

Program dbania o higienę jamy ustnej realizowany w szkołach
Zgoda na udział w badaniach stomatologicznych, zwolnienie z odpowiedzialności oraz formularz upoważnienia

Imię i nazwisko ucznia: _____ Data urodzenia ucznia _____ płeć męska płeć żeńska

Nazwa szkoły: _____ Nr identyfikacyjny ucznia _____ Klasa: _____ Nr sali _____

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna: _____ Adres domowy: _____

Numer telefonu: _____ Kod pocztowy: _____ Medicaid/ALL KIDS — 9-cyfrowy numer odbiorcy _____

Jako rodzic/opiekun wyżej wymienionego ucznia przyjmuję do wiadomości, że w ramach PROGRAMU DBANIA O HIGIENĘ JAMY USTNEJ REALIZOWANEGO W SZKOŁACH („PROGRAM”) przez City of Chicago Department of Public Health (Departament Zdrowia Publicznego Miasta Chicago) oraz Chicago Public Schools (Szkoły publiczne w Chicago), w najbliższej przyszłości dyplomowani dentyści będą odbywać wizyty w szkole mojego dziecka/podopiecznego w celu przeprowadzenia BADAŃ STOMATOLOGICZNYCH, CZYSZCZENIA ZĘBÓW, FLUORYZACJI oraz w razie potrzeby przeprowadzenia w szkole NIEODPŁATNIE zabiegu LAKOWANIA ZĘBÓW u uczniów i ich rodzin. Lakowanie zębów w połączeniu z regularnym szczotkowaniem i nitkowaniem chroni zęby Pana/Pani dzieci/podopiecznych przed PRÓCHNICĄ. Laki uszczelniające to cienkie warstwy z tworzywa sztucznego nanoszone na powierzchnie zębów trzonowych w celu uniemożliwienia zalegania resztek pokarmowych i bakterii. Laki są stosowane w przypadku zębów bez próchnicy, a ich nałożenie nie sprawia bólu. USŁUGI W RAMACH PROGRAMU NIE OBEJMUJĄ BOROWANIA ANI ZASTRZYKÓW ZNIECZULAJĄCYCH.

W związku z udziałem mojego dziecka/podopiecznego w PROGRAMIE oraz moim podpisem złożonym poniżej, przyjmuję do wiadomości, że niniejszym zwalniam CITY OF CHICAGO (MIASTO CHICAGO), jego departamenty, w tym Department of Public Health (Departament Zdrowia Publicznego), jego pracowników, urzędników, wolontariuszy, agentów i przedstawicieli oraz BOARD OF EDUCATION OF THE CITY OF CHICAGO (KOMISJĘ EDUKACYJNĄ MIASTA CHICAGO), jej członków, powierników, agentów, urzędników, wykonawców, wolontariuszy i pracowników z odpowiedzialności dotyczącej mnie lub mojego dziecka/podopiecznego za wszelkie straty, obrażenia, szkody doznane przeze mnie lub moje dziecko/mojego podopiecznego, znane i nieznanne, przewidziane i nieprzewidziane, wynikające z udziału mojego dziecka/podopiecznego w PROGRAMIE, niezależnie czy takie straty, obrażenia, szkody lub odpowiedzialność wynikają w całości lub w części z zaniedbania ze strony CITY OF CHICAGO (MIASTA CHICAGO), jego departamentów, w tym Department of Public Health (Departamentu Zdrowia Publicznego), jego pracowników, urzędników, wykonawców, wolontariuszy, agentów lub przedstawicieli czy też w wyniku zaniedbania ze strony BOARD OF EDUCATION OF THE CITY OF CHICAGO (KOMISJI EDUKACYJNEJ MIASTA CHICAGO), jej członków, powierników, pracowników, urzędników, wykonawców, wolontariuszy, agentów lub przedstawicieli.

Ponadto przyjmuję do wiadomości, że w związku z moim podpisem złożonym poniżej, potwierdzam, że dyplomowany dentysta świadczący nieodpłatnie usługi opieki medycznej lub stomatologicznej, leczenia, diagnostyki lub konsultacji w imieniu City of Chicago Department of Public Health (Departamentu Zdrowia Publicznego Miasta Chicago) nie ponosi odpowiedzialności cywilnej za szkody wynikające z jego działań lub zaniedbań w zakresie świadczenia usług opieki medycznej lub stomatologicznej, leczenia, diagnostyki lub konsultacji w ramach Programu, z wyjątkiem umyślnego lub niczym nieusprawiedliwionego niewłaściwego postępowania. W celu upoważnienia dostawców usług stomatologicznych Chicago Department of Public Health (Departamentu Zdrowia Publicznego Miasta Chicago) do udostępniania informacji związanych z PROGRAMEM usług stomatologicznych świadczonych na rzecz Pana/Pani dziecka/podopiecznego, proszę podpisać formularz upoważnienia, który znajduje się na odwrotnej stronie niniejszego pisma. Ten formularz podpisane zgody jest 365 dni od daty, która jest podpisany przez dziecko / ward's rodzica lub opiekuna.

