

БЕЗПЛАТНІ СТОМАТОЛОГІЧНІ ПОСЛУГИ В ШКОЛІ, ДЕ НАВЧАЄТЬСЯ ВАША ДИТИНА

Важливо. Поверніть підписаний бланк дозволу для надання цієї безплатної послуги.

До безплатних послуг входять:

- Перевірка зубів. Наш стоматолог заглядає в рот учня/учениці, щоби перевірити стан зубів і ясен.
- Зубні герметики. Для запобігання карієсу можна нанести покриття на задні зуби учня/учениці.
- Фтор. Цей мінерал, коли потрапляє на зуби під час чищення, робить їх міцнішими та запобігає появі карієсу.



Чому вам варто записати свою дитину на безплатні послуги:

- Здорові зуби важливі для гарного самопочуття загалом.
- Якщо наносити герметики на зуби в школі, вам не потрібно знаходити на це час, тож ви менше пропускаєте роботу, а ваша дитина менше пропускає уроки.
- Зубні герметики наносяться стоматологами-професіоналами.
- Відвідайте стоматолога принаймні раз на рік.



Фтор наноситься на зуби за допомогою

Для додаткової інформації,
зателефонуйте нам за
номером
503-521-7166.

До нанесення



Після нанесення



Проблема: карієс

- Карієс — найпоширеніша хвороба в дітей.
- Приблизно 50 % дітей у віці 5-11 років мають принаймні один зуб із карієсом¹.

Рішення: зубні герметики

- Учні, яким наносять герметики, мають на 50 % менше карієсу, ніж інші учні².
- Застосування фтору запобігає виникненню 43 % карієсу на постійних зубах і 37 % карієсу на молочних зубах³.

¹ Центри з контролю та профілактики захворювань (CDC). Здоров'я порожнини рота в дітей. <https://www.cdc.gov/oralhealth/basics/childrens-oral-health/index.html#:~:text=More%20than%20half%20of%20adolescents,one%20to%20two%20percent%20of%20children%20have%20cavities>

² Робоча група з питань профілактичних послуг у громадах. (2017) Покращення здоров'я порожнини рота: програми застосування стоматологічних герметиків на базі шкіл. <https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/OnePager-OralHealth-School-Sealants.pdf>

³ Marinho VCC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. Фторовмісні покриття для профілактики карієсу зубів у дітей та підлітків. Кокранівська база даних систематичних оглядів 2013, випуск 7. Арт. №: CD002279. Цифровий ідентифікатор об'єкта (DOI): 10.1002/14651858



Free services include:

-
- A colorful illustration of school supplies. A blue mug with a smiling face and closed eyes holds a pencil, a toothbrush, and a mirror. To the left of the mug is a red apple with a bite taken out of it, a green container, and a yellow and white tube of cream. The background is a yellow circle on a purple oval base.

A close-up photograph of a dental professional, seen from the side, wearing a white surgical mask and blue nitrile gloves. The professional is examining a young boy's teeth with a dental mirror. The boy is smiling and looking towards the camera. He is wearing a blue and white striped dental bib. The background is a plain, light-colored wall.

503-521-7166.

- Students who receive sealants have 50% fewer cavities than students who do not².
- Fluoride application prevents 43% of cavities in permanent teeth and 37% of cavities in baby teeth³.

After Sealant



Revised May 2024

Дозвіл на безплатні стоматологічні послуги



У школі, де навчається ваша дитина, пропонуються безплатні стоматологічні огляди, нанесення герметиків і чистка зубів фтором. Ці послуги надаються стоматологами-професіоналами й допоможуть запобігти виникненню карієсу.

Ім'я дитини: _____
(прізвище) (ім'я) (звичне ім'я)
Дата народження дитини (мм/дд/рррр): ____ / ____ / ____ Учитель: _____

Поставте **ОДНУ ПОЗНАЧКУ**, щоби підписатися на безплатну послугу:

- ☐ Так, огляд, герметики та фтор
- ☐ Так, огляд і герметики
- ☐ Так, огляд і фтор
- ☐ Так, тільки огляд

* ПРИМІТКА. Якщо позначено більше одного пункту «так», будуть надані всі затверджені послуги.

