

ЗАПОЛНЯТЬ ПЕЧАТНЫМИ
БУКВАМИ ЧЕРНИЛАМИ

Заполните и верните в школу (только, если Вы ХОТИТЕ
получить эти услуги)



НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ (или санитарно-просветительного мероприятия):

УЧИТЕЛЬ:

КЛАСС:

ОКРУГ:

У ВАС ЕСТЬ СТОМАТОЛОГ? ДА / НЕТ

ИМЯ СТОМАТОЛОГА:

ДАТА ОСМОТРА:

УКАЖИТЕ СЛЕДУЮЩУЮ ИНФОРМАЦИЮ ТОЛЬКО ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ ПОЛУЧИТЬ ЭТИ УСЛУГИ

от компании Miles of Smiles, Ltd в школе.

Уважаемый родитель или опекун!

Компания Miles of Smiles, Ltd. и Департамент здравоохранения и семейных услуг штата Иллинойс договорились о предоставлении стоматологических услуг детям, имеющим на это право. Эти услуги могут включать осмотр/скрининг, чистку, обработку фтором и зубные герметики (защитное покрытие на жевательных поверхностях задних зубов). Лицензированные стоматологи или лицензированные и сертифицированные стоматологи-гигиенисты сферы общественного здравоохранения, лицензированные (зарегистрированные) стоматологи-гигиенисты и ассистенты стоматолога придут в школу Вашего ребенка с портативным оборудованием. Для того чтобы Ваш ребенок **мог получить эти услуги**, Вы должны **ПРЕДОСТАВИТЬ ВСЮ ТРЕБУЕМУЮ НИЖЕ ИНФОРМАЦИЮ И ПОСТАВИТЬ ПОДПИСЬ В УКАЗАННОМ МЕСТЕ.**

ПОЛНОЕ ИМЯ ВАШЕГО РЕБЕНКА:

ДАТА РОЖДЕНИЯ: ММ / ДД / ГГГГ

АДРЕС:

ПОЛ: ☐ М ☐ Ж

ГОРОД / ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС:

ТЕЛЕФОН:

ЗАРЕГИСТРИРОВАН ЛИ РЕБЕНОК В ПРОГРАММЕ «Medicaid/All Kids»

☐ ДА или ☐ НЕТ

ЕСЛИ «ДА», УКАЖИТЕ ИДЕНТИФИК. НОМЕР (ID) РЕБЕНКА:

****Счет будет направлен Medicaid/All Kids ****

(ИДЕНТИФИК. НОМЕР (ID) НА ОБОРОТЕ КАРТЫ MEDI-PLAN)

ИМЕЕТ ЛИ РЕБЕНОК ЧАСТНУЮ СТОМАТОЛ. СТРАХОВКУ:

☐ ДА или ☐ НЕТ

(если не заполнено, только учащиеся подготовительного, 2 и 6 классов имеют право на осмотр)

Если «ДА», укажите **ВСЮ** информацию о страховке ниже: **(СЧЕТ БУДЕТ НАПРАВЛЕН СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ)**

Название стоматологической страховой компании:

Адрес стоматологической страховой компании (штат):

Идент. номер (ID) или номер соц. страхования (SS) члена/работника:

План или группа стоматологического страхования:

Имя члена/работника:

Дата рождения: члена/работника

Адрес члена/работника (если отличается от адреса ребенка):

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ: Есть ли у Вашего ребенка какие-либо из следующих заболеваний? ☐ ДА или ☐ НЕТ

Если «ДА», отметьте все заболевания ниже:

☐ Астма ☐ Гепатит

☐ Диабет ☐ Эпилепсия

☐ Шум в сердце в настоящее время

☐ Нарушение или болезнь крови
☐ Ревматическая лихорадка или ревматическая болезнь сердца

Необходим ли предварительный прием антибиотиков? ДА или НЕТ

Принимает ли Ваш ребенок какие-либо лекарства? ☐ ДА или ☐ НЕТ

Если «ДА», укажите все принимаемые сейчас лекарства:

Есть ли у Вашего ребенка аллергия на серебро? ☐ ДА ☐ НЕТ

Есть ли у Вашего ребенка какая-либо аллергия? ☐ ДА ☐ НЕТ

Если «ДА», укажите все аллергии:

Есть ли у Вашего ребенка другие заболевания и/или особые потребности?? ☐ ДА или ☐ НЕТ

Если «ДА», укажите:



Before SDF



After SDF

НОВИНКА! Разрешение на использование фторида диамина серебра (SDF) – нового стоматологического средства для борьбы с кариесом зубов!

Преимущества SDF. Полость в зубе (кариес) – обычное явление у детей, но теперь существует надежная и безболезненная альтернатива традиционным процедурам сверления – фторид диамина серебра (SDF). SDF – это утвержденная FDA жидкость с антибиотиком, используемая для предотвращения образования, роста или распространения кариеса на другие зубы. SDF наносится с помощью кисточки.

Альтернативы:

*без лечения зуб может продолжать разрушаться и причинять боль;

*другие варианты: пломба, коронка, удаление зуба.

Риски: *обработка SDF может не устранить необходимость в обычном пломбировании;

*Обычно SDF окрашивает полость зуба в темный цвет – это признак его действия;

*Здоровые участки зуба не будут окрашены; *Может вызвать временный металлический привкус;

*При попадании на кожу может вызвать временное безвредное окрашивание, которое исчезнет в течение недели.

**** Я подтверждаю, что прочитал(а) и полностью понимаю информацию о планируемом применении SDF. Я понимаю возможные риски, связанные с использованием SDF, и подтверждаю, что нет противопоказаний для его использования. Я даю согласие на применение SDF при необходимости.**

****ПОДПИСЬ о согласии на использование SDF :**

ДАТА:

****ВАЖНО. ТРЕБУЮТСЯ ПОДПИСИ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА (ТОЛЬКО ЕСЛИ ВЫ ЖЕЛАЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ЭТИ УСЛУГИ)**

Я являюсь родителем-опекуном или законным опекуном вышеуказанного несовершеннолетнего ребенка. Я даю разрешение и соглашаюсь на оказание описанной стоматологической процедуры, а также даю школьной медсестре / школьному представителю и специалисту-стоматологу доступ к стоматологической медицинской карте ребенка.

Данное согласие также позволяет Департаменту здравоохранения штата Иллинойс проводить проверки качества путем оценки зубных герметиков, установленных Вашему ребенку в школе. При необходимости зубные герметики могут быть заменены поставщиком услуг.

В пределах, разрешенных законом, я даю согласие на использование и раскрытие защищенной медицинской информации несовершеннолетнего ребенка для проведения расчетов по данному страховому требованию. Я также даю **разрешение на прямую оплату** стоматологических услуг компании Miles of Smiles, Ltd.

****ПОДПИСЬ:**

ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ:

ДАТА:

ЕСЛИ У ВАС ЕСТЬ СТОМАТОЛОГ, ПОЛУЧИТЕ УСЛУГИ У НЕГО!

ИНИЦИАЛЫ DDS/DMD/PHDH: _____ ИНИЦИАЛЫ RDH: _____