母/监护人姓名: _____

通过在下方签名, 我明白我即将授权牙科服务提供者和 City of Chicago Department of Public Health (芝加哥市公共卫生局), 以报告、记录口腔健康趋势、Medicaid 以及进行计费的目的, 使用和/或向以下人员或组织披露我的孩子/受监护人的受保护健康信息: 芝加哥市公共卫生局 (333 S. State Street, 2nd Floor, Chicago, IL 60604)、各学校校长、伊利诺伊州医疗保健和家庭服务部 (Illinois Department of Healthcare and Family Services, 201 So. Grand Avenue East, Springfield, IL, 62763)、Illinois Department of Public Health - Oral Health Division (伊利诺伊州公共卫生署 - 口腔健康部门, 535 W. Jefferson Street, 2nd Floor, Springfield, IL, 62761)、Chicago Public Schools, Office of Student Health and Wellness (芝加哥公立学校 - 学生健康和福利办公室, 42 West Madison, Garden Level, Chicago Illinois 60602)、Federally Qualified Health Centers (联邦合格的健康中心)、Infant Welfare Society of Chicago (芝加哥婴儿社会福利机构, IWS, 3600 W Fullerton Ave, Chicago)、Oak Park-River Forest Infant Welfare Clinic (橡树园河森林婴儿福利诊所, 320 Lake Street, Oak Park, IL 60302) 以及芝加哥公立学校批准的牙医车。

CDPH (City of Chicago Department of Public Health, 芝加哥市公共卫生局) 和牙科服务提供者不得根据此授权书或者我拒绝签署此授权书来决定治疗、付款或福利资格。签署此授权书属于自愿行为, 我可以拒绝签署。我明白以下可能性: 按照该授权书披露的信息可能会遭到接收者再次披露, 而且将不再受到 Health Insurance Portability and Accountability Act (《健康保险流通与责任法案》, 简称 HIPAA) 和联邦隐私法规的保护。我可以寄送书面通知至 HIPAA Privacy Officer, City of Chicago, Department of Public Health, 333 S. State Street, 2nd Floor, Chicago, IL 60604, 从而向芝加哥公共卫生局 HIPAA 隐私官申请撤销此授权书。此撤销对于撤销时间之前的行为无效。此授权自孩子/受监护人的父母或监护人签名之日起 **365** 天内有效。

请在文件两面签名:

父母/监护人 日期