

Health Department
MULTNOMAH COUNTY OREGON
School and Community Oral Health Programs

10317 E Burnside St., 2nd Floor
Portland, Oregon 97216-2733
503-988-3905
503-988-6240 fax



Дорогой родитель или опекун:

Учащимся школы предлагается БЕСПЛАТНОЕ профилактическое лечение зубов. По программе этого лечения на жевательную поверхность коренных зубов будут наноситься пластиковые покрытия, которые будут защищать зубы от кариеса (*порченья зубов*).

У тех учащихся, которым покрытия были нанесены в прошлом году, зубы необходимо проверить. Если покрытия утрачены или повреждены, их надо будет заменить на новые.

Будет проверено состояние зубов ребёнка, и затем если нужно, на зубы будут нанесены покрытия. Это очень лёгкая процедура, такая же безопасная как чистка зубов у стоматолога.

Если вы хотите, чтобы вашему ребёнку проверили зубы и при необходимости нанесли зубные покрытия:

- **заполните прилагаемый бланк**
- **подпишите его**
- **поставьте дату подписи**
- **передайте бланк обратно в школу как можно скорее**

Пожалуйста, укажите ниже запрашиваемую информацию печатными буквами.

Имя ребенка: Фамилия _____ Имя _____ (инициал второго имени) _____

Дата рождения (месяц / день / год) _____ Пол _____ мужской _____ женский

Адрес: _____ Город _____ Штат _____ Почт.индекс _____

Дом. телефон _____ Рабочий. _____ Сотовый _____ Прочее _____

Имя, фамилия родителя или опекуна _____ Имя, фамилия учителя : _____

Есть ли у вас зубоврачебная страховка (Medicaid, Oregon Health Plan, Medicare?) 1: Да Нет

Если ДА, укажите наименование компании _____

№ группы/ пациента _____

Медицинская история, пожалуйста ответьте на каждый вопрос		Yes	No
1.	Принимает ли ваш ребенок какие-либо мед. препараты? Если да, перечислите их:		
2.	Страдает ли ваш ребенок гемофилией (нарушением свертываемости крови)?		
3.	Страдает ли ваш ребенок астмой? Что вызывает приступы астмы? _____ физическое напряжение _____ простуда _____ прочее _____		
4.	Отметьте если у вашего ребёнка есть аллергия или какие-либо иные медицинские нарушения.		

Пожалуйста, прочитайте и подпишитесь внизу:

Я согласен со всем что написано:

- Я разрешаю проверку зубов и нанесение профилактических покрытий.
- Я заверяю полноту и достоверность приведенной мною информации.
- Если моему ребенку потребуется дальнейшая медицинская помощь, я разрешаю предоставить его историю болезни школьной медсестре.
- Я разрешаю предоставить зубоврачебную информацию, полученную в процессе постановки диагноза и лечения, компании, страхующей мое медицинское обследование, или оплачивающей мое медицинское страхование третьей стороне с целью обеспечения оплаты предоставленных услуг.
- Процедура может быть проведена зубным студентом под наблюдением зубного персонала имеющего диплом.
- Я подтверждаю, что мне вручили «Уведомление о методах защиты личной информации».
- Школьная Программа Здоровья Молтнома округа и их партнёры могут лечить моего ребенка.
- Мое соглашение остается в силе, пока я не откажусь в письменной форме.

Подпись родителя ил опекуна: **X** _____

Date: _____

*****FOR OFFICE USE ONLY*****

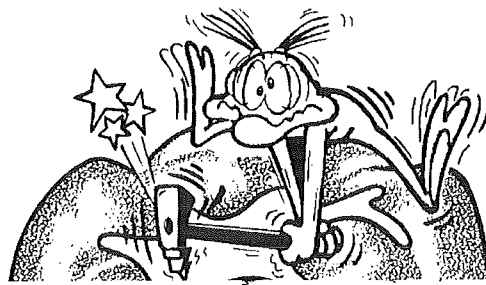
2	3	14	15
31	30	19	18

Provider's Signature _____
 Date _____
 Health History Review _____
 Data Entered _____

Screening Category
 0 1 2 3R 4

Tooth #
What
Date

NOTES/REFERRAL: _____



ЗУБНЫЕ ПОКРЫТИЯ - ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА И КРАСИВАЯ УЛЫБКА!

