

Бланк осмотра по определению состояния полости рта.

В соответствии с законом штата Калифорния, Кодекс образования Раздел 49452.8, Ваш ребенок должен пройти стоматологический осмотр до 31 мая первого года обучения в государственной школе. Стоматологический осмотр должен быть произведен специалистом в области стоматологии, лицензированным штатом Калифорния, по завершению которого данный специалист должен заполнить Раздел 2 данного бланка. **В случае прохождения осмотра в течение 12 месяцев до начала Вашим ребенком учебного года в школе, обратитесь к вашему врачу-стоматологу с просьбой заполнить Раздел 2.** Если Вы не имеете возможности отвести своего ребенка на стоматологический осмотр, заполните Раздел 3 данного бланка

Раздел 1. Сведения о ребёнке (для заполнения родителем или опекуном)

Имя ребенка:	Фамилия:	Инициал второго имени:	Дата рождения ребенка:
Адрес:			Квартира:
Город:			Почтовый индекс:
Наименование школы:	Имя Учителя:	Класс:	Пол ребенка: <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
Имя родителя/опекуна:	Расовая/этническая принадлежность ребенка: <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Черный/Афроамериканец <input type="checkbox"/> Испанец/Латиноамериканец <input type="checkbox"/> Выходец из Азии <input type="checkbox"/> Индеец <input type="checkbox"/> Смешанной расы <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Уроженец Гавайских островов/островов Тихого океана <input type="checkbox"/> Неизвестно		

Раздел 2. Данные проверки состояния полости рта (для заполнения специалистом-стоматологом, лицензированным штатом Калифорния)

[Oral Health Data (To be completed by a California licensed dental professional)]

Обратите внимание: Заполните каждую графу.

[IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.]

Дата оценки: <i>[Assessment Date:]</i>	Наличие кариеса <i>[Caries Experience]</i> (Очевидное наличие кариеса и/или пломб) <i>[Visible decay and/or fillings present]</i> <input type="checkbox"/> Да <i>[Yes]</i> <input type="checkbox"/> Нет <i>[No]</i>	Очевидное наличие кариеса: <i>[Visible Decay Present:]</i> <input type="checkbox"/> Да <i>[Yes]</i> <input type="checkbox"/> Нет <i>[No]</i>	Срочность лечения: <i>[Treatment Urgency:]</i> <input type="checkbox"/> Явных проблем не обнаружено <i>[No obvious problem found]</i> <input type="checkbox"/> Рекомендуется пройти лечение в ближайшее время (кариес при отсутствии боли или инфекции; рекомендация герметизации фиссур или дополнительного осмотра) <i>[Early dental care recommended (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation)]</i> <input type="checkbox"/> Необходимо срочное лечение (боль, инфекция, воспаление или поражение мягких тканей) <i>[Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)]</i>
---	--	---	---

Подпись специалиста-стоматолога <i>[Licensed Dental Professional Signature]</i>	Номер лицензии от штата Калифорния <i>CA License Number</i>	Дата <i>[Date]</i>
---	---	------------------------------

**Раздел 3. Освобождение от прохождения проверки состояния полости рта.
Для заполнения родителем или опекуном, требующим освобождения ребёнка от соблюдения данного требования.**

Прошу освободить моего ребенка от прохождения стоматологического осмотра по следующей причине:
(Пожалуйста, отметьте наиболее подходящую причину.)

- Я не в состоянии найти стоматологический кабинет, принимающий план страхования моего ребенка.
Мой ребенок имеет следующий план страхования:
 Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Другое _____
- Не имеет

Я не в состоянии оплатить стоматологический осмотр моего ребенка.

Я не желаю, чтобы мой ребенок проходил стоматологический осмотр.
Можно не заполнять: другие причины, по которым мой ребенок не смог пройти стоматологический осмотр:

При просьбе об освобождении от соблюдения данного требования:

Подпись родителя или опекуна

Дата

Согласно закону штата Калифорния школа должна соблюдать правило о не разглашении частной информации о здоровье учащихся. В соответствии с данным законом Личность Вашего ребенка не будет фигурировать ни в каком отчете. Данная информация может быть использована только в целях, связанных со здоровьем вашего ребёнка. Если у Вас имеются вопросы, пожалуйста, свяжитесь с администрацией Вашей школы.

**Просьба вернуть данный бланк в школу до 31-го мая первого года обучения
Вашего ребёнка в школе.**

Оригинал подлежит хранению в школьном личном деле ребенка.

NOTE TO LOCAL EDUCATIONAL AGENCIES (LEAs): As a form of assistance to LEAs, the California Department of Education (CDE) offers this translation free of charge. Because there can be variations in translation, the CDE recommends that LEAs confer with local translators to determine any need for additions or modifications, including the addition of local contact information or local data, or modifications in language to suit the needs of specific language groups in the local community. If you have comments or questions regarding the translation, please e-mail the Clearinghouse for Multilingual Documents (CMD) at cmd@cde.ca.gov.]