



Program zdravlja zuba 802 Smiles Saglasnost za usluge (nivo 3)

Molimo vas da popunite podatke u nastavku, potpišete ih i vratite u školu vašeg djeteta.

Ime i prezime djeteta: _____ Datum rođenja: _____

Koji tretmani se pružaju kroz Program zdravlja zuba 802 Smiles mog djeteta?

Program zdravlja zuba 802 Smiles nudi stomatološke preglede, čišćenje, fluoridni lak i [srebrni diamin fluorid \(SDF\) \(silver diamine fluoride na engleskom\)](#). **Da bi dijete primilo SDF, morate popuniti dodatni obrazac saglasnosti na kome možete pronaći više informacija o tretmanu SDF-om.**

Preporučujemo da vaše dijete dobije njegu putem vašeg već uspostavljenog stomatološkog centra, ako ga imate, a ne kroz Program zdravlja zuba 802 Smiles u njegovoj školi.

Saglasnost za liječenje:

Da, želim da moje dijete učestvuje u Programu zdravlja zuba 802 Smiles. Razumijem da će, ukoliko postoji stomatolog naveden na ovom obrascu, on(a) dobiti izvještaj o nalazima od zubnog higijeničara iz Programa 802 Smiles. Razumijem da moje dijete može dobiti bilo koju ili sve od sljedećih usluga na temelju procjene zubnog higijeničara iz Programa 802 Smiles, bez konsultacija sa stomatologom:

- stomatološki pregled
- fluoridni lak
- čišćenje zuba
- srebrni diamin fluorid

Ne, ne želim da moje dijete učestvuje u Programu zdravlja zuba 802 Smiles.

Saglasnost za dijeljenje informacija:

Sa stomatologom vašeg djeteta: Ako vaše dijete ima navedenog stomatologa u svojoj evidenciji i odlučite dobiti stomatološku njegu kroz Program 802 Smiles, informacije o tome koje su usluge pružene podijelit će se s njim.

Ova razmjena informacija je obavezna:

Da, želim da se podaci o mom djetetu podijele sa stomatologom koji je naveden u evidenciji.

Ne, ne želim da se podaci o mom djetetu dijele sa stomatologom koji je naveden u evidenciji. Razumijem da moje dijete neće dobiti stomatološku njegu kroz Program 802 Smiles.

Sa Ministarstvom zdravlja savezne države Vermont: Ministarstvo zdravlja savezne države Vermont želi koristiti informacije vašeg djeteta za procjenu učinkovitosti ovog programa. Da li također dajete dozvolu da zubni higijeničar iz Programa 802 Smiles podijeli evidencije o stomatološkom tretmanu vašeg djeteta sa Ministarstvom zdravlja savezne države Vermonta?

Ovo dijeljenje informacija nije obavezno:

Da, dopuštam zubnom higijeničaru iz Programa 802 Smiles da podijeli **stomatološke evidencije mog djeteta** sa Ministarstvom zdravlja savezne države Vermont.

Ne, ne dopuštam zubnom higijeničaru iz Programa 802 Smiles **da dijeli stomatološke evidencije mog djeteta** sa Ministarstvom zdravlja savezne države Vermont.

Označite ovdje ako ste **udomitelj** ili ako imate **zajedničko skrbništvo nad ovim djetetom**:

Potpis roditelja/staratelja: _____ Datum: _____

Roditelj/staratelj štampanim slovima: _____

Ako date dozvolu da vaše dijete učestvuje u Programu zdravlja zuba 802 Smiles, molimo vas da nastavite na sljedeću stranicu.

Djetetova stomatološka historija:

Kada je vaše dijete posljednji put bilo kod stomatologa?

- U proteklih godinu dana Prije više od godinu dana Nikad nije bilo kod stomatologa

Ko je primarni stomatolog vašeg djeteta, ako ga ima? _____

Koju vrstu stomatološkog osiguranja ima vaše dijete? Nijednom djetetu neće biti uskraćena usluga zbog osiguranja. Imajte na umu da dentalni higijeničar iz Programa 802 Smiles može naplatiti osiguranju Medicaid usluge koje se pružaju vašem djetetu.

- Medicaid/Dr. Dynasaur – Medicaid ID broj vašeg djeteta: _____
 Privatno stomatološko osiguranje (npr. Delta Dental) Tricare
 Nema osiguranja Drugo _____
 Ne znam

Da li vaše dijete ima neke alergije? (npr. na lijekove, hranu, lateks, srebro, itd.) Da Ne

Ako je odgovor da, koji tip? _____

Djetetova historija bolesti:

Da li vaše dijete ima zdravstveno stanje ili invaliditet koji utiču na obavljanje fizičkih i mentalnih aktivnosti, kao i na učenje?

- Da Ne Ne znam Radije ne bih da odgovorim

Ako ste odgovorili potvrdno na prethodno pitanje, kako možemo bolje smjestiti vaše dijete tokom posjete stomatologu? _____

Neobavezni demografski podaci:

Spol dodijeljen pri rođenju: Muško Žensko Nebinarno Radije ne bih da odgovorim

Sljedeće pitanje se odnosi na rasni i etnički identitet vašeg djeteta. Postavljamo ovo pitanje jer želimo biti sigurni da naš program služi osobama svih rasa i etničkih pripadnosti. Razumijemo da ponuđeni odgovori možda ne predstavljaju tačno identitet vašeg djeteta.

Što od sljedećeg najbolje opisuje vaše dijete? (Označite sve što je primjenjivo.)

- Abenaki ili neki drugi identitet američkih Indijanaca ili domorodaca Aljaske
 Azijat ili Amerikanac azijskog porijekla, npr. Kinez/Kineskinja, azijski Indijac/Indijka, Nepalac/Nepalka ili Vijetnamac/Vijetnamka
 Crnac/Crnkinja ili Afroamerikanac/ka
 Hispanoamerikanac/ka ili Latinoamerikanac/ka, npr. Meksikanac/ka, Venecuelanac/ka ili Brazilac/ka



Program zdravlja zuba 802 Smiles Saglasnost za usluge (nivo 3)

- Bliski istok ili Sjeverna Afrika (lista se nastavlja na sljedećoj stranici)
- Rođeni/a Havajac/ka ili neki drugi pacifički ostrvljanin
- Bijelac/bijelkinja ili Amerikanac/ka iz Evrope
- Dodatna rasa ili etnička pripadnost, podijelite: _____
- Radije ne bih da odgovorim

Postoji li još nešto što biste htjeli da znamo o vašem djetetu?

Vratite popunjen i potpisan obrazac u školu vašeg djeteta.