



# DO YOU WANT YOUR CHILD TO GET FREE DENTAL SEALANTS?



## Permission Form

**Name of Child:** \_\_\_\_\_  
 (Last) (First) (Middle Initial)

**My Child's School:** \_\_\_\_\_

### PLEASE CHECK YES OR NO



**YES!**

I WANT my child to be screened and get sealants, if needed.

State law requires a basic medical history for each child receiving service. Please fill out this form and sign at the bottom.

**NO**

I DO NOT want my child to be screened and get sealants.

**If no, please check the following to help us improve the program.**

- My child already has sealants.
- My child regularly sees a dentist.
- My child's dentist will provide sealants.
- Other (please describe): \_\_\_\_\_

<b>Date of Birth:</b> /    /	<b>Grade:</b>
<b>Gender:</b> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
<b>Teacher:</b>	
<b>Parent/Guardian Name:</b>	
<b>My child is taking (list medications):</b>	
<b>My child is allergic to:</b>	
<b>My child has:</b>	
<input type="checkbox"/> Heart murmur or has had surgery	<input type="checkbox"/> Epilepsy <input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> High blood pressure	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Other (describe):
<input type="checkbox"/> Behavioral Considerations (please describe): _____	
Best phone number to reach you during the day:	

**SIGN BELOW & RETURN BY:**

\_\_\_\_\_



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

*As the legal parent/guardian, I hereby consent to the release and exchange of information, including any 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 for the purpose of finding further treatment options or improving healthcare operations. If you have a Medicaid provider, they may be notified regarding services received. I have received a copy of "Notices of Privacy Practices."*

*You can get this document in other languages, large print, braille, or a format you prefer. Contact the Oral Health Program at 971-673-0348 or email oral.health@state.or.us. We accept all relay calls or you can dial 711. For more information, visit www.healthoregon.org/schooloralhealth.*



**¿QUIERE QUE SU HIJO/A RECIBA  
SELLADORES DENTALES GRATIS?  
Formulario de permiso**



**Nombre del/de la menor:** \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)

**La escuela de mi hijo/a:** \_\_\_\_\_

**FAVOR DE MARCAR SÍ O NO**

**¡SÍ!** QUIERO que le revisen los dientes a mi hijo/hija y que le apliquen sellador si es necesario.  
 La ley estatal exige una historia clínica básica de cada menor que reciba el servicio. Favor de llenar este formulario y firmar al pie.

**NO** NO QUIERO que le revisen los dientes a mi hijo/a ni que le apliquen sellador.

<b>Fecha de nacimiento:</b> /    / <b>Grado:</b>
<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<b>Profesor:</b>
<b>Padre/Madre/Tutor:</b>
<b>Mi hijo/a toma (indique medicamentos):</b>
<b>Mi hijo/a tiene alergia a:</b>
<b>Mi hijo/a tiene:</b> <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco o ha tenido una cirugía <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Otra (describa):
<input type="checkbox"/> Consideraciones relativas al comportamiento (describa): _____ _____ _____
Mejor número telefónico al cual comunicarnos con usted durante el día:

**Si eligió "no," marque lo que corresponda para ayudarnos a mejorar el programa.**

Mi hijo/a ya tiene selladores.

Mi hijo/a va al dentista con regularidad.

El dentista de mi hijo/a le aplicará los selladores.

Otra (describa): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**FIRME ABAJO Y DEVUÉLVALO A MAS TARDAR:**

\_\_\_\_\_

**Firma del padre, de la madre o del tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*Como padre/madre/tutor legal, por el presente autorizo la divulgación e intercambio de información, incluida toda información médica personal, entre el personal de los selladores dentales, el personal de la escuela, las compañías de seguro, el dentista del/de la menor, la Organización de Atención Coordinada correspondiente y/o la Organización de Cuidado Dental constatada para los fines de encontrar opciones de tratamiento adicionales o de mejorar las operaciones de atención de la salud. Si usted tiene un proveedor de servicios de Medicaid, se le puede informar sobre los servicios recibidos. He recibido una copia de los "Avisos de prácticas de privacidad".*

