

Стоматологический скрининг

Имя ученика: _____ Дата рождения: _____ Учитель: _____

Имя родителя / опекуна: _____ Отношение к студенту: _____

Отношение к закону штата Калифорния (раздел 49452.8 Кодекса об образовании) гласит, что все студенты должны пройти стоматологический скрининг. Стоматологические скрининги обнаруживают только очевидные проблемы с зубами и служат для идентификации студентов, нуждающихся в дальнейшем обследовании и лечении зубов.

- Вышеупомянутый студент регулярно посещает стоматолога.
- Вышеупомянутый студент не имеет зубного врача.
- Мы хотели бы найти стоматолога или назначить встречу.
- Мы хотели бы получить помощь в подтверждении нашего страхового покрытия или вариантов.
- Нам может потребоваться финансовая помощь для любых процедур, не охваченных страхованием.
- Другие: _____

Согласие на показ в школе

В день _____ лицензированный зубной профессионал будет приходить в класс вашего ученика. Если вы дадите согласие на проведение стоматологического обследования, это будет соответствовать требованиям закона. Результаты будут храниться в школе в школе и отправляться домой.

- Я соглашаюсь, чтобы вышеупомянутый студент получил базовый стоматологический скрининг. Я не буду держать зубного профессионала, ответственного за последствия для здоровья полости рта или результаты, если я выберу НЕ следовать рекомендациям, отправленным домой после скрининга. Я понимаю:
 1. Никаких рентгеновских снимков не будет.
 2. Скрининг не заменяет тщательное стоматологическое обследование, и мне необходимо будет обеспечить услуги стоматолога, чтобы мой ученик получил полное стоматологическое обследование, необходимое для установления и поддержания гигиены полости рта.
 3. Получение этого стоматологического скрининга не устанавливает никаких новых, текущих или продолжающихся стоматологических отношений между профессиональными пациентами. Я могу установить такие стоматологические отношения с профессиональным пациентом для моего студента в будущем, когда стоматологический профессионал выполнит этот скрининг или другой мой выбор.
- Я не хочу, чтобы мой ученик проходил проверку в это время.

Печатное имя родителя / опекуна

Подпись родителя / опекуна

Дата

Я даю разрешение на осмотр стоматолога, чтобы связаться со мной и обсудить стоматологические проблемы, если это необходимо.

Я предпочитаю, чтобы с вами связались:

Телефон: (_____) _____ - _____

Адрес электронной почты: _____

Почтовый адрес: _____

Печатное имя родителя / опекуна

Подпись родителя / опекуна

Дата