



COMMUNITY DENTCARE

РОДИТЕЛЬСКОЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ РЕБЕНКУ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

**** Для оказания стоматологической помощи ребенку требуется подписать согласие на с. 2 ****

ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАЩЕМСЯ	ИНФОРМАЦИЯ О РОДИТЕЛЕ/ОПЕКУНЕ
Фамилия учащегося: _____ Имя учащегося: _____ Дата рождения: _____ / _____ / _____ <i>Месяц День Год</i> Пол: <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский Класс _____ Этническая принадлежность: <input type="checkbox"/> Испаноамериканец <input type="checkbox"/> Черный <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Американский индеец <input type="checkbox"/> Азиат/выходец с Тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Др. _____ Адрес учащегося: _____ _____ <i>Город Штат Почтовый индекс</i> Стоматолог ребенка Имя и фамилия: _____ Телефон: _____ Адрес: _____ _____ Название/номер школы учащегося _____	Мать Фамилия: _____ Имя: _____ Отец Фамилия: _____ Имя: _____ Законный опекун, если применимо Фамилия: _____ Имя: _____ Родство с учащимся <input type="checkbox"/> Дедушка/бабушка <input type="checkbox"/> Тетя/дядя <input type="checkbox"/> Др.: _____ Контактная информация родителя/опекуна Дом. тел: _____ Раб. тел: _____ Бипер/Сотовый тел: _____ Дополнительное лицо для срочной связи Имя и фамилия: _____ Родство с учащимся: _____ Дом. тел: _____ Раб. тел: _____ Бипер/Сотовый тел: _____

ИНФОРМАЦИЯ О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ

Есть ли у ребенка Medicaid? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Номер Medicaid _____ Есть ли у ребенка план Medicaid Managed Care Plan? Если да, укажите название плана _____ Идентификационный номер _____ Есть ли у ребенка частная медицинская страховка? Если да, укажите название плана: _____ Идентификационный номер _____	Есть ли у ребенка другая стоматологическая страховка? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Название: _____ Номер страхового полиса: _____ Идентификационный номер/полис: _____ Услуги предоставляются бесплатно вне зависимости от наличия/отсутствия медицинской страховки.
---	--

РОДИТЕЛЬСКОЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ РЕБЕНКУ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ В ШКОЛЕ

Я, родитель/законный опекун вышеупомянутого несовершеннолетнего учащегося настоящим даю согласие на получение им в школе стоматологических услуг лицензированных штатом медицинских работников Колумбийского университета (Columbia University College of Dental Medicine/Columbia University Health Care, Inc., CUNH) по утвержденной Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк школьной стоматологической программе, включающей стоматологическое обследование, рентгенографию, диагностику и санацию полости рта, в т. ч. профессиональную чистку зубов, установку силантов, лечение зубов фтором и направление к специалистам. Я понимаю, что ребенок будет проходить лечение в мое отсутствие. Школьные стоматологические услуги включают, в частности, общее стоматологическое обследование, гигиену полости рта, силанты и лечение фтором, а также покрытие задних зубов диамином фтористого серебра, ДФС (Silver Diamine Fluoride) для предотвращения развития кариеса. (ДФС может окрашивать кариозные ткани в коричневый или черный цвет). При необходимости услуг помимо общего стоматологического обследования, профилактических процедур и пломбирования, таких как удаление зубов, использование анестетиков и других лекарственных препаратов, CUNH обязан предварительно уведомить меня. При отсутствии моего согласия услуги не предоставляются. Я понимаю, что данное согласие на проведение общего стоматологического обследования, профилактических процедур и пломбирования остается в силе до тех пор, пока я не аннулирую его в письменной форме. Своей подписью я заявляю, что представленные в приложении сведения о состоянии здоровья ребенка являются достоверными и точными. Я обязуюсь сообщать стоматологу об изменениях в состоянии здоровья ребенка и приеме им лекарственных препаратов.

Редакция от января 2018 г. / Утверждено CDM-CCC 21 июня 2018 г.

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ОБЕИМИ СТОРОНАМИ ФОРМЫ СОГЛАСИЯ
ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ ПОДПИСЬ НА С. 2 ОБЯЗАТЕЛЬНА.**



COMMUNITY DENTCARE

РОДИТЕЛЬСКОЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ РЕБЕНКУ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

**** ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ ПОДПИСЬ ВНИЗУ СТРАНИЦЫ ОБЯЗАТЕЛЬНА ****

ПЕРЕУСТУПКА ПРАВ НА СТРАХОВЫЕ ЛЬГОТЫ И ФИНАНСОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПЛАТЕЛЬЩИКА

Я, родитель/законный опекун вышеупомянутого ребенка настоящим разрешаю страховщику (государственным учреждениям, страховым компаниям и иным лицам, ответственным за мое стоматологическое/медицинское обслуживание) переводить платежи и/или имеющиеся у меня льготы непосредственно в пользу Columbia University College of Dental Medicine/Columbia University Health Care, Inc. за оказание стоматологических/медицинских услуг моему ребенку. Я понимаю, что не несу ответственности за расходы, не покрываемые страховщиком.

ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ г. НЬЮ-ЙОРКА

**РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ
И СОГЛАСИЕ НА РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ НА ОСНОВАНИИ HIPAA**

Я понимаю, что врачебная тайна будет соблюдена в соответствии с законом и что учащимся рекомендуется привлекать родителей или опекунов к решению вопросов медицинского характера. Своей подписью я подтверждаю согласие на раскрытие медицинской информации. Эта информация может быть защищена от разглашения федеральным законом о конфиденциальности и законом штата.

Подписывая настоящее разрешение, я соглашаюсь на предоставление медицинской информации Департаменту образования г. Нью-Йорка либо на основании требований закона или распоряжения директора, либо в связи с необходимостью охраны здоровья или безопасности учащегося. По моему требованию учреждение или лицо, предоставляющее данную медицинскую информацию, обязано прислать мне копию настоящей формы. Закон обязывает родителей предоставлять школе определенную информацию, включая сведения об иммунизации. Отказ в информации может повлечь отстранение ребенка от занятий. Я получил(а) ответы на вопросы об этой форме. Я понимаю, что не обязан(а) давать разрешение на разглашение медицинской информации о ребенке и могу в любое время изменить или отменить свое разрешение, письменно известив об этом школьный центр здоровья. Однако после факта разглашения информация не может быть отозвана и закрыта задним числом, т. е. числом, предшествующим дате разглашения.

Я разрешаю Columbia University College of Dental Medicine / Columbia University Health Care, Inc (CUHC) предоставлять Департаменту образования г. Нью-Йорка, государственным учреждениям и страховщикам (страховым компаниям и пр.) медицинскую информацию ребенка, а также делать копии документов в целях получения оплаты за оказанные ребенку стоматологические услуги.

СОГЛАСИЕ НА ДОСТУП И ПЕРЕДАЧУ СВЕДЕНИЙ О ЛЕКАРСТВЕННОМ АНАМНЕЗЕ В ЭЛЕКТРОННУЮ БАЗУ ДАННЫХ

Я даю разрешение Columbia University College of Dental Medicine/Columbia University Health Care на доступ, пользование и передачу сведений о моей истории болезни и выписанных мне лекарствах во всех имеющихся электронных базах данных (включая информацию о ВИЧ/СПИДе; употреблении/лечении от алкогольной или наркотической зависимости; планировании семьи; генетических заболеваниях; психических расстройствах и заболеваниях половым путем). Я осознаю, что медицинские данные могут быть неполными, т.к. они основаны только на информации из электронных источников. Я понимаю, что в мои обязанности входит предоставить стоматологу/поставщику услуг полный список применяемых мной лекарственных препаратов. Я понимаю, что цель данного согласия – предоставить Columbia University College of Dental Medicine/Columbia University Health Care доступ к использованию данных о лекарственном анамнезе и обмену ими с уполномоченными поставщиками услуг, аптеками и/или сторонними аптечными программами/плательщиками.

Своей подписью я разрешаю доступ, использование или раскрытие защищенной медицинской информации согласно вышеизложенному. Я могу отозвать данное согласие в любое время, направив письменное уведомление об отзыве, как указано в Уведомлении о конфиденциальности, за исключением случаев раскрытия и использования информации до подачи уведомления. Если медицинские данные не защищены законами о конфиденциальности, получатель вправе делиться сведениями, т.к. на них далее не распространяется действие федерального или штатовского законодательства. В этом случае Columbia University College of Dental Medicine/Columbia University Health Care, Inc. не несет ответственности за последствия раскрытия и передачи медицинской информации. Мне будет предоставлена копия настоящей формы. Я имею право запросить копию медицинских данных.

Данное соглашение не имеет срока действия. Я могу отозвать свое согласие посредством письменного уведомления или после завершения лечения с Columbia University College of Dental Medicine/Columbia University Health Care, Inc.

Своей электронной подписью я удостоверяю, что прочитал(а) и понял(а) форму согласия, что мне была предоставлена возможность задать вопросы, и я получил(а) на них удовлетворительный ответ.

**СОГЛАСИЕ НА РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ НА ОСНОВАНИИ HIPAA
И СОГЛАСИЕ НА ДОСТУП И ПЕРЕДАЧУ СВЕДЕНИЙ О ЛЕКАРСТВЕННОМ АНАМНЕЗЕ В ЭЛЕКТРОННУЮ БАЗУ ДАННЫХ**

Настоящим я заявляю, что прочитал(а) и понял(а) форму согласия, что мне была предоставлена возможность задать вопросы, и я получил(а) на них удовлетворительный ответ.

X

Подпись родителя/опекуна (или учащегося, достигшего 18-летнего возраста или имеющего право подписи на другом законном основании)

Дата