*Puede recibir este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que prefiera. Comuníquese con el Programa de Salud Bucal al 971-673-0348 o por correo electrónico a oral.health@state.or.us. Aceptamos todas las llamadas por retransmisión o puede marcar 711. Para obtener más información visite [www.healthoregon.org/schooloralhealth](http://www.healthoregon.org/schooloralhealth).*

# هل ترغب في أن يحصل ولدك على خِتام سنيّ مجاناً؟ استمارة ترخيص



اسم الطفل/ة:	الأخير	الأول	(الحرف الأول من الاسم الأوسط)
اسم مدرسة طفلي/تي:			

## يُرَجى وضع علامة على نعم أو لا

لا أريد أن تُفحص أسنان ولدي أو أن يُعطى/تُعطى الخِتام السنيّ.

 لا

أريد أن تُفحص أسنان ولدي وأن يُعطى/ تُعطى الخِتام السنيّ.

 نعم!

يتطلب قانون الولاية تاريخاً طبياً أساسياً لكل طفل يستلم الخدمة. يُرجى إملأ هذه الاستمارة وتوقيعها أدناه.

إذا كان الجواب بلا، فيُرَجى وضع علامة على التالي لمساعدتنا على تحسين البرنامج.

لدى ولدي خِتاماً سنيّ في الوقت الحاضر.

يقوم ولدي بزيارة طبيب الأسنان بصورة منتظمة.

سيقوم طبيب الأسنان بإعطاء الخِتام السنيّ لولدي.

غير ذلك (يرجى التحديد): \_\_\_\_\_

وقع أدناه وارجع الاستمارة بتاريخ:



تاريخ الميلاد:	/	/	الصف:
الجنس:	<input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> أنثى	
المدرس:			
اسم الوالدة/الوصي:			
يتناول ولدي أدوية طبية (أدرج أسماء الأدوية):			
يعاني ولدي من حساسية من التالي:			
يعاني ولدي من:	<input type="checkbox"/> نفخة قلبية أو سبق وأن أجريت له/أ عملية جراحية	<input type="checkbox"/> الصرع	<input type="checkbox"/> الربو
	<input type="checkbox"/> ارتفاع بضغط الدم	<input type="checkbox"/> السكري	<input type="checkbox"/> غير ذلك (اوصف): _____
<input type="checkbox"/> اعتبارات سلوكية (يُرَجى التحديد): _____			
أفضل رقم هاتف للاتصال بك خلال النهار:			

التاريخ:

توقيع الوالدة/الوصي:

بصفتي الوالدة/الوصي القانوني، فأنا أوافق بموجب هذا على نشر المعلومات وتبادلها، بما في ذلك أية معلومات صحية شخصية بين طاقم موظفي الختام السنيّ، طاقم موظفي المدرسة، شركات التأمين، طبيب أسنان ولدي، منظمة الرعاية المنسقة (Coordinated Care Organization) المعنية و/أو منظمة رعاية الأسنان (Dental Care Organization) الموجودة في السجل لغرض العثور على المزيد من اختيارات العلاج أو تحسين العمليات في الرعاية الصحية. إذا كان لديك مقدم للميديكيد، فقد يتم إعلامهم فيما يتعلق بالخدمات التي تستلمها. لقد استلمت نسخة من "إخطارات ممارسات الخصوصية".

يمكنك الحصول على هذا المستند في لغات أخرى، أو بخط كبير، أو بلغة البريل أو بصيغة تفضلها. الاتصال بوحدة صحة الفم على الهاتف 971-673-0348 أو إرسال بريد إلكتروني إلى العنوان [oral.health@state.or.us](mailto:oral.health@state.or.us). كما أننا نقبل كافة المكالمات المعمولة عبر المرحلات أو يمكنكم الاتصال بـ 711. للمزيد من المعلومات، قم |

بزيارة [www.healthoregon.org/schooloralhealth](http://www.healthoregon.org/schooloralhealth).