Rasa: (Proszę zakreślić jedną) Biała Czarna Azjatycka/Pacyficzna Indianie amerykańscy/Rdzenna ludność Alaski **Latynoska** (Proszę zakreślić jedną) Tak Nie

WYWIAD MEDYCZNY: Czy Pana/Pani dziecko/podopieczny kiedykolwiek chorował/chorowała na następujące schorzenia: **TAK lub NIE** Jeśli TAK: Proszę zakreślić schorzenia:

Astma Cukrzyca Aktualnie ma szmery w sercu Ostry gościec stawowy lub reumatyczna choroba serca Epilepsja Zaburzenia/choroba krwi Zapalenie wątroby

Czy Pana/Pani dziecko/podopieczny przyjmuje jakiegokolwiek leki? Jeśli TAK, proszę wymienić: _____

Czy Pana/Pani dziecko/podopieczny cierpi na jakiegokolwiek alergię? Jeśli TAK, proszę wymienić rodzaje alergii: _____

Jakiegokolwiek inne stany zdrowotne? Jeśli TAK, proszę wymienić: _____

Jako rodzic lub opiekun wyżej wymienionego dziecka lub podopiecznego wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/podopiecznego w PROGRAMIE DBANIA O HIGIENĘ JAMY USTNEJ REALIZOWANEGO W SZKOŁACH, który obejmuje badania stomatologiczne, czyszczenie zębów, fluoryzację z nałożeniem żelu bądź lakieru lub ewentualne lakowanie zębów, a także zapewnienie jakości badań. Upoważniam dostawcę usług stomatologicznych do wykorzystania numeru Medicaid, ALL KIDS mojego dziecka/podopiecznego wyłącznie do celów rozliczeniowych. **Przyjmuję do wiadomości, że brak mojego podpisu na niniejszym formularzu zgody i zwolnienia z odpowiedzialności oznacza, że moje dziecko/podopieczny nie będzie objęte/objęty świadczeniami w ramach niniejszego programu.**

Zarejestruj obie strony

Podpis rodzica/opiekuna

Data



Program dbania o higienę jamy ustnej realizowany w szkołach

Imię i nazwisko ucznia: _____ Data urodzenia ucznia _____

Nazwa szkoły: _____ Imię i nazwisko rodzica/opiekuna: _____

Formularz upoważnienia: Składając swój podpis poniżej, niniejszym upoważniam dostawcę usług stomatologicznych oraz City of Chicago Department of Public Health (Departament Zdrowia Publicznego Miasta Chicago) do wykorzystywania i/lub udostępniania chronionych danych medycznych mojego dziecka/podopiecznego następującym osobom lub organizacjom w celach raportowania, dokumentowania trendów w zakresie higieny jamy ustnej, a także w celach realizowanych w ramach Medicaid oraz do rozliczania grantów:

City of Chicago, Department of Public Health, 333 S. State Street, 2nd Floor, Chicago, IL 60604; Individual School Principal; Illinois Department of Healthcare and Family Services, 201 So. Grand Avenue East, Springfield, IL, 62763; Illinois Department of Public Health - Oral Health Division, 535 W. Jefferson Street, 2nd Floor, Springfield, IL, 62761 oraz Chicago Public Schools, Office of Student Health and Wellness, 42 West Madison, Garden Level, Chicago, Illinois 60602. Federally Qualified Health Centers in Chicago, Infant Welfare Society of Chicago (IWS), 3600 W Fullerton Ave, Chicago, Oak Park – River Forrest Infant Welfare Clinic, 320 Lake Street, Oak Park, IL 60302 and Chicago Public School Approved Dental Vans.

CDPH oraz dostawcy usług stomatologicznych nie mogą warunkować leczenia, odpłatności lub kwalifikacji do uzyskania świadczeń od złożenia lub odmowy złożenia podpisu na niniejszym upoważnieniu. Niniejsze upoważnienie jest dobrowolne i mogę odmówić jego podpisania. Przyjmuję do wiadomości, że istnieje możliwość, iż informacje ujawnione na mocy niniejszego upoważnienia będą ponownie ujawnione przez odbiorcę i nie będą już podlegać ochronie na mocy ustawy Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) (oprzeność ubezpieczenia zdrowotnego i odpowiedzialności z tego tytułu)

i przepisów federalnych dotyczących ochrony prywatności. Mogę anulować niniejsze Upoważnienie poprzez wysłanie stosownego powiadomienia do Specjalisty ds. ochrony prywatności HIPAA, City of Chicago, Department of Public Health, 333 S. State Street, 2nd Floor, Chicago, IL 60604. Anulowanie nie obowiązuje w odniesieniu do działań podjętych przed jej dokonaniem. To zezwolenie jest ważne dla 365 dni od daty, która jest podpisany przez dziecko / ward's rodzica lub opiekuna.

Zarejestruj obie strony

Podpis rodzica/opiekuna

Data