Департамент образования г. Нью-Йорка – Программа стоматологической помощи – Родительское согласие

Поставщик стоматологических услуг (ОНСР): St. Barnabas Hospital Health System

Adpec OHCP: 4422 Third Avenue, Bronx, NY 10457

ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАЩЕМСЯ		ИНФОРМАЦИЯ О РОДИТЕЛЕ/ОПЕКУНЕ		
Фамилия учащегося:		Мать Фамилия:	Nwa.	
Имя учащегося://///		<u>Отец</u> Фамилия:		
		Законный опекун, если имеется Фамилия:	Имя:	
Город	Штат Индекс Класс:	Родство с учащимся Дедушка/бабушка Тетя/дяд:		
Школа: Класс: Имя и фамилия учителя:		Контактная информация родителя/опекуна		
ВАЖНЫЙ ВОПРОС О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ Имеются ли у ребенка заболевания, могущие осложнить стоматологическое лечение? Сюда входят сердечные и дыхательные и проблемы, кровотечения, судороги, аллергии, кровотечения, инфекционные заболевания, иммунные расстройства и пр. Если ДА, объясните. ЕСЛИ НЕТ, НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ		Дом. тел: Р		
		Сотовый:		
		Имейл:		
		Дополнительное лицо для срочной связи		
		Имя и фамилия:		
		Родство с учащимся:		
		Дом. тел: Р	аб. тел:	
		Сотовый:		
	_	Имейл:		
	МЕДИЦИНСКОЕ	СТРАХОВАНИЕ		
Есть ли у ребенка Medicaid		Есть ли у ребенка страховое покры	тие по плану,	
□ Нет □ Да: Медикейд №		предоставляемому работодателем или другая страховка?		
Есть ли у ребенка Child Health Plus?		□ Нет □ Да, медицинская страховка:		
□ Нет □ Да: CHP №		Идентификационный номер или номер социального страхования:		
Страховой план		Телефон страховой компании:		
☐ Affinity☐ Healthfirst	☐ Fidelis ☐ Health Plus Amerigroup	Имя и фамилия застрахованного взро		
☐ HIP	☐ MetroPlus	Дата рождения застрахованного взрослого:		
☐ WellCare ☐ MVP	☐ United Healthcare☐ Empire BlueCross BlueShield	Услуги будут предоставляться ребенк от наличия/отсутствия медицинской с		
Другое:	OVOE OCERACIJE IJA VORVEJ		DIA REPUALITARETA	
Я понимаю, что ребенок буди разрешение на такое обслуж свое согласие, направив пис	СКОЕ СОГЛАСИЕ НА УСЛУГИ ет получать стоматологические услуги и чт кивание, предоставляемое поставщиком усыменное уведомление поставщику услуг. Яменениях состояния здоровья ребенка.	о своей подписью я даю на весь срок об слуг (Oral Health Care Provider, OHCP). Я	бучения ребенка в школе І могу в любое время отозвать	
ПРИМЕЧАНИЕ. Согласно закону, родительское согласие не требуется для учащихся 18 лет и старше, учащихся, имеющих детей или освобожденных от родительской опеки. Моя подпись свидетельствует о получении уведомления о конфиденциальности информации.				
Х				
СОГЛАСИЕ НА РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ НА ОСНОВАНИИ НІРАА				
Я понимаю процедуру раскрытия медицинской информации, описанную на с. 2 настоящей формы. Своей подписью я подтверждаю согласие на раскрытие медицинской информации в соответствии с описанной процедурой. Х				
Подпись родителя/опекуна (или учащегося не моложе 18 лет или с правом подписи на другом законном основании) Дата				

Департамент образования г. Нью-Йорка – Программа стоматологической помощи – Родительское согласие

Поставщик стоматологических услуг (ОНСР)	: St. Barnabas Hospital Health System
	4422 Third Avenue, Bronx, NY 10457

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 НІРАА

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, обслуживавщие 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.