

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

К числу таких услуг относятся следующие

- Бесплатные зубоорачебные обследования – профессиональный дантист оценивает общее состояние зубов и десен ребенка.
- Бесплатное пломбирование зубов – предотвращающее кариес пломбирование задних зубов учащегося.
- Бесплатное покрытие фторидом – этот нанесенный щеткой на зубы витамин укрепляет зубы и предотвращает кариес.



Почему вам следует подписаться на бесплатное обслуживание вашего ребенка?

- Здоровые зубы имеют большое значение для общего состояния здоровья.
- Пломбирование зубов в школе позволит вам не пропускать работу, а ребенку — школу.
- Пломбирование зубов осуществляется профессиональными дантистами.
- Посещайте дантиста как минимум ежегодно.



Фторид наносят на зубы небольшой щеткой

Дальнейшие сведения можно
получить по телефону
503-521-7166.

До пломбирования

После пломбирования



Проблема: кариес

- Кариес — самое распространенное заболевание детских зубов.
- Как минимум одна кариозная полость наблюдается у примерно 50% детей в возрасте 5–11 лет¹.

Решение проблемы: пломбирование зубов

- У школьников с пломбированными зубами кариес образуется на 50% реже, чем у школьников, не проходивших процедуру пломбирования².
- Нанесение фторида предотвращает кариес постоянных зубов в 43% случаев и молочных зубов в 37% случаев³.

¹ CDC. Children's Oral Health. <https://www.cdc.gov/oralhealth/basics/childrens-oral-health/index.html#:~:text=More%20than%20half%20of%20adolescents,one%20of%2010%20children%20have%20cavities>

² Community Preventive Services Task Force. (2017) Improving Oral Health: School-Based Dental Sealant Delivery Programs. <https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/OnePager-OralHealth-School-Sealants.pdf>

³ Marinho VCC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No: CD002279. DOI: 10.1002/14651858

FREE DENTAL SERVICES AT YOUR CHILD'S SCHOOL

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

Services include:

- Free dental screening: Our dental professional looks in the student's mouth to check the overall health of teeth and gums.
- Free dental sealants: Coatings put on the student's back teeth to prevent cavities.
- Free Fluoride: Brushed on teeth, this vitamin makes teeth stronger and prevents cavities.



Why you should sign your child up for free services:

- Healthy teeth are important to your overall health.
- When dental sealants are done in school, you miss less work, and your child misses less school.
- Dental sealants are done by dental care professionals.
- See your dentist at least once a year.



Fluoride is put onto teeth with a small brush.

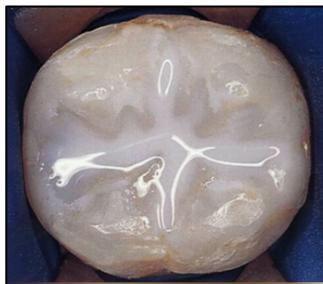
For more information,
please call us at

503-521-7166.

Before Sealant



After Sealant



The Problem: Cavities

- Cavities are the most common childhood disease.
- About 50% of children aged 5-11 years have at least one cavity¹.

The Solution: Dental Sealants

- 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.

¹ CDC. Children's Oral Health. [https://www.cdc.gov/oralhealth/basics/childrens-oral-health/index.html#:~:text=More%20than%20half%20of%20adolescents,one%](https://www.cdc.gov/oralhealth/basics/childrens-oral-health/index.html#:~:text=More%20than%20half%20of%20adolescents,one%20)

² Community Preventive Services Task Force. (2017) Improving Oral Health: School-Based Dental Sealant Delivery Programs. <https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/OnePager-OralHealth-School-Sealants.pdf>

³ Marinho VCC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochran Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No: CD002279. DOI: 10.1002/14651858

Разрешение на бесплатное зубоврачебное обслуживание



В посещаемой вашим ребенком школе предлагаются бесплатные зубоврачебные обследования, пломбирование зубов и нанесение фторида щеткой. Эти услуги предоставляются профессиональными дантистами и помогают предотвращать кариес.

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

Отметьте ниже **ОДНУ ГРАФУ**, чтобы подписаться на бесплатное обслуживание:

- Да, предоставляйте все бесплатные услуги: зубоврачебные обследования, покрытие зубов герметиком (силантом) и нанесение фторида
- Да, но осуществляйте только зубоврачебные обследования и покрытие зубов герметиком (силантом)
- Да, но осуществляйте только зубоврачебные обследования и нанесение фторида
- Да, но осуществляйте только зубоврачебные обследования

* ПРИМЕЧАНИЕ: Если отмечено более одной графы «Да», будут предоставлены все утвержденные услуги.

НЕТ, не предоставляйте моему ребенку никаких зубоврачебных услуг

Контактная информация	
Родитель или опекун:	
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"/>
Какие-либо поведенческие нарушения?	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 родителя или законного опекуна настоящим я разрешаю предоставлять и передавать информацию, в том числе любую персональную медицинскую информацию, персоналу, осуществляющему пломбирование зубов, работникам школы, страховщикам, дантисту ребенка, организации координированного медицинского обслуживания ребенка и (или) зарегистрированной организации зубоврачебного обслуживания ребенка. Мною получен экземпляр «Уведомления о методах обеспечения конфиденциальности». Текст этого уведомления публикуется на сайте All Smiles Community Oral Health AllSmilesCOH.org/forms .	
Подпись родителя или опекуна: _____ 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: _____	
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 conditions: _____	None: <input type="checkbox"/>
Any behavioral considerations: _____	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 sharing of information, including any 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." Privacy Practices are available on the All Smiles Community Oral Health website AllSmilesCOH.org/forms.

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

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.