☐ **НІ, не надавайте жодних стоматологічних послуг моїй дитині**

Контактна інформація	
Один із батьків/опікунів:	Бажана мова:
Номер телефону для зв'язку:	Дозвіл на надсилання повідомлень: ☐ ТАК ☐ НІ
Електронна пошта:	
Поштова адреса:	

Надайте запитовану інформацію, щоб ми могли краще надавати послуги вашій дитині:

Моя дитина приймає (указати перелік ліків):	Немає: ☐
У моєї дитини алергія на:	Немає: ☐
Будь-які поточні захворювання:	Немає: ☐
Будь-які поведінкові особливості:	Немає: ☐
Інша інформація, яка допоможе нам краще надавати послуги вашій дитині:	Немає: ☐

Заповніть розділ нижче. Вам не буде виписаний рахунок.

Медична страховка: ☐ Oregon Health Plan (OHP) / Medicaid ID# _____ ☐ Приватна стоматологічна страхова компанія _____ ☐ Без медичної страховки	Ці послуги БЕЗПЛАТНІ!
Як законний батько(мати)/опікун(опікунка), я надаю згоду на строк 24 місяці на розголошення та обмін інформацією, включно з особистою медичною інформацією, між персоналом стоматологічної клініки, працівниками школи, страховими компаніями, стоматологом дитини, відповідною організацією координованої медичної допомоги та/або організацією стоматологічної допомоги, яка веде облік. Мені надано копію «Повідомлення про політику конфіденційності», яка також доступна на вебсайті All Smiles Community Oral Health AllSmilesCOH.org/forms . Я розумію, що студент-стоматолог під пильним наглядом ліцензованого фахівця може проводити лікування.	
Підпис одного з батьків/опікунів: _____ Дата: _____	

Permission Slip for Free Dental Services



Free dental screenings, sealant placements, and brushed-on fluoride are offered at your child's school. These services are done by dental care professionals and will help prevent cavities.

Name of Child: _____		
(Last)	(First)	(Preferred Name)
Child's Date of Birth (mm/dd/yy): ____ / ____ / ____ Teacher: _____ Grade: _____		
School: _____		

Check ONE BOX below to sign up for this free service:

- ☐ Yes, to screening, sealants and fluoride
- ☐ Yes, to screening and sealants
- ☐ Yes, to screening and fluoride
- ☐ Yes, to screening only

* NOTE: If more than one "yes" box is checked, all approved services will be provided.

☐ **NO, do not provide any dental services for my child**

Contact Information	
Parent/Guardian:	Preferred Language:
Best phone number to reach you:	Permission to Text: ☐ YES ☐ NO
Email address:	
Mailing address:	

Please provide the following information so we can better serve your child:

My child is taking (list medications):	None: ☐
My child is allergic to:	None: ☐
Any current medical conditions:	None: ☐
Any behavioral considerations:	None: ☐
Other information to help us better serve your child:	None: ☐

Please complete the section below. You will not receive a bill.

Health Insurance: ☐ Oregon Health Plan (OHP) / Medicaid ID# _____ ☐ Private dental insurance company _____ ☐ No health insurance	These services are FREE!
As the legal parent/guardian, I consent for 24 months to the release and sharing of information, including personal health information, between the dental sealant staff, school staff, insurance carriers, the child's dentist, applicable Coordinated Care Organization, and/or the Dental Care Organization of record. I have received a copy of "Notices of Privacy Practices," also available on the All Smiles Community Oral Health website AllSmilesCOH.org/forms . I understand that a dental student closely supervised by a licensed professional may provide treatment.	
Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____	

КОРОТКИЙ ЗМІСТ ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПОЛІТИКУ КОНФІДЕНЦІЙНОСТІ

Конфіденційність вашої захищеної медичної інформації, яка також називається медичною картою, є пріоритетом для All Smiles Community Oral Health. Існує низка підстав, з яких нам може знадобитися скористатися цією інформацією або розкрити її іншим особам. Це Повідомлення про політику конфіденційності надається для того, щоби проінформувати, як ми можемо використовувати та розкривати інформацію з вашої медичної картки. ЦЯ СТОРІНКА НЕ Є ПОВНИМ ПОВІДОМЛЕННЯМ ПРО ПОЛІТИКУ КОНФІДЕНЦІЙНОСТІ. Повний текст повідомлення доступний за запитом. На додаток до нашого багаторічного зобов'язання захищати вашу інформацію, ми маємо певні зобов'язання, передбачені федеральним законодавством. Одним із таких зобов'язань є надання вам цього Повідомлення.

