

学校免费窝沟封闭计划 计划许可单



现正在您孩子的学校免费提供牙科筛查和牙齿窝沟封闭服务。牙齿窝沟封闭剂是涂在后牙上的保护涂膜，是预防龋齿的快捷方法。将由牙科专业人士进行筛查和窝沟封闭。

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）： ____ / ____ / ____ 教师： _____ 年级： _____
学校： _____

是，我想让我的孩子接受牙科筛查和牙齿窝沟封闭。

*即使您的孩子可能去年已接受牙齿窝沟封闭，也请填写此表格，以便我们核查。

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"/>
行为注意事项：	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，本人兹此同意包括任何相关个人健康信息在内的信息供牙齿窝沟封闭人员、学校员工、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。而且我已了解可由牙科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。	
家长/监护人签名： _____ 日期： _____	

Free School Sealant Program Permission Slip



Free dental screenings and sealant services are now offered at your child's school. Dental sealants are protective coatings put on the back teeth and are a quick and easy way to prevent cavities. The screening and sealants are done by dental care professionals.

Name of Child: _____		
(Last)	(First)	(Preferred Name)
Child's Date of Birth (mm/dd/yy): ____ / ____ / ____ Teacher: _____ Grade: ____		
School: _____		

YES, I want my child to have a dental screening and dental sealants.

**Even though your child may have received sealants, please complete this form so we can check them.*

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"/>
Any behavioral considerations: _____	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, between the dental sealant staff, school staff, 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 student closely supervised by a licensed dental professional may provide treatment.	
Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____	