

ИНФОРМАЦИЯ О ПРОГРАММЕ И ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ

Муниципальная школа №
Адрес
директор/заместитель директора

[Date]

Уважаемые родители и опекуны [Insert Name]!

С радостью сообщая, что наша школа входит в число 16 школ г. Нью-Йорка, в которых начинается новая бесплатная программа профилактики кариеса зубов при содействии NYU College of Dentistry. Ежегодно лицензированные стоматологи, гигиенисты и/или медсестры будут проводить в школе стоматологический осмотр учащихся, записавшихся в программу.

Программа проводится в рамках исследовательского проекта NYU College of Dentistry на выделенные Patient Centered Outcomes Research Institute средства с целью определения взаимосвязи между здоровьем зубов и достижениями учащихся.

С целью оценки эффективности программы NYU College of Dentistry будет обеспечен доступ к информации о здоровье зубов ребенка, о его посещаемости, результатам на стандартизированных экзаменах штата на всем протяжении получения ребенком услуг по профилактике кариеса зубов. Срок действия программы – до 5 лет. В случае публикации результатов исследования имя вашего ребенка использоваться не будет.

Участие в программе добровольное и бесплатное. Наличие медицинской страховки не является обязательным. Однако, если у ребенка есть страховка Medicaid или другая стоматологическая страховка, то ей будет выставляться счет за оказанное лечение. Номер ID ребенка для оплаты счетов Medicaid будет использован при соединении стоматологических данных, собранных программами профилактики кариеса зубов в г. Нью-Йорке, с данными по выставлению счетов Medicaid.

При вашем согласии на участие в программе ребенок получит профилактический уход за полостью рта, описанный ниже, который может быть идентичным предоставляемому в стоматологической поликлинике и будет соответствовать рекомендациям по профилактике кариеса зубов Центрами по контролю и профилактике заболеваний США.

Программа обеспечивает:

1. инструкции по чистке зубов
2. осмотр зубов, десен и полости рта
3. профилактику и лечение кариеса зубов путем нанесения диамин фтористого серебра на задние зубы и нанесения фторлака на все зубы
4. отчет о состоянии здоровья ребенка школьной медсестре и родителям
5. направление на дальнейшее лечение к стоматологу (при необходимости) и помощь в поиске такового по месту жительства (при необходимости)
6. сопровождение ребенка в течение периода до 5 лет в целях контроля за состоянием здоровья зубов
7. поиск стоматолога по месту жительства:

<https://www1.nyc.gov/site/doh/health/health-topics/oral-health-find-a-low-cost-dental-provider.page>

Не имеется каких-либо выявленных рисков для здоровья, связанных с профилактикой кариеса зубов. Обратите внимание, что если ребенок участвует в программе, то применение диамин фтористого серебра может привести к изменению цвета полостей в зубах и их окрашивания в коричневый или черный цвет. Изменение цвета при этом означает прекращение роста полости. При случайном контакте диаминид с кожей возможно образование временного светло-коричневого пятна (на губах или щеках), а при контакте с одеждой – постоянных пятен на ней. Пятна с кожной поверхности нужно немедленно удалить при помощи мыла и воды. Не прилагайте слишком много усилий по удалению с кожи трудных пятен – они постепенно исчезнут сами. Пятна с одежды также удалять мылом с водой.

При согласии на участие ребенка в программе заполните, подпишите и верните прилагаемую форму. Вы можете отозвать свое согласие в любое время. При изменениях в опекунстве ребенка новый опекун должен подписать свое согласие.

С вопросами о программе обращайтесь: Dr. Richard Niederman, Department of Epidemiology & Health Promotion, New York University College of Dentistry, 433 First Ave, Rm 720, New York, NY. Имейл: rniederman@nyu.edu. Телефон: 212-998-9719. Вы также можете обращаться в New York University Institutional Review Board (IRB), 665 Broadway, Suite 804, New York, NY 10012. Имейл: ask.humansubjects@nyu.edu. Телефон: 212-998-4808.

С уважением,

[Insert Name], директор

ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАЩЕМСЯ

Фамилия учащегося:

Имя учащегося: Дата рождения: / /
Месяц День Год

Адрес:

Город: Штат: Индекс:

Школа:

Имя и фамилия учителя: Класс:

ВАЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Имеются ли у ребенка заболевания, которые могут осложнить стоматологическое лечение? Это могут быть проблемы с сердцем или дыханием, кровотечения, судороги, аллергия (включая аллергию на серебро и орехи), инфекционные заболевания, иммунные расстройства и т. д. Если да, укажите. ЕСЛИ НЕТ, ОСТАВЬТЕ ГРАФУ НЕЗАПОЛНЕННОЙ

ИНФОРМАЦИЯ О РОДИТЕЛЕ/ОПЕКУНЕ

Фамилия матери: Имя матери:

Фамилия отца: Имя отца:

Если применимо, фамилия законного опекуна:

Имя законного опекуна: Родство с учащимся: Дедушка/бабушка Тетя/дядя Др.:

Контактная информация родителя или опекуна

Дом. тел.: - - Раб. тел. - -

Моб.: - -

Имейл:

Дополнительные лица для срочной связи

Имя и фамилия:

Дом. тел.:

Моб. - - Раб. тел. - -

тел.: - - Родство с учащимся: _____

Имейл

Служебные отметки



INSURANCE INFORMATION

Does your child have Medicaid? No Yes: Medicaid ID #: _____

Does your child have Child Health Plus? No Yes: CHP #: _____

Which Plan? Fidelis Health Plus Amerigroup MetroPlus United Healthcare Empire BlueCross BlueShield
 Affinity Healthfirst HIP WellCare MVP Other: _____

Does your child have coverage through an employer based plan or other type of health insurance? No Yes, Health Plan: _____

Member ID or Social Security Number: _____

Name of Insured Adult: _____

Health Insurance Phone Number: _____ - _____ - _____

Birth Date of Insured Adult: _____ / _____ / _____

Month Day Year

Услуги будут предоставляться ребенку бесплатно вне зависимости от наличия медицинской страховки.

СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ НА УСЛУГИ ШКОЛЬНОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ

Я ознакомился с прилагаемым письмом и разрешаю своему ребенку получать стоматологические услуги и принимать участие в программе профилактики кариеса зубов и исследований NYU College of Dentistry. Моя подпись свидетельствует о моем согласии на получение ребенком услуг ОНСП (поставщика стоматологических услуг) в течение 5 лет проведения программы. Я также разрешаю доступ к информации о здоровье зубов ребенка, о его посещаемости, результатам на стандартизированных экзаменах штата с целью ее использования в программе. Я могу отозвать свое согласие в любое время путем письменного извещения ОНСП. Я понимаю, что обязан ставить поставщика услуг в известность о серьезных изменениях состояния здоровья ребенка.

Дата: _____ / _____ / _____
 Месяц День Год

Подпись родителя/опекуна (или учащегося не моложе 8 лет)

РОДИТЕЛЬСКОЕ СОГЛАСИЕ НА РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ НА ОСНОВАНИИ HIPAA

Я понимаю процедуру предоставления медицинской информации, описанную на стр.2 настоящей формы. Моя подпись подтверждает мое согласие на предоставление медицинской информации в соответствии с описанной процедурой.

Дата: _____ / _____ / _____
 Месяц День Год

Подпись родителя/опекуна (или уча-ся не моложе 18 лет)

СОГЛАСИЕ НА УСЛУГИ ШКОЛЬНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Я согласен на получение ребенком услуг лицензированных штатом медицинских работников ОНСП по школьной программе стоматологической помощи, одобренной Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк, в течение всего периода обучения ребенка в школе. Я могу отозвать свое согласие в любое время путем письменного извещения ОНСП. Я понимаю, что врачебная тайна будет соблюдена в соответствии с законом и что учащимся рекомендуется привлекать родителей или опекунов к решению вопросов, связанных с предоставлением стоматологических услуг. Услуги школьной стоматологической клиники могут включать в себя профилактические, реконструктивные и срочные процедуры. К профилактическим относятся, в том числе, такие процедуры как общий стоматологический осмотр, установка временных пломб, гигиена рта, силанты и лечение фтором. Возможно также нанесение диамина фтористого серебра на задние зубы. Применение диамида может привести к изменению цвета полостей в зубах и их окрашивания в коричневый или черный цвет. При случайном контакте диамида с кожей возможно образование временного светло-коричневого пятна (на губах или щеках), а при контакте с одеждой – постоянных пятен на ней. Пятна с кожной поверхности нужно немедленно удалить при помощи мыла и воды. Не прилагайте слишком много усилий по удалению с кожи трудных пятен – они постепенно исчезнут сами. Пятна с одежды также удалять мылом с водой.

РОДИТЕЛЬСКОЕ РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ В СООТВЕТСТВИИ С HIPAA

Моя подпись подтверждает мое согласие на раскрытие медицинской информации. Эта информация может быть защищена от разглашения федеральным законом о конфиденциальности информации и законом штата. Подписывая настоящее разрешение, я соглашаюсь на представление медицинской информации Департаменту образования г. Нью-Йорка, включая школьных медсестер, в соответствии с требованием закона или распоряжением директора и в связи с необходимостью охраны здоровья или безопасности моего ребенка, а также выставления счетов его страховой компании. По моему требованию учреждение или лицо, предоставляющее данную медицинскую информацию, обязано прислать мне копию настоящей формы. В соответствии с законом, родители обязаны предоставить школе определенную информацию, как, например, сведения об иммунизации. Отказ в информации может повлечь отстранение ребенка от занятий. Я получил ответы на вопросы об этой форме. Я понимаю, что не обязан давать разрешение на разглашение медицинской информации о ребенке, могу в любое время изменить или отменить свое разрешение, письменно известив об этом ОНСП. Однако после факта передачи информация не может быть отозвана и закрыта задним числом, т. е. предшествующим дате ее предоставления. Я разрешаю ОНСП предоставить Департаменту образования г. Нью-Йорка определенную медицинскую информацию учащегося, имя и фамилия которого указаны на обороте. Я разрешаю передачу из ОНСП в Департамент образования г. Нью-Йорка и из Департамента образования г. Нью-Йорка в ОНСП перечисленной ниже медицинской информации в соответствии с существующими требованиями и для 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)
- Диагноз определенных инфекционных заболеваний (за исключением ВИЧ-инфекции/венерических и прочих заболеваний, конфиденциальность информации о которых защищена законом)
- Медицинское страхование

Моя подпись на стр. 2 данной формы также подтверждает мое разрешение ОНСП на обращение в другие медицинские учреждения, оказывавшие услуги ребенку, и на получение информации о страховке. Раскрытие информации разрешается с даты подписания этой формы до даты истечения пребывания ребенка в школьной программе стоматологической помощи или до отзыва моего согласия (в зависимости от того, что наступит раньше).

Согласно требованиям закона, ОНСП обязан предоставить документ о правах пациентов и политике конфиденциальности.



9 9 9 9 9 9 9

