

# Sealants for Smiles

*a United Way of Salt Lake initiative*



Program za besplatno popravljavanje zuba se nudi u školi Vašeg djeteta za sve učenike 2. razreda. Zubi Vašeg djeteta će biti pregledani i odrediti će se koji zub je za popravku. Kvalificirani i profesionalni zubar će stavljati sealants (plombe). Plombiranje je dokazan i veoma efikasan metod za kontrolu kvarenja zuba. Sve procedure se obavljaju prema standardima profesionalnog zubarstva (rukavice, maska, sterilizirani instrumenti). Svim pacijentima će se dati upute za oralnu higijenu i svi će dobiti četkice za zube. Vaše dijete treba nastaviti sa pranjem i čišćenjem zuba, a redovne zubarske kontrole su potrebne iako će dijete imati plombe na njegovim/njenim zubima.

## Molimo Vas da označite svoju odluku o sudjelovanju u ovom programu:

Ime djeteta: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Da, ja dajem dozvolu da moje dijete besplatno pregleda zube, uključujući rendgen i plombiranje zuba ako je potrebno. Pročitao sam i razumijem priložene informacije.

\_\_\_ Ne, ne dajem dozvolu da moje dijete pregleda zube ili da ih plombira.

Potpis roditelja ili staratelja: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Ime roditelja/staratelja (Print) \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_ Grad: \_\_\_\_\_ Poštanski br: \_\_\_\_\_

Kućni telefon: \_\_\_\_\_ Telefon sa posla: \_\_\_\_\_ Mobilni: \_\_\_\_\_

Djetetov datum rođenja: \_\_\_\_\_ Muško \_\_\_ Žensko \_\_\_

Djetetova škola: \_\_\_\_\_ Ime učitelja: \_\_\_\_\_

Etnička pripadnost: Latino Amerikanac \_\_\_ Ne Latino Amerikanac \_\_\_

Da li Vaše dijete ima zdravstveno osiguranje za zubara? Privatno \_\_\_ Chip \_\_\_ Medicaid \_\_\_ Nema \_\_\_ Nisam siguran/a \_\_\_

Kada je Vaše dijete posljednji put bilo kod zubara? \_\_\_\_\_

Rasa: Bjelac \_\_\_ Crnac/Afrički Amerikanac \_\_\_ Američki Indijanac/Aljaskanac \_\_\_  
Azijac \_\_\_ Havajac/Pacifička Ostrva \_\_\_ Drugo \_\_\_\_\_

Da li je Vaše dijete nekada imalo? (Označite "Da" ili "Ne")

	DA	NE		DA	NE
Reumatsku temperaturu	___	___	SIDA/HIV pozitivno	___	___
Oštećenje srca	___	___	Astma	___	___
Epilepsiju/Napade	___	___	Dijabetes	___	___
Hepatitis	___	___	Tuberkulozu	___	___
Alergije	___	___	Ako je odgovor da, na šta?	_____	

Da li je Vaše dijete alergično na lateks? **DA** \_\_\_ **NE** \_\_\_

Da li Vaše dijete uzima neke lijekove? **DA** \_\_\_ **NE** \_\_\_

Ukoliko uzima, navedite koje: \_\_\_\_\_

Da li postoji još nešto u vezi zdravlja Vašeg djeteta što bi mi trebali znati? \_\_\_\_\_