

# အခမဲ့ သွားရောဂါစစ်ဆေးမှု/ဖလှူရိုဒ်ဆေး အစီအစဉ် ခွင့်ပြုချက်စာရွက်



အခမဲ့ သွားရောဂါစစ်ဆေးမှုနှင့် ဖလှူရိုဒ်ဆေး ကုသဝန်ဆောင်မှုများကို ယခုအခါ သင့်သားသမီး  
၏ကျောင်းတွင် ဆောင်ရွက်ပေးနေပါသည်။ ဖလှူရိုဒ်ဆေးသည် သွားများပိုးမစားအောင်  
ကာကွယ်ရန် လွယ်ကူလျင်မြန်သော နည်းလမ်းတစ်ခု ဖြစ်သည်။ စစ်ဆေးမှုနှင့် ဖလှူရိုဒ်ဆေးကို  
သွားရောဂါကုဆရာဝန်များကတစ်နှစ်လျှင် လေးကြိမ်အထိ ဆောင်ရွက်ပါသည်။

ကလေးအမည်- \_\_\_\_\_  
 (နောက်စာလုံး) (ရှေ့စာလုံး) (ဦးစားပေးအမည်)  
 ကလေး၏ မွေးသက္ကရာဇ် (mm/dd/yy): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ကျား/မ- ကျား မ

သွားရောဂါစစ်ဆေးမှု- သွားများ၏ ယေဘုယျကျန်းမာရေးကို စစ်ဆေးရန် ခံတွင်းထံသို့  
လျင်မြန်စွာကြည့်ရှုခြင်း

ရပါသည်  မရပါ

ဖလှူရိုဒ်ဆေး- သွားပိုးမစားအောင်ကာကွယ်ရန် သွားများတွင်လိမ်းခြင်း

ရပါသည်  မရပါ

ရပါသည်ဟု ဖြေလျှင် အောက်တွင် ဖြည့်စွက်ပြီး လက်မှတ်ထိုးပါ-

ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက်	
မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ-	
သင့်ထံဆက်သွယ်ရန်အသင့်တော်ဆုံး ဖုန်းနံပါတ်-	မက်ဆေ့ချ်ပို့ရန် ခွင့်ပြုချက်- <input type="checkbox"/> ရပါသည် <input type="checkbox"/> မရပါ
အီးမေးလ်လိပ်စာ-	
စာပို့ရန်လိပ်စာ-	
သင့်ကလေးကို ပိုမိုကောင်းမွန်စွာ ဝန်ဆောင်မှုပေးနိုင်အောင် အောက်ပါအချက်အလက်များ ဖော်ပြပါ-	
ကျွန်ုပ်၏သားသမီး မှီဝဲနေပါသည် (ဆေးဝါးများစာရင်း)-	မရှိပါ- <input type="checkbox"/>
ကျွန်ုပ်၏သားသမီး ဓာတ်မတည့်ပါ-	မရှိပါ- <input type="checkbox"/>
လက်ရှိရောဂါတစ်ခုခု-	မရှိပါ- <input type="checkbox"/>
သင့်ကလေးကို ပိုမိုကောင်းမွန်စွာ ဝန်ဆောင်မှုပေးနိုင်အောင် အကူအညီပေးသော အချက်အလက်များ	မရှိပါ- <input type="checkbox"/>

အောက်ပါအပိုင်းကို ဖြည့်စွက်ပါ။ သင့်ကို ငွေတောင်းခံလွှာ မပို့ပါ။

ကျန်းမာရေးအာမခံ- <input type="checkbox"/> Oregon Health Plan (OHP) / Medicaid ID# _____ <input type="checkbox"/> ပုဂ္ဂလိက သွားရောဂါအာမခံကုမ္ပဏီ _____ <input type="checkbox"/> ကျန်းမာရေးအာမခံ မရှိပါ	ဤဝန်ဆောင်မှုများသည်အခမဲ့။
--	---------------------------