**KOJ PUAS XAV KOM KOJ TUS ME NYUAM TAU COV TSHUAJ PLEEV TIV THAIV COV H尼亚V PUB DAWB?**  
Daim Ntawv Tso Lus



**Tus Me Nyuam lub Npe:** \_\_\_\_\_  
(Lub Xeem) (Lub Npe) (Thawj tus tsiaj ntawv rau npe nrab)

**Kuv tus Me Nyuam lub Tsev Kawm Ntawv:** \_\_\_\_\_

**THOV KHIJ LO LUS TAU LOS SIS TSIS TAU**



**TAU!**

Kuv XAV kom lawv kuaj thiab pleev cov tshuaj tiv thaiv cov hniaiv, yog tias toob kas ua li ntawd.

Lub xeev txoj kev cai yuam kom kuaj keeb kwm mob nkees rau txhua tus me nyuam uas txais txoj kev pab no. Thov koj uas daim ntawv no thiab xees npe nram qab no.

**TSIS TAU**

Kuv TSIS TAU xav kom lawv kuaj thiab pleev tshuaj tiv thaiv rau kuv tus me nyuam.

**Hnub Yug:**       /       /       **Qib Kawm:**

**Poj niam txiv neej:**  Txiv neej     Poj niam

**Xib hwb qhia ntawv:**

**Niam txiv/Tus Neeg Saib Xyuas lub Npe:**

**Kuv tus me nyuam tab tom noj (sau cov tshuaj ntawm no):**

**Kuv tus me nyuam phiv cov no:**

**Kuv tus me nyuam muaj yam no:**

Lub plawv dhia tsis thwj los sis tau raug phais     Qaug dab peg     Mob ntsws nqias

Ntshav siab                       Ntshav qab zib                       Lwm yam (piav seb yog li cas):

Tej Yam ntawm Kev Coj Cwj Pwm (thov piav seb yog li cas): \_\_\_\_\_

Tus xov tooj zoo tshaj plaws uas peb hu tau koj thaum nruab hnub:

**Yog tias tsis xav tau, thov khij nram qab no kom pab peb kho qhov kev pab no kom zoo dua.**

Kuv tus me nyuam twb pleev tshuaj tiv thaiv cov hniaiv lawm.

Kuv tus me nyuam ib sij mus ntsib ib tug kws kho hniaiv.

Kuv tus me nyuam tus kws kho hniaiv yuav pleev cov tshuaj tiv thaiv cov hniaiv.

Lwm yam (thov piav seb yog li cas): \_\_\_\_\_

**XEES NPE NRAM QAB NO THIAB XA ROV QAB TUAJ UA NTEJ:**

\_\_\_\_\_



**Niam Txiv/Tus Neeg Saib Xyuas Xees Npe:** \_\_\_\_\_ **Hnub tim:** \_\_\_\_\_

Ua niam txiv/tus neeg saib xyuas, ntawm no kuv tso lus rau kev sib pauv thiab qhia tawm txog tej xov xwm, kuj hais txog tej keeb kwm mob nkees, nov hais txog cov kws kho hniaiv uas pleev tshuaj rau kaus hniaiv, cov neeg uas ua hauj lwm tom lub tsev kawm ntawv, tej tsev isalas, tus me nyuam tus kws kho hniaiv, lwm cov Koom Haum uas Pab Khiav Tej Hauj Lwm, thiab/los sis lub Koom Haum Kho Hniaiv hauv cov ntaub ntawv no xwv kom thiaj tau kev kho hniaiv ntxiv los sis kom pab khiav tej hauj lwm rau kev noj qab nyob zoo. Yog koj muaj ib tug kws pab rau Medicaid, ces tej zaum yuav qhia rau lawv paub hais tias tau txais kev pab li cas lawm. Kuv tau txais ib daim luam txog "Daim Ntawv Ceeb Toom txog Kev Ceev Ntiag Tug Tsis Pub Lwm Tus Paub."

