

PLEASE PRINT IN INK

Заповніть та поверніть цю форму школі тільки якщо ви **ХОЧЕТЕ** ці послуги

Назва школи (або некомерційної організації охорони здоров'я)

Вчитель:

Клас:

Округ:



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

Чи є у вас єсть стоматолог? так/ні ім'я стоматолога: дата огляду:

Надайте наступну інформацію, тільки якщо ви **ХОЧЕТЕ**, щоб компанія Miles of Smiles

надала вам ці стоматологічні послуги в школі

Шановний батько або опікун,

Компанія Miles of Smiles та Департамент Охорони Здоров'я та Сімейних Послуг штату Іллінойс організували стоматологічні послуги для дітей, які мають на них право.

Ці послуги можуть включати огляд, скринінг, чистку, фторування і герметизацію (захисне покриття жувальних поверхонь задніх зубів).

Ліцензовані стоматологи або ліцензовані та сертифіковані стоматологи-гігієністи громадської охорони здоров'я, ліцензовані (zareєстровані) стоматологи-гігієністи та асистенти стоматолога прийдуть до школи вашої дитини з портативним обладнанням. Для того щоб ваша дитина **могла отримувати ці послуги**, вам необхідно надати **ВСЮ ІНФОРМАЦІЮ**, що запрошується, і поставити свій **ПІДПИС** в указанному полі.

Офіційне ім'я вашої дитини :

дата народження : MM / DD / YYYY

Адреса :

стать : ☐ Ч ☐ Ж

Місто / поштовий індекс:

телефон #:

Ваша дитина зареєстрована у програмі Medicaid/All Kids

☐ так чи ☐ ні

Якщо так, вкажіть ідентифікаційний номер (ІН) вашої дитини

** Програми Medicaid/All Kids буде виставлено рахунок **

(ІН на зворотній стороні картки Medi-Plan)

Чи є у вашої дитини приватна стоматологічна страховка?

☐ Так чи ☐ ні

(Якщо незаповнено, тоді тільки учні К, 2 та 6 класу можуть мати право на огляд)

Якщо так, будь ласка заповніть **всю** страхову інформацію нижче: (Стоматологічний страховий компанії буде виставлено рахунок)

Ім'я стоматологічної страхової компанії:

Адреса стоматологічної страхової компанії (Штат):

Ідентифікатор учасника або номер соц. страхування #:

Номер плану або групи стомат. страхування #:

Ім'я учасника/робітника:

дата народження учасника/робітника

Адреса учасника/робітника (якщо інша ніж дитини):

Медична інформація: Чи є у вашої дитини перелічені нижче захворювання?

☐ так ☐ ні

Якщо так, позначте відповідні захворювання:

☐ астма☐ гепатит☐ діабет☐ епілепсія☐ поточний шум у серці☐ захворювання крові☐ ревматична ліхоманка або ревматична хвороба серця

Чи приймає ваша дитина якісь ліки?

☐ так ☐ ні

Якщо так, перелічить всі ліки, які ви вживаєте на даний момент:

Чи є у вашої дитини алергія на срібло?

☐ так ☐ ні

Чи має ваша дитина будь яку алергію?

☐ так ☐ ні

Якщо так, то перелічить алергії

Чи має ваша дитина якісь інші захворювання або особливі потреби? так чи ні

Чи потрібна попередня медикаментозна терапія антибіотиками?

Якщо так, то перелічить будь ласка:



Before SDF



After SDF

Новинка: Застосування діамінфториду срібла (SDF), нового стоматологічного засобу для боротьби з карієсом!

Переваги SDF: Карієс є поширеним явищем у дітей, але тепер існує безпечна та безболісна альтернатива традиційним процедурам свердління порожнин, яка називається діамінфторид срібла (SDF). SDF – це антибіотична рідина, схвалена FDA, яка використовується для запобігання утворенню, росту або поширенню карієсу на інші зуби. SDF наноситься пензлем.

Альтернатива:

*без лікування, зуб може продовжуватися руйнуватися та спричинити біль

*інші варіанти: пломбування, коронка, видалення

Ризики: * Лікування SDF може не усунути потребу в традиційному пломбуванні;

* Це нормально, якщо зубний протез забарвлює порожнину в темний колір – це свідчить про його ефективність;

* Здорові частини зуба не будуть забарвлені; * Може спричинити тимчасовий металевий присмак;

* При контакті зі шкірою може спричинити тимчасове забарвлення, яке є нешкідливим і має зникнути протягом тижня.

****Я підтверджую, що прочитав(-ла) та повністю розумію інформацію щодо запропонованого(-их) застосування(-нь) SDF. Я розумію можливі ризики, пов'язані з лікуванням SDF, та підтверджую відсутність протипоказань для його використання. Я даю згоду на застосування SDF, якщо це показано.**

****Підпис згоди на лікування SDF**

дата

****Важливо: підписи батьків/опікунів потрібні лише якщо ви **БАЖАЄТЕ** користатися цими послугами.**

Я є батьком-опікуном або законним опікуном неповнолітньої дитини, зазначеної вище. Я дозволяю та даю згоду на отримання цією дитиною описаного стоматологічного лікування, а також надаю шкільній медсестрі/представнику школи та стоматологу доступ до стоматологічної карти дитини. Це також надасть дозвіл Департаменту охорони здоров'я Іллінойсу проводити аудити якості шляхом оцінки герметиків вашої дитини, які були встановлені в школі. Після прийняття рішення цей дозвіл також дозволить постачальнику замінити герметики, якщо це буде зазначено.

****SIGNATURE:****PRINT NAME:****DATE:**

To the extent permitted by law, I consent to the use and disclosure of the minor child's protected health information to carry out payment activities in connection with this claim. I hereby **authorize and direct payment** of the dental benefits directly to Miles of Smiles, Ltd. = У межах, дозволених законом, я даю згоду на використання та розкриття захищеної медичної інформації неповнолітньої дитини для здійснення платіжної діяльності у зв'язку з цією претензією. Цим я уповноважую та спрямовую виплату стоматологічних послуг безпосередньо компанії Miles of Smiles, Ltd.

IF YOU HAVE A DENTIST, SEEK DENTAL CARE THERE!

DDS/DMD/PHDH INITIALS: _____ RDH INITIALS: = Якщо у вас є стоматолог, то лікуйтесь у нього. ініціали стоматолога _____ ініціали гігієніста-стоматолога _____

У межах, дозволених законом, я даю згоду на використання та розкриття захищеної медичної інформації неповнолітньої дитини для здійснення платіжної діяльності у зв'язку з цією претензією. Цим я уповноважую та спрямовую виплату стоматологічних послуг безпосередньо компанії Miles of Smiles, Ltd.