

免费牙科筛查/牙齿涂氟 计划许可单



现正在您孩子的学校提供免费的牙科筛查和牙齿涂氟服务。牙齿涂氟是保护牙齿免受蛀牙侵害的一种快速简单的方法。筛查和牙齿涂氟由牙科护理专业人士进行，每年最多四次。

孩子姓名： _____
(姓氏) (名字)
(希望别人称呼自己的名字)

孩子的出生日期（年/月/日）： _____ / _____ / _____ 性别： 男 女

牙科筛查： 快速查看您孩子的口腔内部，检查牙齿的整体健康状况
是 否

牙齿涂氟： 应用于牙齿以预防蛀牙
是 否

如果选择“是”，请完整填写下列内容并签字：

联系信息	
家长/监护人：	
最常用的可以联络到您的电话号码：	允许发送短信： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
电子邮件地址：	
邮寄地址：	

请提供以下信息，以便我们更好地为您的孩子服务：

我的孩子正在服用（列出药物名称）：	无： <input type="checkbox"/>
我的孩子对以下物质过敏：	无： <input type="checkbox"/>
目前出现的健康问题：	无： <input type="checkbox"/>
有助于我们更好地为您孩子服务的其他信息：	无： <input type="checkbox"/>

请完整填写以下部分的内容。不会向您收取任何费用。

医疗保险： <input type="checkbox"/> 俄勒冈州健康计划 (OHP) / Medicaid 号码 _____ <input type="checkbox"/> 私人牙科保险公司 _____ <input type="checkbox"/> 无医疗保险	这些服务 免费 ！
---	------------------

在下方签字即表示您：

作为合法家长/监护人，本人兹此同意包括与所提供服务的任何相关个人健康信息在内的信息供牙科工作人员、Head Start 工作人员、您孩子的未来学区或 ESD、保险公司、孩子的牙医、适用的协作保健组织和/或有记录的牙医保健组织进行发布和交流使用。本人已收到一份“隐私惯例通知”副本。隐私惯例可于 Dental3 网站 <http://dental3.net/forms/> 上获取。本人亦了解可由牙科卫生或护理专业学生在取得执照的牙科专业人士的密切监督下提供治疗服务。

父母/监护人签名： _____ 日期： _____

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	These services are FREE!
--	---------------------------------

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:** _____