Koj txais tau daim ntawv no ua lwm yam lus, ua ntawv loj, ua lus braille rau neeg dig muag los sis ua lwm yam uas koj nyiam. Tiv tauj Kev Pab lub Qhov Ncauj Kev Noj Qab Nyob Zoo nyob ntawm 971-673-0348 los sis email rau oral.health@state.or.us. Peb txais cov kev hu xov tooj rau neeg lag ntseg los sis koj mam li hu 711 los tau. Yog xav paub ntxiv, xyuas hauv www.healthoregon.org/schooloralhealth



# 자녀의 무료 치아 실란트 치료를 원하십니까?



승낙서

자녀 이름: \_\_\_\_\_  
 (성) (이름) (중간 이니셜)

자녀의 학교: \_\_\_\_\_

## '예' 또는 '아니요'에 체크하십시오



**예!** 자녀의 검사 및 실란트 치료를 원합니다.

주 법률은 서비스를 받는 각 아동의 기본적인 병력을 요구합니다. 이 양식을 작성하고 아래서 서명해 주십시오.

**아니요** 자녀의 검사 및 실란트 치료를 원하지 않습니다.

'아니요'를 선택할 경우 아래 항목을 체크하여 프로그램 개선을 도와주십시오.

- 이미 실란트를 받았습니다.
- 정기적으로 치과를 방문하고 있습니다.
- 치과 의사가 실란트 치료를 할 예정입니다.
- 기타(내용 기입 요망): \_\_\_\_\_

**다음 기한까지 서명 및 제출:**



생년월일: / /	학년:
성별: <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	
교사:	
학부모/보호자 이름:	
자녀가 복용 중인 약(약물 기재):	
자녀의 알레르기 유발 물질:	
자녀에게 있는 질환:	
<input type="checkbox"/> 심장 잡음 있음, 또는 과거에 수술 했음	<input type="checkbox"/> 간질 <input type="checkbox"/> 천식
<input type="checkbox"/> 고혈압	<input type="checkbox"/> 당뇨 <input type="checkbox"/> 기타(내용 기입):
<input type="checkbox"/> 행동 고려사항(내용 기입): _____	
_____	
_____	
낮에 귀하에게 연락 가능한 전화번호:	

학부모/보호자 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

본인은 법률적 부모/보호자로서 추가적인 치료 방안을 찾거나 건강관리 업무를 개선할 목적으로 개인 건강 정보를 포함한 정보를 공개하고 치과용 실란트 직원, 교직원, 보험사, 자녀 담당 치과 의사, 해당 공동진료기구, 치과치료단체 간에 그 기록을 교환하는 것에 동의합니다. Medicaid 서비스 제공자가 있다면, 제공 받은 서비스에 관하여 통지할 수 있습니다. 본인은 "개인정보 보호 고지" 사본을 받았습니다.

본 문서는 다른 언어, 큰 인쇄물, 점자 또는 귀하가 선호하는 형식의 문서로도 제공됩니다. 구강 건강 프로그램으로 연락하십시오. 전화: 971-673-0348, 이메일: oral.health@state.or.us. 교환원 서비스를 지원하고 있으며 711 번으로 직접 전화 주셔도 됩니다. 자세한 내용은 [www.healthoregon.org/schooloralhealth](http://www.healthoregon.org/schooloralhealth)를 참조하십시오.



# ЖЕЛАЕТЕ ЛИ ВЫ, ЧТОБЫ ВАШЕМУ РЕБЕНКУ БЫЛИ БЕСПЛАТНО НАНЕСЕНЫ ЗУБНЫЕ СИЛАНТЫ?

Бланк выражения согласия

Oregon  
**Health**  
Authority

Имя ребенка: \_\_\_\_\_  
(фамилия) (имя) (инициал второго имени или отчества)

Школа, в которой обучается мой ребенок: \_\_\_\_\_

## ПОЖАЛУЙСТА, ОТМЕТЬТЕ «ДА» ИЛИ «НЕТ»



**ДА!**

Я ХОЧУ, чтобы моему ребенку провели осмотр полости рта и нанесли зубные силанты.

