



# Координация стоматологической помощи

## Согласие на стоматологическую помощь

All Smiles Community Oral Health сотрудничает со школой, где учится ваш ребёнок, обеспечивая координацию бесплатной стоматологической помощи. С вашего согласия мы поможем вам найти стоматологическую помощь в вашей местности. Пожалуйста, заполните форму ниже, чтобы мы смогли немедленно начать оказывать вашему ребёнку необходимую помощь.

|  |              |
|--|--------------|
| Имя и фамилия ребёнка: _____<br>(фамилия) (имя) (предпочитаемое имя) |              |
| Дата рождения ребёнка (мм/дд/гг): _____ / _____ / _____              | Класс: _____ |
| Школа: _____   |              |

### Контактная информация

Имя и фамилия родителя или опекуна ребёнка:

Номер телефона для связи:

Разрешить отправку текстовых сообщений:  Да  Нет

Электронная почта:

Почтовый адрес:

Язык, на котором говорят дома:

### Следующая информация поможет нам лучше позаботиться о вашем ребенке:

Моего ребёнка беспокоит (отметить все подходящие варианты):

Боль  Отёк  Кровотечение  Язвы в полости рта  Дискомфорт  Сломанный зуб  Другое \_\_\_\_\_

Мой ребёнок принимает (перечислите лекарства):

Нет:

У моего ребёнка аллергия на:

Нет:

Имеющиеся проблемы со здоровьем:

Нет:

Поведенческие нарушения:

Нет:

Прочая информация, которая поможет нам лучше позаботиться о ребёнке:

Нет:

### Пожалуйста, заполните следующий раздел. Вы не получите счет за предоставленные услуги.

Медицинская страховка:

План медицинского страхования штата Орегон (ОНР) / идентификационный номер Medicaid# \_\_\_\_\_

Частная стоматологическая страховая компания \_\_\_\_\_

Нет медицинской страховки

Эти услуги предоставляются бесплатно. Вам не выставят счёт.

Подписавшись ниже, вы подтверждаете:

В качестве родителя или законного опекуна настоящим документом я разрешаю обмен информацией и её передачу, включая любую надлежащую персональную медицинскую информацию, организации All Smiles Community Oral Health и поставщикам услуг, сотрудничающим с ней, работникам школы, страховщикам, стоматологу ребёнка, организации координированного медицинского обслуживания ребёнка и (или) зарегистрированной организации зубоветеринарного обслуживания ребёнка. Мною получен экземпляр «Уведомления о методах обеспечения конфиденциальности». С методами обеспечения конфиденциальности можно ознакомиться на веб-сайте All Smiles [AllSmilesCOH.org/forms](http://AllSmilesCOH.org/forms).

Подпись родителя/опекуна: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_