



**Департамент образования г. Нью-Йорка – Программа стоматологической помощи – Родительское согласие**  
**Поставщик стоматологических услуг (ОНСР):** Ezra Medical Center -L'Refuah Medical and Rehabilitation Center, Inc.  
**Адрес ОНСР:** 1312 38th St., Brooklyn, NY 11218

### РОДИТЕЛЬСКОЕ СОГЛАСИЕ НА УСЛУГИ ШКОЛЬНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Я даю согласие на получение ребенком в течение всего срока обучения в школе стоматологических услуг лицензированных штатом медицинских работников ОНСР по обеспечиваемой поставщиком услуг школьной программе стоматологического обслуживания, утвержденной Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк. Я имею право в любое время отозвать свое согласие, направив поставщику услуг (ОНСР) письменное уведомление. Я понимаю, что в соответствии с законом врачебная тайна в отношении специфических услуг учащемуся гарантируется поставщиком стоматологических услуг и что учащимся рекомендуется привлекать родителей/опекунов к принятию решений о стоматологических процедурах. Школьные стоматологические услуги могут в т. ч. включать профилактические, реконструктивные и экстренные процедуры. Профилактические стоматологические услуги включают в т. ч. общее стоматологическое обследование, гигиену полости рта, силанты и лечение фтором, а также покрытие задних зубов соединением Silver Diamine Fluoride для предотвращения развития кариеса (Silver Diamine Fluoride может обесцвечивать кариозные полости, придавая им коричневый или черный цвет). При необходимости услуг, помимо общего стоматологического обследования и профилактических процедур по уходу за полостью рта, ОНСР уведомляет родителя/опекуна о предоставляемых услугах и процедурах, включая установку пломб, удаление зубов, использование анестетиков и других лекарственных препаратов. При отсутствии согласия родителя/опекуна услуги не предоставляются.

### РОДИТЕЛЬСКОЕ РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ В СООТВЕТСТВИИ С HIPAA

Своей подписью на обороте 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, в т. ч. школьным медсестрам, т. к. это либо предусмотрено законом, распоряжением директора Департамента, либо необходимо для охраны здоровья и безопасности учащегося или оформления платежа через страховую компанию ребенка. По моему требованию учреждение или лицо, раскрывающее данную стоматологическую информацию, обязано предоставить 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, могу в любое время изменить или отменить свое разрешение, письменно известив об этом поставщика услуг. Однако после факта разглашения информация не может быть отозвана и закрыта задним числом, т. е. числом, предшествующим дате разглашения.

Я разрешаю поставщику услуг предоставить Департаменту образования г. Нью-Йорка определенную медицинскую информацию учащегося, поименованного на обороте.

**Я разрешаю передачу перечисленных ниже медицинских сведений от ОНСР в Департамент образования г. Нью-Йорка и из Департамента образования г. Нью-Йорка поставщику в целях выполнения существующих требований и обеспечения школе информации, необходимой для охраны здоровья и безопасности ребенка. Я понимаю, что конфиденциальность этой информации гарантируется соответствующими положениями федерального и штатовского законодательства и распоряжениями директора Департамента:**

- Состояния, требующие экстренной медицинской помощи
- Состояния, ограничивающие повседневную деятельность учащегося (Форма 103S)
- Диагнозы определенных инфекционных болезней (за исключением информации о ВИЧ/венерических заболеваниях и услугах, конфиденциальность которых защищена законом)
- Медицинское страхование

**Своей подписью на стр. 1 данной формы я также даю ОНСР разрешение на обращение в другие медицинские учреждения, обслуживавшие ребенка, и на получение информации о страховке.**

Раскрытие информации разрешается с даты подписания этой формы и до наступления любого из следующих событий: окончания обслуживания школьной стоматологической клиникой или отзыва согласия.

**Информация о правах пациента и политике конфиденциальности предоставляется поставщиком услуг в соответствии с действующим законодательством.**