Закон штата обязывает запрашивать минимальное количество сведений из истории болезни каждого ребенка, получающего обслуживание. Пожалуйста, заполните этот бланк и подпишите в нижней части страницы.

**НЕТ**

Я НЕ хочу, чтобы моему ребенку проводили осмотр полости рта и наносили зубные силанты.

<b>Дата рождения:</b> / / <b>Год обучения:</b>		
<b>Пол:</b> <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский		
<b>Имя, фамилия учителя:</b>		
<b>Имя, фамилия родителя (опекуна):</b>		
<b>Мой ребенок принимает (перечислите лекарства):</b>		
<b>У моего ребенка наблюдается аллергическая реакция на:</b>		
<b>У моего ребенка имеются следующие проблемы со здоровьем:</b>		
<input type="checkbox"/> сердечный шум или перенесенная операция	<input type="checkbox"/> приступы эпилепсии	<input type="checkbox"/> астма
<input type="checkbox"/> высокое артериальное давление	<input type="checkbox"/> диабет	<input type="checkbox"/> другое (опишите):
<input type="checkbox"/> Поведенческие факторы, которые необходимо учитывать (пожалуйста, опишите): _____ _____		
Номер телефона, по которому лучше всего вам звонить в дневное время:		

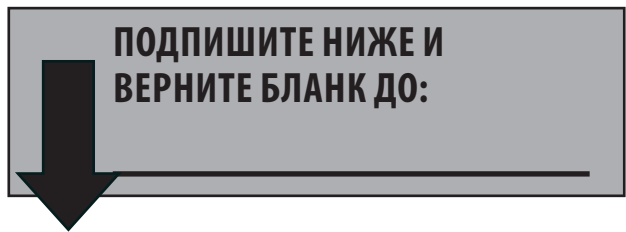
**Если вы ответили «нет», пожалуйста, отметьте следующие варианты, чтобы помочь нам улучшить нашу программу.**

Моему ребенку уже были нанесены силанты ранее.

Мой ребенок регулярно посещает зубного врача.

Зубной врач моего ребенка проведет процедуру нанесения силантов.

Другое (пожалуйста, опишите): \_\_\_\_\_



Подпись родителя (опекуна): \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Как законный родитель (опекун), настоящим я даю разрешение на разглашение и обмен информацией, включая любую личную информацию о здоровье, между сотрудниками, осуществляющими процедуру нанесения силантов, сотрудниками школы, страховыми компаниями, зубным врачом ребенка, действующей организацией по координированному уходу (CCO) и/или организацией по стоматологическому уходу (DCO) с целью осуществления поиска дальнейших вариантов лечения или совершенствования деятельности системы здравоохранения. Если вы получаете обслуживание поставщика услуг в рамках программы Medicaid, его могут уведомить о полученных вами услугах. Я получил (-а) копию «Уведомления о порядке хранения и использования личной информации».

Вы можете получить текст этого документа на другом языке, набранный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в предпочитаемом вами формате. Обращайтесь в стоматологическую программу по тел. 971-673-0348 или по эл. почте oral.health@state.or.us. Мы отвечаем на любые вызовы по линии трансляционной связи; кроме того, вы можете набирать номер 711. Для получения дополнительной информации, посетите веб-сайт: www.healthoregon.org/schooloralhealth.







# MA RABTAA IN CUNUGAAGA HELO DAHAARIDA ILKAHA OO LACAG LA'AN AH? Foomka ogolaanshaha



**Magaca Cunuga:** \_\_\_\_\_  
(Magaca dambe) (Magaca hore) (Billawga Magaca Dhexe)

**Dugsiga Cunugayga:** \_\_\_\_\_

## FADLAN CALAAMADEE HAA AMA MAYA



### HAA

WAAN RABAA in cunugayga baaritaan lagu sameeyo ilkahana loo dahaaro, haddii loo baahdo.

