

Chương trình Bịt Răng Miễn phí Tại Trường Giấy phép



Dịch vụ khám răng và bịt răng đang được cung cấp miễn phí tại trường học của con quý vị. Chất bịt răng (dental sealant) là một lớp bọc bảo vệ được quét lên răng hàm, là một phương pháp ngăn ngừa sâu răng chanh chóng và dễ dàng. Dịch vụ khám răng và bịt răng được thực hiện bởi chuyên gia nha khoa.

Tên học sinh:	_____	_____	_____
	(Họ)	(Tên)	(Tên thường gọi)
Ngày sinh của học sinh (mm/dd/yy):	___ / ___ / ___	Giáo Viên:	_____
		Lớp:	_____
Trường:	_____		

VÂNG, Tôi muốn cho con tôi tham gia chương trình khám và bịt răng.

*Cho dù con quý vị có thể đã được bịt răng rồi, vui lòng vẫn điền đơn này để chúng tôi có thể kiểm tra lại.

Nếu quý vị trả lời "vâng", vui lòng hoàn tất đơn này và ký tên bên dưới

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"/>
Bất cứ vấn đề hành vi 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 (OHP) / 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: 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 nào, giữa các nhân viên của chương trình bịt răng, nhân viên nhà trường, 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) trong hồ sơ. 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 sinh viên nha khoa tập sự, dưới sự giám sát chặt chẽ của một nha sĩ chuyên nghiệp có bằng cấp, có thể sẽ tiến hành chữa trị.	
Chữ ký của Phụ huynh/Người Giám hộ: _____ Ngày: _____	