**Теперь мы можем предложить
вашим детям новый способ для
защиты зубов**

Гниение зубов чаще всего начинается с коренных зубов, потому что в них много небольших углублений – так называемых ямок и трещинок, - в которых могут задерживаться пища и бактерии, вызывая гниение (кариес). Зубы надо защищать от кариеса.

Для защиты зубов, особенно их боковых сторон, очень помогает флюорид, который употребляется с водой, в зубной пасте или полоскании для рта, но все эти маленькие ямки на жевательной поверхности зубов нуждаются в особой защите. Тут безусловно



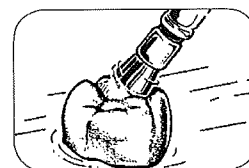
помогают ежедневная чистка зубов щёткой и нитью (флоссом), но щетинки зубной щётки часто не проникают достаточно глубоко в крошечные трещинки на поверхности зубов, а нитью мы чистим только боковые части зубов.

ТЕПЕРЬ мы можем предложить новый способ защиты для зубов ребёнка: пластиковые зубные покрытия. Если у ребёнка будут такие покрытия на зубах, у него, возможно, вообще не начнётся кариес и не надо будет ставить пломбы – и вам скорее всего придётся гораздо меньше платить по счетам!

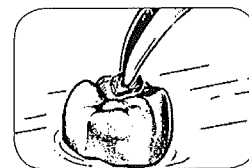
Зубные покрытия – это безопасная пластиковая плёнка, которая облегает жевательную поверхность коренных зубов и не позволяет бактериям проникать в крошечные трещинки и углубления на этих зубах. Эти покрытия делают своё дело и наносить их очень нетрудно. Не нужно сверлить зубы, не нужно никаких уколов!

Нанесение покрытий – нетрудный процесс в три шага

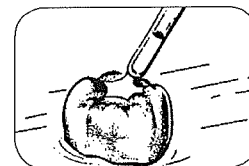
1. Зубной врач или специалист по гигиене зубов почистит ребёнку зубы специальной зубной пастой.



2. Потом зубы протрут тампоном со специальной очистительной жидкостью и через минуту прополощут рот.



3. Наконец на зубы нанесут покрытия. Потребуется примерно минута, чтобы покрытия затвердели.



ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА... КРАСИВАЯ УЛЫБКА

Что надо делать, чтобы зубы были здоровыми

- Защитите зубы от кариеса зубными покрытиями
- Пользуйтесь флюоридом – как пищевой добавкой, в зубных пастах и полосканиях для рта
- Чистите зубы по крайней мере два раза в день
- Каждый день чистите зубы нитью (флоссом)
- Ешьте здоровую пищу и избегайте есть сладости в промежутках между приёмами пищи
- Регулярно проверяйтесь у зубного врача

**“Меньше кариеса и зубных пломб . . .
меньше платить зубным врачам . . . а
улыбки - шире!”**

Расспросите своего зубного врача о зубных покрытиях • С вопросами обращайтесь по телефону 503-988-3905

**ОТДЕЛ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ОКРУГА МАЛТНОМА**

 **Multnomah
County**
Health Department

Текст и дизайн разработаны первоначально Отделом здравоохранения г. Коламбус, штат Огайо, персонаж разработан первоначально компанией Карактер Билдера, г. Коламбус, Огайо. Центры контроля заболеваний, Центр профилактического лечения, Организация по профилактике стоматологических заболеваний, г. Атланта, штат Джорджия. Использовано с разрешения вышеперечисленных организаций.

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ОБРАЩЕНИЯ С ЛИЧНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ

В настоящем уведомлении описывается порядок использования и передачи гласности вашей медицинской информации, а также возможность вашего доступа к ней.

