

**Szkolny program higieny jamy ustnej****Zgoda na świadczenie usług stomatologicznych, zwolnienie z odpowiedzialności i formularz zgody**Imię i nazwisko ucznia: _____ Data urodzenia ucznia _____ Mężczyzna Kobieta

Nazwa szkoły: _____ Nr identyfikacyjny ucznia _____ Klasa: _____ Nr sali _____

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna: _____ Adres zamieszkania: _____

Numer telefonu: _____ Kod pocztowy: _____ 9-cyfrowy nr odbiorcy usług Medicaid/ALL KIDS _____

Jako rodzic/opiekun wyżej wymienionego ucznia przyjmuję do wiadomości, że w ramach **SZKOLNEGO PROGRAMU HIGIENY JAMY USTNEJ** (zwanego dalej „**PROGRAMEM**”) prowadzonego przez Wydział Zdrowia Publicznego Chicago (Chicago Department of Public Health) i Szkoły Publiczne miasta Chicago (Chicago Public Schools) do szkoły mojego dziecka/podopiecznego przyjdą wkrótce autoryzowani dentyści i na terenie szkoły wykonają uczniom lub ich rodzinom **BEZPŁATNE BADANIA DENTYSTYCZNE, a w razie potrzeby również CZYSZCZENIE ZĘBÓW, FLUORYZACJĘ i założenie USZCZELNIACZY DENTYSTYCZNYCH**. Uszczelniacze dentystyczne, poza regularnym szczotkowaniem i nitkowaniem, chronią zęby dziecka/podopiecznego przed **PRÓCHNICĄ**. Uszczelniacze dentystyczne to cienkie powłoki z tworzywa sztucznego nakładane na korony tylnych zębów, aby **USZCZELNIAĆ** je przed jedzeniem i drobnoustrojami. Uszczelniacze nakładane są na zęby nieobjęte próchnicą i nie są bolesne. **USŁUGI W RAMACH PROGRAMU NIE OBEJMUJĄ BOROWANIA I ZASTRZYKÓW**.

Przyjmuję do wiadomości, że w związku z uczestnictwem mojego dziecka/podopiecznego w **PROGRAMIE**, zgodnie z moim złożonym poniżej podpisem, niniejszym zwalniam **MIASTO CHICAGO**, jego wydziały, w tym Wydział Zdrowia Publicznego oraz jego pracowników, urzędników, wolontariuszy, agentów i przedstawicieli, a także **RADĘ EDUKACYJNĄ MIASTA CHICAGO**, jej członków, pełnomocników, agentów, urzędników, wykonawców, wolontariuszy i pracowników z jakiegokolwiek odpowiedzialności, która może wynikać wobec mnie lub mojego dziecka/podopiecznego z tytułu wszelkich strat, obrażeń, szkód poniesionych przeze mnie lub dziecko/podopiecznego, znanych i nieznanymi, przewidzianych i nieprzewidzianych, powstałych w związku z uczestnictwem mojego dziecka/podopiecznego w **PROGRAMIE**, niezależnie od tego, czy wspomniane straty, obrażenia, szkody lub zobowiązania wynikają w całości lub części z zaniedbania **MIASTA CHICAGO**, jego wydziałów, w tym Wydziału Zdrowia Publicznego oraz jego pracowników, urzędników, wolontariuszy, agentów i przedstawicieli, bądź zaniedbania **RADY EDUKACYJNEJ MIASTA CHICAGO**, jej członków, pełnomocników, pracowników, urzędników, wykonawców, wolontariuszy, agentów lub przedstawicieli.

Przyjmuję również do wiadomości, że moim złożonym poniżej podpisem potwierdzam, że autoryzowany dentysta świadczący bezpłatną opiekę medyczną lub stomatologiczną, leczenie, diagnozę lub poradę w imieniu Wydziału Zdrowia Publicznego Chicago nie ponosi odpowiedzialności za szkody cywilne wynikające z jego działań lub zaniechań w świadczeniu takiej opieki medycznej lub stomatologicznej, leczeniu, diagnozie lub poradzcie w ramach Programu, z wyjątkiem umyślnego lub celowego uchybienia. Aby upoważnić dostawców usług stomatologicznych oraz Wydział Zdrowia Publicznego Chicago do udostępniania informacji związanych z usługami stomatologicznymi świadczonymi w ramach PROGRAMU na rzecz dziecka/podopiecznego, należy podpisać Formularz zgody, który znajduje się na drugiej stronie niniejszego dokumentu. Niniejsza zgoda jest ważna przez **365 dni** od daty podpisania przez rodzica lub opiekuna dziecka/podopiecznego.

Rasa: (Zaznacz jedną) Biała Czarna Azjatycka / mieszkanie Indianin / Rdzenny mieszkanie **Latynoska** (Zaznacz jedno Tak Nie
wysp Pacyfiku Alaski pole)

INFORMACJE MEDYCZNE: Czy Twoje dziecko / Twój podopieczny borykał(o) się z poniższymi problemami: **TAK lub NIE** Jeśli TAK: zakreśl odpowiednią chorobę:

Astma **Cukrzyca** **Aktualnie występują szmery sercowe** **Gorączka reumatyczna lub choroba reumatyczna serca** **Epilepsja Choroba krwi / Zapalenie wątroby**

Czy Twoje dziecko / Twój podopieczny przyjmuje jakieś leki? Jeśli TAK, podaj nazwy leków: _____

Czy Twoje dziecko / Twój podopieczny ma jakieś alergie? Jeśli TAK, wypisz alergie: _____

Czy występują inne problemy natury medycznej? Jeśli TAK, wypisz problemy: _____

Jako rodzic lub opiekun wyżej wymienionego dziecka lub podopiecznego wyrażam zgodę na udział dziecka lub podopiecznego w **SZKOLNYM PROGRAMIE HIGIENY JAMY USTNEJ**, który obejmuje badanie dentystyczne, a w razie potrzeby również czyszczenie zębów, fluoryzację i założenie uszczelniaczy stomatologicznych oraz badania kontrolne. Upoważniam dostawcę usług stomatologicznych do korzystania z numeru Medicaid, ALL KIDS mojego dziecka lub podopiecznego wyłącznie do celów rozliczeniowych. **Rozumiem, że w przypadku niepodpisania niniejszego formularza zgody na świadczenie usług stomatologicznych oraz zwolnienia z odpowiedzialności, moje dziecko lub podopieczny nie otrzyma żadnych usług w ramach niniejszego programu.**

Należy podpisać obie strony:

Rodzic/opiekun

Data: