



Faks: 888-781-5678 Email: patientforms@schoolsmiles.com Bepul telefon: 1-855-497-6453

FARZANDINGIZ QATNASHISHINI ISTASANGIZ, **YANGI SHAKL HAR YILI TO'LDIRILISHI KERAK**

MAKTABDA STOMATOLOG KO'RIGI UCHUN BUGUN REGISTRATSIYA QILING!!

To'ldiring va maktabga qaytaring yoki onlayn registratsiya qiling: www.schoolsmiles.com/student-signup

1-BOSQICH	BOLANING UMUMIY MA'LUMOTLARI	
	Bolaning to'liq ism-sharifi: _____ Tug'ilgan sana: ____/____/____ (belgilang) E A	
	Manzil: _____ Shahar: _____ Shtat: _____ Pochta: _____	
	Maktab: _____ Mamlakat: _____	
	Sinf: _____ Kelgan kunlar: _____ Xona#: _____	
	Ota-ona/Vasiy: _____ Telefon: (____) _____	
	Email: _____ Men School Smilesdan salomatlik xabarlarini olishga roziman.	

2-BOSQICH	TO'LOV MA'LUMOTI: (tanlang) ☐ MEDICAID ☐ XUSUSIY SUG'URTA ☐ SUG'URTALANMAGAN ☐		
	1. Medicaid ma'lumoti: 10 yoki 12-raqamli ID #		
	Boshqariladigan Care Plan: _____		
	2. Xususiy sug'uta: STOMATOLOGIYA Sug'urta kompaniyasi nomi: _____ Ins. Telefon: _____ Obunachi ismi: _____ Obunachi tug'ilgan sana: ____/____/____ Obunachi ID: _____ Obunachi SSN: ____-____-____-____-____-____-____-____		
	3. Sug'urtalanmagan stomatologiya tanlovi: ☐ O'zi to'lash tanlovi: Farzandingiz hoziroq ko'rilishini istasangiz, sizda kamaytirilgan 49\$ to'lovi tanlovi bor, bunda tozalash, rentgen, fluorid va tekshiruv qoplanadi. 49\$ farzandingiz ko'rilishidan oldin quyidagicha to'lanishi kerak pul o'tkazmasi yoki (1.855.497.6453) qo'ng'iroq qilib telefonda to'lov taqdim etish. ☐ Grant so'rov tanlovi: Stomatologiya xizmatlarida avval kelgan bemorlarga birinchi xizmat ko'rsatiladi. **Faqat stomatologiya sug'urtasi mavjud bo'lmaganlar uchun. Qo'shimcha hujjatlar moliyaviy loyqlikni tasdiqlash uchun talab etilishi mumkin**		

3-BOSQICH	MUHM SALOMATLIK SAVOLLARI:
	1. Farzandingizda quyidagi tibbiy holatlar mavjudmi: yurak muammolari, tutilish kasalliklari, allergiyalar va boshqalar? Ha bo'lsa, quyida yozing. YO'Q bo'lsa, bo'sh qoldiring: _____

4-BOSQICH	IMZO TALAB ETILADI
	Men, _____ ning ota-onasi/Vasiysi, maktabda farzandingizga School Smiles stomatologlari quyidagi xizmatlarni taqdim etishlarini tushunaman va ruxsat beraman: tekshirish, rentgen, tozalash, fluorid, kumush diamin fluorid va 6 oylik tekshiruvlarda zarur bo'lgan plombarlar. Shuningdek, farzandingizga tekshirish kunida yoki zarur holatda jadval asosida qayta plombarlar, kerak bo'lsa pulpotomiya va o'sha joyni muzlatish uchun lokal narkoz bilan qo'shimcha stomatologiya muolajasini olishiga ruxsat beraman. Muolaja davomida boshlang'ich tekshiruvda ma'lum bo'lmagan quyidagi holatlar chiqib qolishi sababli o'sha kuni jarayonlarni o'zgartirish yoki qo'shish kerak bo'lishini tushunaman: kattaroq plombarlar, pulpotomiya (bola tishidagi ildiz kanali), masofa saqlovchilar va tish oldirishlar (tishni sug'irish).
	MOLIYAVIY BAYONOT: Ogoh bo'lingki, ko'rsatilgan biror muolaja farzandingiz xususiy sug'urta, sog'lik sug'urtasi dasturi va Medicaid asosida oladigan kelajakdagi imtiyozlarga ta'sir qilishi mumkin. * Eslatma: Agar farzandingizga pulpotomiyalar, pulpotomiyalar va tish oldirishlar kabi plombadan tashqari muolaja zarur bo'lsa, sizdan qo'shimcha rozilik TALAB etiladi. Agar farzandingizga School Smiles taqdim eta oladigan muolajadan tashqari talab etilsa, sizga yo'nalish beriladi.
	Men School Smiles HIPAA Maxfiylik xabarnomasi nuxsasi farzandim ko'rigida taqdim etilishini tushunaman va nuxsasi quyida topilishi mumkin https://schoolsmiles.com/schools/forms/ . Quyida imzo chekish bilan men kundalik stomatologik tozalashlarga, shuningdek, bir o'quv yili uchun biror zaruriy stomatologik muolajalarga rozilik beryapman va bu registratsiya shakli faksdan, emaildan yoki School Smilesga pochtdan yuborilishiga ruxsat beraman.
	➡ Ota-ona/Vasiy imzosi: _____ Sana: _____ Agar farzandingizga School Smiles taqdim eta oladigan muolajadan tashqari talab etilsa, sizga yo'nalish beriladi.