Пожалуйста, просмотрите внимательно.

В настоящем уведомлении описывается порядок обращения с личной информацией в департаменте здравоохранения округа Мултнома. По закону мы обязаны соблюдать конфиденциальность всей защищенной информации о вашем здоровье («информацию»), а также мы обязаны предоставить вам данное уведомление. Оно вступает в силу 23 сентября 2013 года. Мы оставляем за собой право на внесение изменений в данное уведомление. Любые изменения также будут применяться к вашей информации, которая у нас уже имеется. Данное уведомление будет размещено в местах предоставления услуг и на

интернет сайте www.mchhealth.org

ВАШИ ПРАВА

Проверка и копирование:

Вы имеете право проверить и копировать вашу информацию, которая содержится в «специальном комплекте данных». «Специальный комплект данных» - это ряд документов, которые помогают нам принять решения, касающиеся вас. В определенных случаях мы имеем право ограничить информацию, которую вы сможете проверить или скопировать. Если мы ограничим ваши права проверить или копировать информацию, вы можете сделать запрос в письменном виде о пересмотре данного решения. Копии записей могут быть предоставлены вам или третьему лицу, которое вы укажете, в электронном или бумажном формате в зависимости от вашего запроса и от того, в каком формате содержится запись. Ваш запрос должен быть сделан в письменном виде. Мы можем помочь вам составить письменный запрос. Мы можем взять с вас плату за копию.

Внесение изменений:

У вас есть право обратиться к нам с запросом об изменении какой-либо информации в вашем специальном комплекте данных, если вы полагаете, что она является неверной или неполной. Запрос должен быть сделан в письменной форме, и в нем должны содержаться основания для внесения изменений. Мы можем помочь вам сделать письменный запрос. Мы сообщим вам в письменной форме, если ваш запрос будет отклонен. У вас будет право оспорить наш отказ. У вас также будет право включить ваш запрос, отказ и протокол разногласий, если таковой будет иметься, в будущие разрешения придать гласности ваши данные.

Отчетность:

Вы имеете право потребовать предоставить вам список определенных случаев, когда ваша информация из специального комплекта ваших данных будет передана огласке. В список не будут включены случаи, когда информация была передана огласке в целях лечения, оплаты, финансовых операций, сообщения защищенной законом информации вам или лицам, осуществляющим уход за вами или оплату оказанных услуг по уходу за вами. В него также не будут включены разрешения на разглашение информации, предоставленные за 6 лет до момента подачи запроса в соответствии с официальным разрешением в рамках ограниченного набора данных исправительному учреждению, случайное раскрытие

можем предоставлять вашу информацию по необходимости, чтобы распознать, определить место нахождения и уведомить родственников, опекунов или других лиц, ответственных за оказание вам медицинских услуг, местонахождение, состояние здоровья или смерть.

Ограниченный набор данных:

Мы можем предоставлять ограниченную информацию третьим лицам в целях проведения исследований, здоровья населения или любых других мероприятий в области здравоохранения. В данном случае не будет предоставляться какая-либо информация, которая может подтвердить вашу личность.

Случайное разглашение:

Случайное разглашение вашей информации может произойти как побочный продукт в ходе использования вашей информации по разрешению. Например, посетитель в приемной может услышать ваше имя, названное сотрудником приемной.

Обязательное или разрешенное законом разглашение:

Мы можем использовать и передавать гласности вашу информацию в соответствии с федеральным, штатным и местным законодательством.

Маркетинг:

Если вас интересуют наши продукты или услуги, мы можем лично встретиться с вами, также предоставить вам поощрительный подарок номинальной стоимости. В других случаях, мы не будем передавать гласности вашу информацию в маркетинговых целях без вашего разрешения.

РАЗГЛАШЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕННОГО ВИДА ИНФОРМАЦИИ, КОТОРОЕ ТРЕБУЕТ ВАШЕГО ПИСЬМЕННОГО РАЗРЕШЕНИЯ НА ЭТО.

