

Важный: Пожалуйста, верните нам подписанное разрешение на предоставление этих бесплатных услуг.

Бесплатное покрытие зубов фтористым лаком и профилактические стоматологические осмотры предлагаются в школе по месту учёбы вашего ребёнка.

Профилактический стоматологический осмотр – это быстрый осмотр (скрининг) полости рта ребёнка для проверки общего состояния его зубов. Фтористый лак – это защитное покрытие, наносимое на поверхность зубов.

Для получения
дополнительной
информации,
пожалуйста, звоните
нам по номеру
503-521-7166.

Что вам необходимо знать:

- Нанесение фтористого лака на поверхность зубов – это безопасный и быстрый метод защиты зубов от кариеса.
- Нанесение фтористого лака не вызывает боли.
- Профилактические осмотры полости рта и нанесение фтористого лака производятся профессиональными специалистами-стоматологами.

Сохранение здоровой улыбки

- Чистите зубы щёткой и зубной нитью каждый день.
- Используйте зубную пасту, содержащую фтор, величиной с рисинку.
- Выбирайте здоровые лёгкие закуски, такие, как фрукты и овощи.
- Старайтесь пить воду вместо сока.
- Здоровые молочные зубы помогут предотвратить проблемы с зубами во взрослом возрасте.
- Посещайте стоматолога, по меньшей мере, один раз в год.



Fluoride Varnish for Healthy Teeth

Important: Please return a signed permission slip to use this free service.

Free fluoride varnish and dental screenings are offered at your child's school!

A dental screening is a quick look inside your child's mouth to check the overall health of their teeth. Fluoride varnish is a protective coating brushed on the teeth.

For more information, please call us at **503-521-7166.**

What you need to know:

- Fluoride varnish is a safe and quick way to protect teeth from cavities.
- Fluoride varnish does not hurt.
- Screenings and fluoride varnish are done by dental care professionals.

Keeping a healthy smile:

- Brush and floss every day.
- Use fluoride toothpaste the size of a grain of rice.
- Choose healthy snacks such as fruits and vegetables.
- Try drinking water over juice.
- Healthy baby teeth will help prevent problems in adult teeth.
- See a dentist at least once a year.





Бесплатная программа профилактического стоматологического осмотра и нанесения Фторлака: бланк разрешения

В посещаемой вашим ребенком школе предлагаются бесплатные профилактические стоматологические осмотры и услуги по нанесению Фторлака на зубы. Нанесение Фторлака — быстрый и простой способ защиты зубов от кариеса. Профилактический осмотр и нанесение Фторлака производятся специалистами по зубоврачебному обслуживанию до четырех раз в год.

Имя и фамилия ребенка: _____ (Фамилия) (Имя) (Предпочитаемое имя)
Дата рождения ребенка (мм/дд/гг): _____ / _____ / _____
Школа: _____

Профилактический стоматологический осмотр: краткий осмотр ротовой полости с целью проверки общего состояния зубов

ДА НЕТ

Нанесение Фторлака на зубы с целью предотвращения кариеса

ДА НЕТ

Если вы отметили ответ «Да», пожалуйста, заполните приведенный ниже раздел и подпишитесь

Контактная информация	
Имя и фамилия родителя или опекуна ребенка:	Предпочитаемый язык:
Номер телефона, по которому лучше всего звонить:	Можно отправлять текстовые сообщения? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Электронная почта:	
Почтовый адрес:	

Пожалуйста, предоставьте следующую информацию, чтобы помочь нам лучше обслуживать вашего ребенка:

Мой ребенок принимает (перечислите лекарства):	Не принимает: <input type="checkbox"/>
У моего ребенка аллергия на:	Отсутствует: <input type="checkbox"/>
Любые существующие в настоящее время медицинские проблемы:	Отсутствуют: <input type="checkbox"/>
Другая информация, которая поможет нам лучше обслуживать ребенка:	Отсутствует: <input type="checkbox"/>

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

Медицинская страховка: <input type="checkbox"/> Идентификационный № участника программы Oregon Health Plan (OHP) или Medicaid <input type="checkbox"/> Частная страховая компания, покрывающая стоимость стоматологических услуг <input type="checkbox"/> Медицинская страховка отсутствует	Эти услуги предоставляются БЕСПЛАТНО!
--	--

В качестве законного родителя или опекуна настоящим я разрешаю раскрывать любую надлежащую персональную медицинскую информацию о предоставленных моему ребенку услугах зубоврачебному персоналу, персоналу программы Head Start, работникам школьного округа или общеобразовательного округа (ESD), в котором будет учиться мой ребенок, страховщикам, стоматологу ребенка и соответствующей зарегистрированной организации координированного медицинского и (или) зубоврачебного обслуживания. Мною получен экземпляр «Уведомления о методах обеспечения конфиденциальности». Описание методов обеспечения конфиденциальности опубликовано на веб-сайте All Smiles Community Oral Health AllSmilesCOH.org/forms. Мне также известно, что лечение может осуществляться лицом, проходящим курс обучения зубоврачебной гигиене или зубоврачебному уходу, под постоянным наблюдением лицензированного дантиста.

Подпись родителя или опекуна: _____ Дата: _____

Внимание: эта форма доступна на русском языке по адресу AllSmilesCOH.org/forms

Chú ý: Mẫu này có sẵn bằng tiếng Việt tại nhà AllSmilesCOH.org/forms

注意: 此表格可通过以下网址获得中文版本: AllSmilesCOH.org/forms

Пересмотрено в мае 2024 г.



