

# DENTYSTA - FORMULARZ ZGODY DLA WSZYSTKICH DZIECI

Rev.06/17

PROSZE WYPEŁNIC DRYKOWANYMI LITERAMI

## EGZAMIN DENTYSTYCZNY

Usługi Świadczone przez:

★ **MUSI BYĆ ZWRÓCONY DO JUTRA (TYLKO W RAMACH UDZIAŁU)** ★



Miles of Smiles, Ltd.  
2424 N 8<sup>th</sup> St.  
Pekin, IL 61554  
309-382-6404

NAZWA SZKOŁY: \_\_\_\_\_

NAUCZYCIEL: \_\_\_\_\_ KLASA: \_\_\_\_\_

POWIAT: \_\_\_\_\_

CZY MASZ DENTYSTĘ? TAK /NIE \_\_\_\_\_ NAZWA DENTYSTY: \_\_\_\_\_ DATA EGZAMINU: \_\_\_\_\_

WYPEŁNIJ PONIŻSZE INFORMACJE TYLKO W RAMACH UDZIAŁU W TYM PROGRAMIE DENTYSTYCZNYM

Usługi świadczone przez Miles of Smiles, Ltd w szkole.

Droży rodzicie i opiekunowie,  
Miles of Smiles, Ltd. i The Illinois Department of Healthcare i Family Services zorganizowało usługi dla określonych dzieci. Usługi te obejmują egzamin, czyszczenie, leczenie fluorem i uszczelnianie (specjalna powłoka ochronna nakładana na tylne zęby żujące). Licencjonowani dentyści, higienistki i asystenci stawiają się w dziecka szkole z przenośnym sprzętem. Jeśli chcesz by twoje dziecko uczestniczyło **PROSZĘ WYPEŁNIĆ FORMULARZ ORAZ PODPISĄĆ.**

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA: \_\_\_\_\_ DATA URODZENIA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ADRES: \_\_\_\_\_ PŁEĆ: M / F

MIASTO/KOD: \_\_\_\_\_ NUMER TELEFONU: \_\_\_\_\_

CZY TWOJE DZIECKO KWALIFIKUJE SIĘ DO BEZPŁATNYCH POSIŁKÓW:	TAK /NIE	MCO NAZWA FIRMY (circle one): Aetna, BCBS, Cigna, CommunityCare, CountyCare, Family Health Network, Harmony, Humana, IlliniCare, Meridian, Molina
CZY TWOJE DZIECKO JEST ZAPISANE W PROGRAMIE Medicaid/All Kids:	TAK/NIE	
MCO NAZWA FIRMY (jeśli dotyczy):		

JEŚLI TAK PROSZĘ ZAMIEŚCIĆ ID NUMER : \_\_\_\_\_  
 \*\*Medicaid/All Kids will be billed\*\* (9 LICZBOWY NUMER Z KARTY DZIECKA)

CZY TWOJE DZIECKO POSIADA PRYWATNE UBEZPIECZENIE DENTYSTYCZNE: TAK/ NIE (jeśli nie kompletne tylko klasy K, 2 i 6 mają kwalifikować się do egzaminu)

Jeśli TAK, proszę wypełnić wszystkie poniższe pola : **(UBEZPIECZENIE DENTYSTYCZNE BĘDZIE ROZLICZANE)**

Nazwa Ubezpieczenia Dentystycznego: \_\_\_\_\_

Adres Ubezpiecznia Dentystycznego: \_\_\_\_\_

**Członkostwo (Zakład pracy) ID lub SS #:** \_\_\_\_\_ Plan ubezpieczenia dentystycznego or numer grupy: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko Członka: \_\_\_\_\_ Data urodzenia Członka: \_\_\_\_\_

Adres Członka (jeśli inne niż dziecka): \_\_\_\_\_

Numer Telefonu członka (jeśli inne niż dziecka): \_\_\_\_\_ Pracodawca: \_\_\_\_\_

Czy twoje dziecko ma jakąkolwiek historię lub warunki związane z któryś z poniższych?: (zakreśl odpowiednie)					
Anemia:	TAK / NIE	Przewlekłe zapalenie zatok:	TAK/NIE	Problemy wzrostu:	TAK / NIE
Astma:	TAK / NIE	Cukrzyca:	TAK / NIE	Słuch:	TAK / NIE
Zaburzenia krzepnięcia:	TAK / NIE	Bóle uszu:	TAK / NIE	Chroby serca:	TAK / NIE
Rak:	TAK / NIE	Padaczka:	TAK / NIE	Alergia na lateks:	TAK / NIE
Porażenie mózgowe:	TAK / NIE	Omdlenia:	TAK / NIE	Ciąża (nastolatka):	TAK / NIE
Czy twoje dziecko przyjmuje jakieś przepisane leki lub inne leki w tym momencie?				TAK / NIE	
Jeśli tak/ jakie?:					
Czy twoje dziecko ma jakieś choroby serca? TAK/ NIE Opis:					
Czy twoje dziecko ma jakieś sztuczne stawy: TAK/ NIE JEŚLI TAK, KIEDY, JAKIE STAWY:					
Czy kiedykolwiek lekarz zalecił twojemu dziecku specjalne środki ostrożności lub leki związane z leczeniem dentystycznym? TAK / NIE					
Jeśli taki to jakie.....					

**WAŻNE: RODZICA/OPIEKUNA PODPIS JEST WYMAGANY ( TYLKO JEŚLI CHCESZ SKORZYSTAĆ Z USŁUGI)**

Jestem rodzicem lub prawnym opiekunem dziecka opisanego powyżej. **Upoważniam i wyrażam zgodę** na uczestnictwo mojego dziecka na opisane powyżej leczenie stomatologiczne, i zezwalam na wgląd szkolnej pielęgniarki/ przedstawiciela szkoły i dentystry w stomatologiczne rekordy mojego dziecka.

Daję również zgodę dla Departamentu Zdrowia Publicznego Stanu Illinois do zapewnienia Wysokiej Jakości Audytu do oceny uszczelniaczy mojego dziecka które zostaną przeprowadzone w szkole. Zgoda da daje również zatwierdzenie do wymiany uszczelniaczy jeśli są konieczne.

W zakresie dozwolonym przez prawo, wyrażam zgodę na wykorzystanie i ujawnienie chronionych informacji mojego nieletniego dziecka w celu dokoania płatności. Wyrażam zgodę i bezpośrednio wpłatę świadczeń stomatologicznych bezpośrednio do Miles of Smiles, Ltd.

PODPIS: \_\_\_\_\_ IMIE I NAZWISKO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

Jeśli masz dentystę , szukaj tam opiekę stomatologiczną!

DDS INITIALS \_\_\_\_\_ RDH INITIALS \_\_\_\_\_