Sharciga gobolka ayaa u baahan taariikhda guud ee caafimaad ee cunug kasta oo helaya adeeg. Fadlan buuxi foomkan waxaanad saxiixdaa hoosta.

### MAYA

MA RABO in cunugayga baaritaan lagu sameeyo ilkahana loo buuxiyo.

**Haddii ay jawaabtu tahay maya, fadlan waxaad calaamadaysaa kuwo soo socda si aad nooga caawiso in aanu wanaajino barnaamijka.**

- Ilmahaygu isla hadaba dabool ayaa ilkihiisa saaran.
- Ilmahaygu dhakhtarka ilkaha si joogta ah ayuu u arkaa.
- Dhakhtarka ilkaha ee ilmahayga ayaa samayn doona ilko daboolida.
- Wixii kale (fadlan sharaxaad ka bixi): \_\_\_\_\_

### HOOSTA SAXIIX SOONA CELI:



<b>Taariikhda Dhalasho:</b> / /	<b>Fasalka:</b>
<b>Jinsiga:</b> <input type="checkbox"/> Lab <input type="checkbox"/> Dheddig	
<b>Macalinka:</b>	
<b>Magaca Waalidka/Horjoogaha:</b>	
<b>Cunugaygu wuxuu qaadanayaa (qor daawooyinka):</b>	
<b>Cunugaygu wuxuu aleerjig ku qabaa:</b>	
<b>Cunugaygu wuxuu qabaa:</b>	
<input type="checkbox"/> Garaaca wadnaha oo aan caadi ahayn iyo qaliin wadnaha ah oo uu maray	<input type="checkbox"/> Suuxdin <input type="checkbox"/> Neef
<input type="checkbox"/> Dhiig kar	<input type="checkbox"/> Sonkoroow <input type="checkbox"/> Wax kale (sharaxaad ka bixi):
<input type="checkbox"/> Tixgelinta Hab dhaqanka (fadlan sharaxaad ka bixi): _____	
Telefoonka munaasibka ah ee lagaa heli karo wakhtiga dugsiga lagu jiro:	

**Saxiixa Waalidka/Daryeelaha:** \_\_\_\_\_ **Taariikhda:** \_\_\_\_\_

Waalid/horjooge ka ahaan, waxaan halkan ka ogolaanayaa bixinta iyo isdhaafsiga macluuumad, oo ay ka mid yihiin, macluumaadka caafimaad ee shakhsi, ee u dhexeeya shaqaalaha u qaabilsan dahaarida ilkaha, shaqaalaha dugsiga, shirkaddaha caymiska, dhakhtarka ilkaha ee ilmaha, Daryeelka Urruradu Iska kaashadeen, iyo/ama diiwaanka Urrurka Daryeelka Ilkaha haddii ay jiraan iyada oo ujeedada laga leeyahay tahay ogaanshaha fursadaha daaweyn ee dheeraadka ah ama wanaajinta hawlaha daryeelka caafimaadka. Haddii aad leedahay daryeel bixiyaha Medicaid, waxaa laga yaabaa in la ogeysiyo taasi oo la xiriirta adeegyada la helo. Waan helay nuqulka "Ogaysiiska Dhacdooyinka Asturan."

Waxaad heli kartaa dokumentigan oo ku qoran luqaddo kale, far waaweyn, farta dadka indhaha aan qabin wax ku akhriyaan ee braille ama qaabka aad doorbi-dayso. Kala xiriir Barnaamijka Caafimaadka Afka 971-673-0348 ama email-ka [oral.health@state.or.us](mailto:oral.health@state.or.us). Waa aqbalnaa wicitaanada gudbinta oo dhan ama waxaad wici kartaa 711. Wixii macluumaad dheeraad ah, booqo [www.healthoregon.org/schooloralhealth](http://www.healthoregon.org/schooloralhealth).