Free Dental Screening/Fluoride Varnish Program Permission Slip

Free dental screenings and fluoride varnish services are now offered at your child’s school. Fluoride varnish is a quick and easy way to protect teeth from cavities. The screening and fluoride varnish are done by dental care professionals up to four times a year.

Child’s Name: _____ (Last) (First) (Preferred Name)
Child’s Date of Birth (mm/dd/yy): _____ / _____ / _____
School: _____

Dental Screening: A quick look inside the mouth to check the overall health of teeth.

YES NO

Fluoride Varnish: Applied to teeth to prevent cavities.

YES NO

If Yes, Please Complete and Sign Below:

Contact Information	
Parent/Guardian Name:	Preferred Language:
Best phone number to reach you:	Permission to Text: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Email address:	
Mailing address:	

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

My child is taking (list medications):	None: <input type="checkbox"/>
My child is allergic to:	None: <input type="checkbox"/>
Any current medical problems:	None: <input type="checkbox"/>
Other information to help us better serve your child:	None: <input type="checkbox"/>

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

Health Insurance: <input type="checkbox"/> Oregon Health Plan (OHP) / Medicaid ID# _____ <input type="checkbox"/> Private dental insurance company _____ <input type="checkbox"/> No health insurance	These services are FREE!
--	---------------------------------

As the legal parent/guardian, I hereby consent to the release and exchange of information, including any relevant personal health information regarding the services provided, between the dental staff, Head Start staff, your child’s future school district or ESD, 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.” Privacy Practices are available on the All Smiles Community Oral Health website AllSmilesCOH.org/forms. I also understand a dental hygiene or nursing student closely supervised by a licensed dental professional may provide treatment.

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

Внимание: эта форма доступна на русском языке по адресу AllSmilesCOH.org/forms

Chú ý: Mẫu này có sẵn bằng tiếng Việt tại nhà AllSmilesCOH.org/forms

注意：此表格可通過以下網址獲得中文版本: AllSmilesCOH.org/forms

В рамках программы All Smiles Community Oral Health конфиденциальности вашей защищенной медицинской информации, называемой также «историей болезни», уделяется большое внимание. По ряду причин могут потребоваться использование этой информации или ее раскрытие другим сторонам. Настоящее «Уведомление о методах обеспечения конфиденциальности» поясняет, каким образом мы можем использовать и раскрывать информацию, содержащуюся в истории болезни. НА ЭТОЙ СТРАНИЦЕ НЕ ПРИВОДИТСЯ ПОЛНЫЙ ТЕКСТ УВЕДОМЛЕНИЯ О МЕТОДАХ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ. Полный текст этого уведомления предоставляется по требованию. Помимо наших долгосрочных обязательств по защите относящейся к вам информации существуют некоторые обязательства, предусмотренные федеральными законами. В частности, мы обязаны предоставить вам данное уведомление.

ЧТО РАЗЪЯСНЯЕТСЯ В ПОЛНОМ ТЕКСТЕ УВЕДОМЛЕНИЯ О МЕТОДАХ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ?

- **Как мы можем использовать вашу медицинскую информацию и раскрывать ее без вашего разрешения?**
 - С целью вашего лечения.
 - С целью обеспечения оплаты предоставленных вам услуг.
 - С целью представления отчетов в учреждения федерального правительства, правительства штата и местных правительств, а также в другие учреждения, перед которыми мы обязаны отчитываться по закону.
 - В случаях представления отчетов или раскрытия информации в целях общественного здравоохранения, обеспечения безопасности и (или) проведения исследований.
- **Как мы можем раскрывать относящуюся к вам информацию только в том случае, если вы не возражаете против этого?**
 - С целью предоставления относящейся к вам информации вашим родственникам, друзьям и другим сторонам, участвующим в процессе вашего лечения или оплаты используемых вами услуг.
 - С целью осведомления ваших родственников и друзей о вашем местонахождении и о вашем общем состоянии в случае катастрофы.
- **В каких не упомянутых выше случаях мы можем использовать вашу медицинскую информацию и раскрывать ее только с вашего разрешения?**
- **К числу ваших юридических прав, предусмотренных федеральными законами о конфиденциальности личной информации, относятся следующие.**
 - Право просматривать и копировать вашу медицинскую информацию.
 - Право требовать исправления ошибок или пропусков, допущенных при регистрации вашей медицинской информации.
 - Право запрашивать перечень мест, в которых была получена относящаяся к вам информация, если она не была получена с вашего разрешения или в целях обеспечения оплаты, лечения или здравоохранения.
 - Право требовать ограничения объема информации, используемой или раскрываемой нами в целях лечения, обеспечения оплаты или здравоохранения, либо информации, раскрываемой нами вашим родственникам или другим сторонам, участвующим в вашем медицинском обслуживании (мы не обязаны удовлетворять такое требование).
 - Право требовать обеспечения конфиденциальности нашего общения с вами.
 - Право требовать, в любое время, предоставления вам распечатанного экземпляра «Уведомления о методах обеспечения конфиденциальности».
 - Право получать извещения о случаях доступа неуполномоченных сторон к вашей защищенной медицинской информации.
 - Право подавать жалобу в том случае, если вы считаете, что ваши права на обеспечение конфиденциальности были нарушены.
 - Право полностью оплачивать самостоятельно ту или иную медицинскую продукцию или услугу, ограничивая раскрытие обеспечивающей ваше медицинское страхование стороне информации о предоставлении вам такой продукции или услуги.



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.