

Форма согласия на школьную стоматологическую программу ALL KIDS

ПОЖАЛУЙСТА, ЗАПОЛНЯЙТЕ ЧЕРНИЛАМИ

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР

Услуги оказываются компанией:



Возвратите завтра (только если вы желаете эти услуги)



Miles of Smiles, Ltd.

НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ: _____

2424 N 8th St

УЧИТЕЛЬ: _____

КЛАСС: _____

Pekin, IL 61554-1547

ОКРУГ: _____

309-382-6404

У ВАС ЕСТЬ СТОМАТОЛОГ? да / нет

ИМЯ СТОМАТОЛОГА: _____

ДАТА ОСМОТРА: _____

ПРЕДОСТАВЬТЕ СЛЕДУЮЩУЮ ИНФОРМАЦИЮ ТОЛЬКО ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ ЧТОБЫ ЭТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛУГИ

были предоставлены Miles of Smiles, Ltd в школе.

Уважаемый родитель или опекун,

Miles of Smiles, Ltd. и The Illinois Department of Healthcare и Family Services организовали стоматологические услуги для подходящих детей. Эти услуги могут включать стоматологический осмотр, чистку зубов, обработку фтором и зубные герметики (защитное покрытие на жевательных поверхностях задних зубов). Лицензированные стоматологи, гигиенисты, и ассистенты придут в школу вашего ребенка с переносным оборудованием. Чтобы ваш ребенок мог получить эти услуги, вы должны **ПРЕДОСТАВИТЬ ВСЮ ЗАПРОШЕННУЮ ИНФОРМАЦИЮ и ПОДПИСАТЬ ФОРМУ** где требуется.

Официальное имя вашего ребенка: _____ Дата рождения: ____ / ____ / ____

Адрес: _____ Пол: М / Ж

Город / Индекс: _____

Номер телефона: _____ - _____ - _____

Имеет ли ваш ребенок право на бесплатное или льготное питание да / нет

Название компании МСО (обведите):

Участвует ли ваш ребенок в программе MEDICAID/ALL KIDS? да / нет

Aetna, BCBS, CountyCare, Meridian, Molina,

Название компании МСО (если нет в списке): _____

YouthCare

ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ВАШЕГО РЕБЕНКА: _____

****Medicaid/All Kids будет выставлен счет****

(9-значный идентификационный номер на обратной стороне карты MEDI-PLAN)

Покрыт ли ваш ребенок частной стоматологической страховкой? да / нет

(если не заполнено, то только классы К, 2-й и 6-й могут иметь право на осмотр)

Если ДА, пожалуйста, заполните ВСЮ страховую информацию ниже: **(СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ БУДЕТ ВЫСТАВЛЕН СЧЕТ)**

Название стоматологической страховой компании: _____

Адрес стоматологической страховой компании: _____

Номер соц. страхования или идентификационный номер участника (сотрудника): _____

План стоматологического страхования или номер группы: _____

Имя сотрудника: _____

Дата рождения сотрудника: _____

Адрес сотрудника (если отличается от детского): _____

Телефон сотрудника (если отличается от детского): _____

Работодатель: _____

Были ли у вашего ребенка прошлые или текущие состояния связанные с любым из следующих: (Пожалуйста, обведите)

Анемия:	да / нет	Хронический синусит:	да / нет	Проблемы роста:	да / нет	Судороги:	да / нет
Астма:	да / нет	Сахарный диабет:	да / нет	Проблемы со слухом:	да / нет	Щитовидная железа:	да / нет
Нарушения свертываемости крови:	да / нет	Ушные боли:	да / нет	Сердечные заболевания:	да / нет	Табак / употребление наркотиков:	да / нет
Рак:	да / нет	Эпилепсия:	да / нет	Аллергия на латекс**:	да / нет	Аллергии:	
Церебральный паралич:	да / нет	Обмороки:	да / нет	Беременность (подростки):	да / нет	Другие:	

Принимает ли ваш ребенок какие-либо рецептурные и/или безрецептурные лекарства в настоящее время? да / нет

Если да, то перечислите:

Есть ли у вашего ребенка какое-либо известное заболевание сердца? да / нет ОПИШИТЕ:

Есть ли у вашего ребенка искусственные суставы: да / нет Если да, то когда и какой сустав?:

Рекомендовал ли когда-нибудь врач какие-либо особые меры предосторожности или медицинские препараты для лечения зубов вашего ребенка? да / нет
Если да, то что?:

ВАЖНО: ТРЕБУЕТСЯ ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА (ТОЛЬКО ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ ЭТИ УСЛУГИ)

Я являюсь родителем-опекуном или законным опекуном несовершеннолетнего ребенка, указанного выше. **Я разрешаю и даю согласие на описанное выше стоматологическое лечение этого ребенка,** и разрешаю школьной медсестре / представителю школы и стоматологу доступ к стоматологической карте ребенка.

Это также даст разрешение Illinois Department of Public Health для проведения Аудитов Контроля Качества путем оценки зубных герметиков вашего ребенка, которые были применены в школе. Если требуется, это разрешение также позволит поставщику заменить герметики.

Насколько это разрешено законом, Я даю согласие на использование и раскрытие защищенной информации о здоровье несовершеннолетнего ребенка для осуществления платежных операций в связи с этим запросом. Настоящим я разрешаю и направляю выплату стоматологических пособий непосредственно Miles of Smiles, Ltd.

ПОДПИСЬ: _____

ИМЯ (печатными буквами): _____

ДАТА: _____

ЕСЛИ У ВАС ЕСТЬ СТОМАТОЛОГ, ОБРАЩАЙТЕСЬ ЗА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ К НЕМУ! DDS/DMD _____ RDH _____