# QUÝ VỊ CÓ MUỐN CON EM MÌNH ĐƯỢC BỊT RĂNG MIỄN PHÍ KHÔNG?



## Giấy Phép

Tên của Trẻ: _____		
(Họ)	(Tên)	(Viết tắt chữ lót)
Trường của Con Tôi: _____		

### XIN ĐÁNH DẤU VÂNG HOẶC KHÔNG



**VÂNG!**

TÔI MUỐN cho con tôi được kiểm tra răng và bít răng, nếu cần.

Luật pháp của tiểu bang yêu cầu thông tin bệnh lý căn bản cho mỗi đứa trẻ nhận dịch vụ. Vui lòng điền mẫu này và ký tên ở dưới cùng.

**KHÔNG**

TÔI KHÔNG muốn cho con tôi được kiểm tra và bít răng.

**Nếu không, vui lòng đánh dấu trong phần sau đây để giúp chúng tôi cải thiện chương trình.**

- Con tôi đã được bít răng rồi.
- Con tôi đi khám răng thường xuyên.
- Nha sĩ của con tôi sẽ bít răng cho con tôi.
- Lý do khác (vui lòng nêu rõ): \_\_\_\_\_

**KÝ TÊN BÊN DƯỚI & GỬI ĐƠN LẠI TRƯỚC NGÀY:**



Ngày sinh:    /    /	Lớp:
Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	
Giáo viên:	
Tên Phụ huynh/Người giám hộ:	
Con tôi đang dùng (ghi các loại thuốc):	
Con tôi có các dị ứng sau:	
Con tôi có bệnh:	
<input type="checkbox"/> Tiếng thổi tim (heart murmur) hoặc đã được giải phẫu	<input type="checkbox"/> Động kinh
<input type="checkbox"/> Huyết áp cao	<input type="checkbox"/> Hen suyễn
<input type="checkbox"/> Vấn đề về Hành vi (vui lòng mô tả): _____	<input type="checkbox"/> Tiểu đường
	<input type="checkbox"/> Bệnh khác (mô tả): _____
Số điện thoại tốt nhất để gọi quý vị trong ngày: _____	

Phụ huynh/Người giám hộ: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Là phụ huynh/người giám hộ hợp pháp, tôi theo đây đồng ý với việc công bố và trao đổi thông tin, bao gồm bất kỳ thông tin nào về sức khỏe cá nhân, giữa các nhân viên của chương trình bít răng, nhân viên nhà trường, các hãng bảo hiểm, nha sĩ của trẻ, Tổ chức Chăm sóc Phối hợp (Coordinated Care Organization) liên quan, và/hoặc Tổ chức Chăm sóc Nha khoa (Dental Care Organization) trong hồ sơ, cho mục đích tìm kiếm thêm biện pháp điều trị hoặc cải thiện dịch vụ chăm sóc y tế. Nếu bác sĩ của quý vị có hợp đồng với Medicaid, họ có thể sẽ được thông báo về các dịch vụ quý vị đã nhận. Tôi đã nhận được bản sao của bản "Thông báo về Chính sách Quyền riêng tư."

Quý vị có thể yêu cầu tài liệu này bằng những ngôn ngữ khác, bản in chữ khổ lớn, chữ nổi hoặc một định dạng quý vị ưa thích. Liên hệ Chương trình Sức khỏe Răng Miệng (Oral Health Program) theo số 971-673-0348 hoặc gửi email đến địa chỉ [oral.health@state.or.us](mailto:oral.health@state.or.us). Chúng tôi chấp nhận tất cả các cuộc gọi chuyển tiếp hoặc quý vị có thể bấm số 711. Để biết thêm thông tin, truy cập [www.healthoregon.org/schooloralhealth](http://www.healthoregon.org/schooloralhealth).