Другие законы, защищающие информацию о здоровье:

Другие законодательные акты требуют наличия вашего письменного разрешения на разглашение информации о некоторых видах лечения, о лечении от наркотической и алкогольной зависимости, об анализах или лечении от ВИЧ/СПИДа, генетических анализах. Мы должны получить письменное разрешение на использование и передачу гласности записей психотерапевта и на продажу вашей информации.

Использование и передача гласности другой информации, отличной от разрешенной информации, будет осуществляться только при наличии письменного разрешения. Если вы дадите нам разрешение на использование и разглашение вашей информации, вы можете отозвать это разрешение в письменном виде в любое время. Если вы ответите ваше разрешение, мы больше не будем разглашать ее в целях, указанных в отмене. Отзыв не повлияет на разглашение информации, сделанное ранее на основании вашего разрешения.

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Если у вас есть вопросы в отношении настоящего уведомления или вам необходима дополнительная информация, пожалуйста, свяжитесь с офицером по вопросам соблюдения конфиденциальности округа Мултнома, по адресу: 426 SW Stark St., 7th Floor, Portland, OR 97204 или звоните по телефону 503-988-3674.

информации, предание гласности информации, для обеспечения национальной безопасности или разведки, или информации, которая была предана гласности до 14 апреля 2003 года. Ваш запрос должен быть подан в письменной форме. Мы можем помочь вам сделать письменный запрос. Мы можем взять с вас плату, если вы будете делать запрос о предоставлении вам списка более одного раза в течение каждых 12 месяцев.

Ограничения:

Вы имеете право обратиться к нам с просьбой об ограничении способов использования и предания гласности вашей информации. Мы не обязаны принимать ваш запрос и, возможно, не сможем сделать этого за исключением одного случая. Вы можете требовать, чтобы план здравоохранения не предавал гласности вашу информацию в случае, если вы или какое-либо другое лицо от вашего имени оплачивает все услуги в полном объеме и если данная информация должна быть использована и предана огласке только в целях осуществления платежей или финансовых операций и в противном случае не обязательно по закону. Ваш запрос должен быть подан в письменном виде. Мы можем помочь вам сделать письменный запрос.

Конфиденциальное общение:

Вы имеете право обратиться к нам с просьбой связываться с вами определенным способом в определенном месте. Вы должны указать, как и где вы желаете, чтобы мы связывались с вами. Например, вы можете попросить нас связываться с вами только, когда вы находитесь на работе. Мы удовлетворим любые приемлемые запросы.

Уведомление:

Вы имеете право на предоставление бумажной копии настоящего уведомления по вашему запросу. Данное уведомление может быть предоставлено вам на другом языке или в альтернативном формате.

Уведомление о нарушении порядка соблюдения конфиденциальности:

Вы имеете право на получение уведомления в случае, если мы обнаружим нарушение прав соблюдения конфиденциальности информации.

Жалобы:

Если вы полагаете, что ваши права на соблюдение конфиденциальности вашей информации были нарушены, вы имеете право подать жалобу. Вы можете подать жалобу сотруднику по вопросам защиты конфиденциальности информации или секретарю Департамента здравоохранения и социального обеспечения США. Никаких ответных действий против вас из-за подачи жалобы предприниматься не будет.

КАК МЫ МОЖЕМ ИСПОЛЬЗОВАТЬ И ПРИДАВАТЬ ГЛАСНОСТИ ВАШУ ИНФОРМАЦИЮ БЕЗ ВАШЕГО РАЗРЕШЕНИЯ

Лечение:

При необходимости мы можем использовать или сделать известной вашу информацию, чтобы предоставить вам медицинские услуги или лечение. Например, мы можем предоставить вашу информацию другим поставщикам медицинских услуг, которые осуществляют ваше лечение.

Оплата:

Мы можем использовать или предоставлять вашу информацию для выставления счетов за услуги или для получения оплаты услуг, которые вы получили. Например, чтобы представлять на рассмотрение претензии.

