

Фторвмісне покриття для здорових зубів

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

У школі, де навчається ваша дитина, можна безкоштовно отримати послугу фторвмісного покриття та пройти стоматологічне обстеження!

Стоматологічний огляд — це швидка перевірка порожнини рота вашої дитини для оцінювання загального стану зубів. Фторвмісне покриття — це захисне покриття, яке наноситься на зуби щіткою.

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

Що потрібно знати.

- Фторвмісне покриття — це безпечний і швидкий спосіб захистити зуби від карієсу.
- Це не завдає болю.
- Огляд і процедуру покриття здійснюють стоматологи-професіонали.

Здорова посмішка.

- Щодня чистьте зуби щіткою та зубною ниткою.
- Вичавлюйте зубну пасту зі фтором на щітку порцією, розміром із рисове зернятко.
- Додайте в раціон здорові закуски, як-от фрукти та овочі.
- Краще пийте воду замість соку.
- Гарний догляд за молочними зубами запобігатиме проблемам із постійними зубами у дорослому віці.
- Відвідайте стоматолога принаймні раз на рік.



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.





Бланк дозволу на безплатний стоматологічний огляд/послугу нанесення фторвмісного покриття

У школі, де навчається ваша дитина, пропонуються безплатні стоматологічні огляди, нанесення фторвмісного покриття. Фторвмісне покриття — це швидкий і безпечний спосіб захистити зуби від карієсу. Огляд і процедура покриття здійснюється стоматологами-професіоналами до чотирьох разів на рік.

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

Стоматологічний огляд. Швидка перевірка порожнини рота для оцінювання загального стану зубів.

☐ ТАК ☐ НІ

Фторвмісне покриття. Наноситься на зуби для профілактики карієсу.

☐ ТАК ☐ НІ

Якщо так, заповніть і підпишіть форму нижче:

Контактна інформація	
Ім'я одного з батьків/опікунів:	Бажана мова:
Номер телефону для зв'язку:	Дозвіл на надсилання повідомлень: ☐ Так ☐ Ні
Електронна пошта:	
Поштова адреса:	

Надайте запитувану 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 проблеми:	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 цим надаю згоду на розголошення та обмін інформацією, включно з особистою медичною інформацією щодо наданих послуг, між персоналом стоматологічної клініки, працівниками програми Head Start, працівниками школи або навчального закладу, страховими компаніями, стоматологом дитини, відповідною організацією координованої медичної допомоги та/або організацією стоматологічної допомоги, яка веде облік. Мені надійшла копія «Повідомлення про Політику конфіденційності». Вона 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: _____	

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

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

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

(UKRAINIAN) Остання редакція: березень 2025 р.



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: ☐ 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 problems:	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 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 nha AllSmilesCOH.org/forms

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

Revised May 2024

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.