

Wypełnić i zwrócić szkole (tylko w razie ZGODY na usługi)

NAZWA SZKOŁY (lub targów zdrowia):

NAUCZYCIEL:

KLASA:

HRABSTWO:



Miles of Smiles, Ltd.
2424 N 8th St
Pekin, IL 61554-1547
309-382-6404

DZIECKO MA OPIEKĘ STOMATOLOGA? TAK / NIE NAZWISKO STOMATOLOGA: DATA BADANIA:

NALEŻY PODAĆ PONIŻSZE INFORMACJE TYLKO JEŚLI CHCE PAN / PANI SKORZYSTAĆ Z USŁUG STOMATOLOGICZNYCH

świadczonych przez Miles of Smiles, Ltd. w szkole.

Drogi Rodzicu / Opiekunie,

Miles of Smiles, Ltd. oraz Departament Opieki Zdrowotnej i Usług Rodzinnych stanu Illinois oferują usługi stomatologiczne dla kwalifikujących się dzieci. Usługi te mogą obejmować badanie / badanie przesiewowe, czyszczenie, leczenie fluorem i nałożenie uszczelnacza (t.j. powłoki ochronnej na powierzchnie żujące tylnych zębów). Posiadający odpowiednie uprawnienia stomatolodzy lub licencjonowani i dyplomowani higieniści stomatologiczni, licencjonowani (zarejestrowani) higieniści stomatologiczni i asystenci stomatologiczni przyjadą do szkoły dziecka z przenośnym sprzętem. Aby Państwa dziecko **mogło skorzystać z tych usług**, należy **PRZEKAZAĆ WSZYSTKIE INFORMACJE WYMAGANE PONIŻEJ I ZŁOŻYĆ PODPIS WE WSKAZANYM MIEJSCU.**

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA ZGODNE Z DOKUMENTAMI:

DATA URODZ.: MM / DD / RRRR

ADRES:

PŁEĆ: ☐ M ☐ K

MIASTO / KOD POCZTOWY:

TELEFON:

DZIECKO JEST OBJĘTE PROGRAMEM „Medicaid/All Kids”?:

☐ TAK ☐ NIE

JEŚLI TAK, WPISAĆ NUMER ŚWIADCZENIOBIORCY-DZIECKA: —————→

****Medicaid/All Kids otrzyma rachunek****

(NR IDENTYFIKACYJNY NA ODWROcie KARTY MEDI-PLAN)

DZIECKO MA PRYWATNE UBEZP. STOMATOLOGICZNE?: ☐ TAK ☐ NIE

(w razie braku, tylko K, kl. 2 i 6 mogą się kwalifikować do badania)

Jeśli TAK, proszę wpisać **WSZYSTKIE** dane o ubezpieczeniu poniżej: (**UBEZPIECZYCIEL STOMATOLOGICZNY OTRZYMA RACHUNEK**)

Nazwa ubezpieczyciela stomatologicznego:

Adres ubezpieczyciela stomatologicznego (stan):

Nr ID lub SS członka / pracownika:

Plan lub nr grupy ubezpieczenia stomatologicznego:

Imię i nazwisko członka / pracownika:

Data urodzenia członka / pracownika:

Adres członka / pracownika: (jeśli jest inny, niż adres dziecka):

INFORMACJE MEDYCZNE: Czy Pana / Pani dziecko cierpi na którekolwiek z poniższych schorzeń? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak, proszę zaznaczyć poniżej wszystkie schorzenia, na które cierpi dziecko:

☐ astma ☐ zapalenie wątroby

☐ cukrzyca ☐ padaczka

☐ obecny szmer serca

☐ zaburzenia lub choroba krwi

☐ gorączka reumatyczna lub reumatyczna choroba serca

Czy wstępne podanie antybiotyku jest konieczne?

☐ TAK ☐ NIE

Czy dziecko zażywa jakieś leki? ☐ TAK ☐ NIE Jeśli tak, wpisać nazwy wszystkich używanych obecnie leków:

Czy dziecko ma alergię na srebro? ☐ TAK ☐ NIE

Czy dziecko ma jakieś inne alergie? ☐ TAK ☐ NIE Jeśli tak, proszę wpisać wszystkie alergie:

Czy dziecko ma inne schorzenia i / lub specjalne potrzeby? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak, proszę wpisać:

NOWOŚĆ: Zatwierdzenie diaminofluorku srebra (SDF), nowej metody leczenia ubytków!

Zalety SDF: Próchnica zębów jest częsta u dzieci, ale istnieje bezpieczna, bezbolesna alternatywa dla tradycyjnych procedur wiercenia ubytków, tj. SDF. Jest to zatwierdzony przez FDA płyn z antybiotykiem stosowany w celu zapobiegania powstawaniu, rozwojowi lub rozprzestrzenianiu się ubytków na inne zęby. SDF nakłada się pędzelkiem.

Alternatywa:

*bez leczenia ząb ulegnie dalszej bolesnej próchnicy;

*inne opcje: wypełnienie, korona, ekstrakcja.

Ryzyko: *Leczenie SDF może nie wyeliminować potrzeby wypełnienia;

*To normalne, że SDF zabarwia ubytek na ciemno, co pokazuje, że działa;

*zdrowa część zęba nie zabarwi się; *możliwy tymczasowy metaliczny posmak;

*w kontakcie ze skórą może powodować tymczasowe, nieszkodliwe przebarwienia, które powinny zniknąć w ciągu tygodnia.



****Przeczytałem / przeczytałam informacje o proponowanym użyciu SDF oraz w pełni je rozumiem. Rozumiem ryzyko wiążące się z leczeniem SDF i poświadczam, że nie istnieją przeciwwskazania do jego użycia. Wyrażam zgodę na stosowanie SDF, jeśli jest wskazane.**

****PODPIS (zgoda na leczenie SDF):**

**** WAŻNE: WYMAGANY JEST PODPIS RODZICA/OPIEKUNA (TYLKO JEŚLI CHCE PAN / PANI SKORZYSTAĆ Z TYCH USŁUG)**

Jestem rodzicem lub opiekunem prawnym ww. małoletniego dziecka. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u dziecka wyżej opisanego leczenia stomatologicznego oraz zezwalam pielęgniarce szkolnej / przedstawicielowi szkoły i stomatologowi na dostęp do dokumentacji stomatologicznej dziecka. Udzielam również zgody Departamentowi Zdrowia Publicznego Stanu Illinois na przeprowadzenie audytu zapewnienia jakości poprzez ocenę uszczelnaczy, które zostały założone dziecku w szkole. Jeśli wskazana będzie wymiana uszczelnaczy, niniejsza zgoda obejmuje również wymianę uszczelnaczy przez dostawcę. W zakresie dozwolonym przez prawo wyrażam zgodę na wykorzystanie i ujawnienie chronionych informacji o zdrowiu małoletniego dziecka w celu przeprowadzenia działań płatniczych w związku z tym roszczeniem. **Niniejszym upoważniam i kieruję płatność** świadczeń stomatologicznych bezpośrednio do Miles of Smiles, Ltd.

****PODPIS:**

IMIĘ I NAZWISKO:

DATA:

JEŚLI MA PAN / PANI STOMATOLOGA, PROSZĘ KORZYSTAĆ Z ICH USŁUG! PARAFA DDS/DMD/PHDH: _____ PARAFA RDH: _____