Деятельность в области здравоохранения:

Мы можем использовать или предоставлять огласке вашу информацию для совершения деловых операций. Например, мы можем использовать вашу информацию в связи с проведением оценки качества обслуживания и улучшения тех или иных мероприятий и в целях улучшения услуг управления делами пациентов.

Организационная договоренность в здравоохранении:

Мы принимаем участие в организационных договоренностях в здравоохранении (Organized health care arrangements – OHCA) и можем использовать или предавать гласности вашу информацию участникам данных соглашений, как указано в Законе о преемственности и подотчетности страхования здоровья (Health Insurance Portability and Accountability Act – HIPAA). В некоторых случаях мы используем системы и услуги

участников OHCA для ведения электронных записей историй здоровья пациентов и координации направлений для лечения. Мы можем делиться вашей информацией с участниками OHCA для проведения совместных действий в сфере OHCA.

Лица, участвующие в уходе за вами, или оплата услуг ухода за вами:

Мы можем предоставлять информацию членам вашей семьи, лично представителем или другим лицам, участвующим в уходе за вами или оплачивающим предоставляемые вам услуги, если вы дадите устное разрешение или не будете возражать каким-либо другим способом. Если вы не можете принять решения о предоставлении вам медицинских услуг самостоятельно, мы можем предоставить вашу информацию по необходимости, если мы полагаем, что это будет в ваших интересах.

Мероприятия общественного здравоохранения:

Мы можем использовать или предавать гласности информацию о вас для мероприятий общественного здравоохранения. Например, предоставление информации с целью предотвращения или контроля заболеваний, травмы, инвалидности, жестокого обращения или небрежного отношения. Такими мероприятиями могут быть мероприятия, проводимые службами, занимающимися донорством и пересадкой органов и тканей, мероприятиями, проводимые коронаром, директорами медицинских учреждений или директорами похоронного бюро, а также мероприятия, необходимые, чтобы избежать серьезной угрозы здоровью и жизни других.

Мероприятия по надзору за здравоохранением:

Мы можем предоставлять информацию агентствам, осуществляющим надзор за здравоохранением. Мероприятия могут включать аудит и инспекцию государственными органами для осуществления контроля за работой системы здравоохранения.

Судебное разбирательство:

Мы можем предоставлять информацию о вас при наличии предписания суда, повестки в суд, запроса документов, мероприятий, связанных с выплатой компенсаций работникам, получившим травмы на работе, или по другим законным причинам.

Обеспечение правопорядка:

Мы можем предоставлять информацию о вас полиции или другим представителям правоохранительных органов, когда это разрешено или обязательно по закону. Мы можем предавать гласности информацию, чтобы сообщить о преступлении, совершенном на нашей территории.

Исследования:

В определенных случаях мы можем использовать или разглашать вашу информацию для проведения исследований, утвержденных экспертным советом или советом по охране конфиденциальности, или при наличии подписанного вами разрешения.

Заключенные:

Если вы отбываете срок в окружной, федеральной тюрьме или в тюрьме штата или находитесь под арестом, мы можем передать гласности информацию в соответствии с законом.

Деловое партнерство:

В определенных ситуациях у нас может возникнуть необходимость сделать известной вашу информацию деловым партнерам таким, как, например, переводчики или сотрудники, обеспечивающие контроль за качеством услуг, чтобы они могли оказывать свои услуги от нашего имени. Деловые партнеры обычно подписывают соглашения, обязывающее их соблюдать конфиденциальность всей личной информации в соответствии с тем же условиями соблюдения конфиденциальности, которое выполняем мы.

Военная и национальная безопасность:

Мы можем предоставлять вашу информацию по запросу управления кадров вооруженных сил или федеральных должностных лиц, наделенных полномочиями обеспечивать национальную безопасность и вести разведывательную деятельность.

Ликвидация последствий стихийных бедствий:

Если вы не возражаете, мы можем предоставить вашу информацию другим поставщикам медицинских услуг или учреждениям, которые будут помогать в ликвидации последствий стихийных бедствий и координации оказания медицинской помощи. Мы