အောက်တွင်လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းအားဖြင့် သင်သည်-

ပေးအပ်သော ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ပတ်သက်သည့် သက်ဆိုင်ရာ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ ကျန်းမာရေး အချက်အလက်တစ်ခုခု အပါအဝင် အချက်အလက်များကို သွားရောဂါကုဝန်ထမ်းများ၊ Head Start ဝန်ထမ်းများ၊အနာဂတ်တွင်သင့်ကလေး၏ ကျောင်းတည်ရှိရာခရိုင် သို့မဟုတ် ESD၊ အာမခံ ဆောင်ရွက်သူများ၊ ကလေး၏ သွားရာဝန်၊သက်ဆိုင်ရာ ညှိနှိုင်းကုသမှုပေးသောအဖွဲ့အစည်း သို့မဟုတ် မှတ်တမ်းရှိထားသည့် သွားရောဂါကုသမှု အဖွဲ့အစည်းတို့အကြား ထုတ်ပြန်ပြီး မျှဝေရန် မိဘ/အုပ်ထိန်းသူအနေနှင့် ကျွန်ုပ်သဘောတူ ခွင့်ပြုပါသည်။ "ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအချက်အလက်ဆိုင်ရာ ကျင့်သုံးမှုအသိပေးချက်" မိတ္တူကို ကျွန်ုပ်ရရှိထားပါသည်။ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအချက်အလက်ဆိုင်ရာ ကျင့်သုံးမှုအချက်အလက်များကို Dental3 ဝက်ဘ်ဆိုက် <http://dental3.net/forms/> တွင် ရရှိနိုင်ပါသည်။ လိုင်စင်ရ သွားဆရာဝန်က အနီးကပ်ကြီးကြပ်ပြီး သွားရောဂါကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် သူနာပြုသင်တန်းသားက ကုသမှုပေးနိုင်သည်ကိုလည်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူလက်မှတ်- \_\_\_\_\_ နေ့စွဲ- \_\_\_\_\_

# Free Dental Screening/Fluoride Varnish Program Permission Slip



Free dental screenings and fluoride varnish services are now offered at your child's school. Fluoride varnish is a quick and easy way to protect teeth from cavities. The screening and fluoride varnish are done by dental care professionals up to four times a year.

Name of Child: _____		
(Last)	(First)	(Preferred Name)
Child's Date of Birth (mm/dd/yy): _____ / _____ / _____ Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		

**Dental Screening: a quick look inside the mouth to check the overall health of teeth**

YES  NO

**Fluoride Varnish: applied to teeth to prevent cavities**

YES  NO

**If Yes, Please Complete and Sign Below:**

Contact Information	
Parent/Guardian: _____	
Best phone number to reach you: _____	Permission to Text: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Email address: _____	
Mailing address: _____	

**Please provide the following information so we can better serve your child:**

My child is taking (list medications): _____	None: <input type="checkbox"/>
My child is allergic to: _____	None: <input type="checkbox"/>
Any current medical problems: _____	None: <input type="checkbox"/>
Other information to help us better serve your child: _____	None: <input type="checkbox"/>

**Please complete the section below. You will not receive a bill.**

Health Insurance: <input type="checkbox"/> Oregon Health Plan (OHP) / Medicaid ID# _____ <input type="checkbox"/> Private dental insurance company _____ <input type="checkbox"/> No health insurance	<b>These services are FREE!</b>
--	---------------------------------

By signing below you:

As the legal parent/guardian, I hereby consent to the release and exchange of information, including any relevant personal health information regarding the services provided, between the dental staff, Head Start staff, your child's future school district or ESD, insurance carriers, the child's dentist, applicable Coordinated Care Organization, and/or the Dental Care Organization of record. I have received a copy of "Notices of Privacy Practices." Privacy Practices are available on the Dental3 website <http://dental3.net/forms/>. I also understand a dental hygiene or nursing student closely supervised by a licensed dental professional may provide treatment.

**Parent/Guardian Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_