

## Обязательный стоматологический осмотр при поступлении в школу

В соответствии с законом штата Калифорния, раздел 49452.8 *Свода Законов об образовании*, отныне требуется, чтобы для определения готовности вашего ребенка к школе он прошел стоматологический осмотр (проверку состояния зубов) до 31 мая первого года его пребывания в школе. Этому требованию удовлетворяют также осмотры, проведенные в течение 12-месячного периода до поступления ребенка в школу. Если Вы не можете привести своего ребенка на стоматологический осмотр, Вы можете быть освобождены от соблюдения этого требования, для чего необходимо заполнить раздел 3 данной формы.

### Раздел 1

**Заполняется родителем или опекуном**

Имя ребенка:	Фамилия:	Инициал среднего имени:	Дата рождения ребенка:
Адрес – номер дома:	Улица:	Город:	Почтовый индекс:
Наименование школы:	Учитель:	Класс:	Пол ребенка: <input type="checkbox"/> Мальчик <input type="checkbox"/> Девочка
Имя, фамилия родителя / опекуна:	Раса/этническое происхождение ребенка: <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Черный/Афроамериканец <input type="checkbox"/> Латиноамериканец <input type="checkbox"/> Азиат <input type="checkbox"/> Североамериканский индеец <input type="checkbox"/> Коренной житель Аляски <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайев/Тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Смешанная раса <input type="checkbox"/> Неизвестно		

### Section 2

#### Oral Health Data Collection

**To be completed by the dental professional conducting the assessment**

**Заполняется специалистом-стоматологом, проводящим осмотр**

Assessment Date:	<u>Visible caries and/or fillings present:</u> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<u>Visible caries present:</u> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<u>Treatment Urgency:</u> <input type="checkbox"/> No obvious problem found <input type="checkbox"/> Early dental care recommended <input type="checkbox"/> Urgent care needed
------------------	---	---	---

***Dental professional's signature***

***Date***

**Возвратить эту форму в школу до 31 мая**

*Оригинал подлежит хранению в школьном личном деле ребенка.*

### Раздел 3

#### Освобождение от стоматологического осмотра

Заполняется родителем или опекуном, просящим об освобождении от соблюдения данного требования

Прошу освободить моего ребенка от соблюдения требования о прохождении стоматологического осмотра при поступлении в школу на основании следующей причины:  
(Выделить квадратик, соответствующий наилучшему описанию причины)

Мне не удалось найти стоматологический офис, который принимает страховку моего ребенка.

Медико-стоматологическое обслуживание моего ребенка покрывается следующим страховым планом:  Medi-Cal/Denti-Cal  Healthy Families  Healthy Kids

Отсутствует  Другой план \_\_\_\_\_

Я не в состоянии позволить себе оплату стоматологического осмотра своего ребенка.

Я не желаю, чтобы мой ребенок проходил стоматологический осмотр.

Необязательно: прочие причины непрохождения стоматологического осмотра моим ребенком: \_\_\_\_\_

Законодательством Калифорнии от школ требуется сохранять конфиденциальность сведений о состоянии здоровья учащихся. Информация, позволяющая опознать вашего ребенка, не будет раскрываться в сочетании с какими-либо отчетами, составляемыми в результате выполнения настоящего требования. Если у Вас имеются какие-либо вопросы по существу настоящего требования, обращайтесь в администрацию школы по \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
*Подпись родителя или опекуна*

\_\_\_\_\_  
*Дата*

**Возвратить эту форму в школу до 31 мая**

*Оригинал подлежит хранению в школьном личном деле ребенка.*