



Форма подтверждения прохождения осмотра у окулиста и стоматолога

Имя и фамилия ученика: _____ Дата рождения: _____ Класс: _____
(печатными буквами: фамилия, имя)

Личный номер ученика (ID): _____

Закон штата Орегон (OAR 581-021-0031 и OAR 581-021-0017) требует, чтобы ребёнок в возрасте 7 лет или младше, который впервые идёт в школу, прошёл стоматологический осмотр и проверку зрения. Для получения информации об услугах скрининга PPS посетите веб-сайт PPS - «School Health Services» (<https://www.pps.net/Page/1921>).

Родители/опекуны, заполните и подпишите оба раздела – осмотр у окулиста и осмотр у стоматолога.

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПРОВЕРКИ ЗРЕНИЯ (отметьте всё, что применимо)

«Проверка зрения» — это обследование глаз, предназначенное для выявления возможных проблем со зрением.

Мой ребёнок прошёл проверку зрения или осмотр у окулиста.

Дата самой последней проверки зрения/осмотра у окулиста: _____

Было ли рекомендовано последующее наблюдение? (обведите ответ) Да Нет

Название клиники или имя и фамилия мед. работника: _____

Я уже предоставил/а подтверждение в офис школы (укажите название школы) _____

Я не буду предоставлять подтверждение проверки зрения/осмотра у окулиста из-за моих религиозных убеждений.

Подпись родителя / опекуна

Дата

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПРОВЕРКИ СОСТОЯНИЯ ЗУБОВ (отметьте все, что применимо)

Мой ребёнок прошёл проверку состояния зубов в течение последних 12 месяцев.

Дата самой последней проверки состояния зубов/осмотра у стоматолога: _____

Название клиники или имя и фамилия мед. работника: _____

Я уже предоставил/а подтверждение в офис школы (укажите название школы) _____

Я не буду предоставлять подтверждение проверки состояния зубов/осмотра у стоматолога из-за моих религиозных убеждений.

Стоматологический осмотр является бременем для нас, т.к. :

(A) Стоимость стоматологического осмотра слишком высока.

(B) У ученика нет доступа к специалистам, осуществляющим осмотр.

(C) Учащийся не смог/ла назначить приём для стоматологического осмотра.

Подпись родителя/опекуна

Дата