У ПОВНОМУ ПОВІДОМЛЕННІ ПРО ПОЛІТИКУ КОНФІДЕНЦІЙНОСТІ ПОЯСНЮЄТЬСЯ ТАКЕ

- **Ми можемо використовувати та передавати вашу медичну інформацію без вашого дозволу, щоб:**
 - забезпечити вам лікування;
 - отримати оплату за послуги, які ми вам надаємо;
 - звітувати перед федеральними, державними та місцевими органами влади, а також перед іншими особами, якщо цього вимагає закон;
 - звітувати або ділитися інформацією задля охорони здоров'я, безпеки та/або досліджень.
- **Ми можемо ділитися вашою інформацією без вашого дозволу, але тільки якщо ми надамо вам можливість виступити проти:**
 - передачі інформації про вас родині, друзям або іншим особам, які беруть участь у догляді за вами, для оплати послуг, які ви отримуєте;
 - передачі інформації в разі катастрофи, щоби повідомити родині та друзям, де ви знаходитесь і в якому стані перебуваєте.
- **Ми можемо використовувати та передавати вашу медичну інформацію тільки з вашого дозволу на розголошення, окрім описаного вище.**
- **До ваших прав відповідно до федеральних законів про конфіденційність входить право на:**
 - перегляд та копіювання вашої медичної інформації;
 - виправлення помилкової або неповної інформації у вашій медичній документації;
 - запит переліку місць, куди ми надсилали вашу інформацію, за винятком випадків, коли вона була надіслана з вашого дозволу, для оплати, лікування або проведення медичних операцій;
 - обмеження інформації, яку ми використовуємо або передаємо для лікування, оплати або медичних операцій, а також інформації, яку ми передаємо членам сім'ї або іншим особам, що беруть участь у вашому лікуванні (ми не зобов'язані погоджуватися на ваш запит);
 - конфіденційне спілкування з нами;
 - паперову копію Повідомлення про політику конфіденційності будь-коли;
 - отримувати повідомлення в разі порушення незахищеної та/або захищеної медичної інформації;
 - подати скаргу, якщо ви вважаєте, що ваші права на конфіденційність були порушені;
 - повну оплату з власної кишені за медичні послуги та обмеження розкриття інформації про ці послуги постачальнику послуг медичного страхування.



SUMMARY OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

The confidentiality of your protected health information, also called your medical record, is a high priority at All Smiles Community Oral Health. There are a number of reasons we may need to use this information or disclose it to others. This Notice of Privacy Practices is provided to inform you of the ways we can use and release information from your medical record. THIS PAGE IS NOT THE FULL NOTICE OF PRIVACY PRACTICES. The full notice is available upon request. In addition to our longstanding commitment to protecting your information, there are certain obligations we have under federal law. One of those obligations is to provide you with this Notice.

THINGS EXPLAINED IN THE FULL NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

- **How we may use and share your health information without your permission to:**
 - Provide treatment to you.
 - Get paid for the services we provide to you.
 - Make reports to federal, state, and local agencies and others when the law requires such reporting.
 - Make reports or share information for public health, safety, and/or research purposes.
- **How we can share your information without your permission, but only if we give you a chance to object:**
 - To share information about you to family, friends, or others involved in your care for payment for the services you receive.
 - To share information in case of a disaster to let your family and friends know where you are and your general condition.
- **How we can use and share your medical information only with your permission for disclosures other than those described above.**
- **Your legal rights under federal privacy laws include your right to:**
 - Ask to see and copy your medical information.
 - Ask that incorrect or incomplete information in your medical information be corrected.
 - Ask for a list of the places we have sent your information unless it was sent with your permission, for payment, treatment, or health care operations.
 - Ask that we limit the information we use or share for treatment, payment, or healthcare operations, or the information we share with family members or others involved in your care. We are not required to agree to your request.
 - Ask that we communicate with you in a confidential manner.
 - Ask for a paper copy of the Notice of Privacy Practices at any time.
 - Be notified in the event of a breach of unsecured, protected health information.
 - File a complaint if you think your privacy rights have been violated.
 - Pay out of pocket in full for a healthcare item or service and restrict disclosure of that particular item or service to your health plan provider.