



Khám Răng Miễn phí/Véc ni Florua Giấy Cho phép Tham gia Chương trình

Dịch vụ khám răng và bôi véc ni florua đang được cung cấp miễn phí tại trường học của con quý vị. Véc ni florua là một biện pháp nhanh chóng và dễ dàng để bảo vệ răng khỏi sâu răng. Việc khám răng và bôi véc ni florua được thực hiện bởi các

Tên học sinh: _____
(Họ) (Tên) (Tên muốn được gọi)
Ngày sinh của học sinh (tháng/ngày/năm): _____ / _____ / _____
Giới tính: Nam Nữ

chuyên gia nha khoa tối đa bốn lần một năm.

Khám răng: kiểm tra nhanh bên trong miệng để đánh giá sức khỏe tổng quát của răng

VÂNG **KHÔNG**

Véc ni Florua: bôi lên răng để ngăn ngừa sâu răng

VÂNG **KHÔNG**

Nếu quý vị đồng ý, vui lòng điền phần bên dưới và ký tên:

Thông tin Liên lạc	
Phụ huynh/Người giám hộ:	
Số điện thoại tốt nhất để liên lạc với quý vị:	Cho phép gửi tin nhắn: <input type="checkbox"/> Vâng <input type="checkbox"/> Không
Địa chỉ email:	
Địa chỉ nhận thư:	

Vui lòng cung cấp thông tin sau để chúng tôi có thể phục vụ con quý vị tốt hơn:

Con của tôi đang dùng (ghi các thứ thuốc):	Không có: <input type="checkbox"/>
Con của tôi bị dị ứng về:	Không có: <input type="checkbox"/>
Bất cứ vấn đề sức khỏe nào hiện có:	Không có: <input type="checkbox"/>
Các thông tin khác để giúp chúng tôi phục vụ con quý vị tốt hơn:	Không có: <input type="checkbox"/>

Vui lòng điền phần dưới. Quý vị sẽ không nhận bất cứ hóa đơn nào.

Bảo hiểm Y tế: <input type="checkbox"/> Chương trình Bảo hiểm Y tế Oregon (Oregon Health Plan, hoặc O Số ID Medicaid _____ <input type="checkbox"/> Công ty bảo hiểm nha khoa tư nhân _____ <input type="checkbox"/> Không có bảo hiểm y tế	Các dịch vụ này đều MIỄN PHÍ!
---	--------------------------------------

Bằng cách ký tên dưới đây, quý vị:

Với tư cách là phụ huynh/người giám hộ hợp pháp, tôi theo đây đồng ý với việc chia sẻ và trao đổi thông tin, bao gồm bất cứ thông tin sức khỏe cá nhân có liên quan, giữa các nhân viên nha khoa, nhân viên chương trình Head Start, nhân viên học khu tương lai của con quý vị hoặc ESD, các công ty bảo hiểm, nha sĩ của con tôi, Tổ chức Chăm sóc Phối hợp (Coordinated Care Organization) nếu có, và/hoặc Tổ chức Chăm sóc Nha khoa (Dental Care Organization) chính thức. Tôi đã nhận được bản sao của "Thông báo về Chính sách Quyền riêng tư." Chính sách bảo mật được đăng trên trang web của Dental3: <http://dental3.net/forms/>. Tôi cũng hiểu rằng một chuyên viên về vệ sinh răng hoặc sinh viên y tá tập sự, dưới sự giám sát chặt chẽ của một nha sĩ chuyên nghiệp có bằng cấp, có thể sẽ cung cấp dịch vụ điều trị này.

Chữ ký Phụ huynh/Người giám hộ: _____

Ngày: _____

Revised March 2019

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:** _____