

School-based fluoride TABLET program PARENT PERMISSION FORM



5 things every parent should know about fluoride:

1. Fluoride can prevent tooth decay (cavities).
2. The American Dental Association and the American Academy of Pediatrics recommend school fluoride programs.
3. Your child can get FREE fluoride at school through Oregon's state Oral Health Program.
4. Fluoride tablets are for children who do **NOT** drink fluoridated water and do **NOT** take fluoride tablets at home.
5. Always follow the advice of your dentist. For more information, please contact us at 971-673-0339 or visit our website at <http://public.health.oregon.gov>.

Did you know?

Cavities are almost 100 percent preventable. Keep your child smiling by brushing and flossing every day!



School Fluoride Tablet Permission Form

Child's name _____ (Please print child's name)

Teacher's name _____ Room _____ Grade _____

YES. I want my child to take part in the Daily Fluoride Tablet Program.

NO. I do not want my child to take part in the Daily Fluoride Tablet Program.

Signature of Parent or Guardian

Date

5 aspectos que todos los padres deben saber sobre el flúor:

1. El flúor previene la caries.
2. La Asociación Estadounidense de Odontología y la Asociación Estadounidense de Pediatría recomiendan programas de aplicación de flúor en las escuelas.
3. Su hijo(a) puede recibir flúor GRATIS en la escuela a través del Programa de Salud Bucal (Oral Health Program) del estado de Oregon.
4. Las tabletas de flúor son para los niños que **NO** toman agua fluorizada y que **NO** toman tabletas de flúor en la casa.
5. Siga siempre las indicaciones de su dentista. Para obtener más información, llámenos al 971-673-0339 o visite nuestro sitio web: <http://public.health.oregon.gov>.

¿Sabía usted?

La caries puede prevenirse en casi un 100%. ¡Conserve la sonrisa de su niño(a) haciendo que se cepille los dientes y que use hilo dental todos los días!



Formulario de permiso para tomar la tableta de flúor en la escuela

Nombre del menor _____ (Favor de imprimir el nombre de su hijo(a))

Nombre del maestro(a) _____ Salón _____ Grado _____

SÍ. Quiero que mi hijo/a participe en el Programa de Tabletillas de Flúor Diario.

NO. No quiero que mi hijo/a participe en el Programa de Tabletillas de Flúor Diario.

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

5 أشياء يجب على الوالدين أن يعرفوها عن الفلور:

1. بإمكان الفوريد أن يمنع تسوس الأسنان (التجاويف).
2. تنصح رابطة طب الأسنان (American Dental Association) والأكاديمية الأمريكية لأطباء الأطفال (American Academy of Pediatrics) بالقيام ببرامج مدرسية للفلور.
3. بإمكان طفلك أن يحصل على الفلور مجاناً في المدرسة بواسطة برنامج صحة الفم في ولاية أوريغون.
4. تُعطى حبوب الفلور للأطفال الذين لا يشربوا الماء المعالج بالفلور ولا يتناولوا حبوب الفلور في البيت.
5. يجب أن تتبع/ي دائماً نصيحة طبيب الأسنان الخاص بك. للمزيد من المعلومات، يُرجى الاتصال بنا هاتفياً على 971-673-0339 أو زيارة موقعنا على الإنترنت <http://public.health.oregon.gov>.



هل تعرفوا؟

إن التجاويف قابلة للتجنب 100 بالمائة تقريباً؟ حافظ/ي على ابتسامة طفلك بالتنظيف بالفرشاة والخيط كل يوم!

استمارة ترخيص حبة الفلور في المدرسة

اسم الطفل _____ (يُرجى كتابة اسم طفلك بالحروف)

اسم المعلم/ة _____ الغرفة _____ الصف _____

نعم. إني أرغب أن يشترك طفلي في البرنامج اليومي لحبوب الفلور.

لا. إني لا أرغب أن يشترك طفلي في البرنامج اليومي لحبوب الفلور.

التاريخ

توقيع الوالدة/ أو الوصي

**Qhov Khoos Kas muab NTSIAV tshuaj fluoride tom tsev kawm ntawv
NIAM TXIV DAIM NTAWV TSO LUS**

5 yam uas txhua leej niam leej txiv yuav tsum paub txog cov tshuaj fluoride

1. Fluoride pab tiv thaiv tsis pub hniav ncaig (kab noj hniav).
2. Amelikas lub Koom Haum rau cov Kws Kho Hniav thiab Amelikas lub Koom Haum rau cov Kws Kho Me Nyuam Mob yaum kom muaj cov khoos kas rau tshuaj fluoride tom tsev kawm ntawv.
3. Koj tus me nyuam txais tau cov tshuaj fluoride PUB DAWB nyob tom tsev kawm ntawv dhau ntawm lub xeev Oregon Qhov Khoos Kas Kho Hniav.
4. Cov ntsiav tshuaj fluoride yog rau cov me nyuam uas **TSIS** haus dej uas muaj fluoride thiab **TSIS** noj cov ntsiav tshuaj fluoride tom tsev.
5. Yuav tsum ua raws li koj tus kws kho hniav cov lus qhuab qhia. Yog xav paub ntxiv, thov tiv tauj rau peb nyob ntawm 971-673-0339 los sis xyuas hauv peb chaw website nyob ntawm <http://public.health.oregon.gov>.

Koj puas tau paub?

Yuav tiv thaiv tau yuav luag 100% feem pua qhov uas kab tab toj noj hniav. Pab koj tus me nyuam luag nyav thaum nws txhuam thiab dig hniav txhua txhua hnuv!



Daim Ntawv Tso Lus rau Ntsiav Tshuaj Fluoride tom Tsev Kawm Ntawv

Tus me nyuam lub npe _____ (Thov sau tus me nyuam lub npe kom meej)

Tus nais khu lub npe _____ Chav _____ Hoob kawm _____

TAU. Kuv xav kom kuv tus me nyuam yuav koom qhov Khoos Kas Noj Ntsiav Tshuaj Fluoride Txhua Hnuv.

TSIS TAU. Kuv tsis xav kom kuv tus me nyuam yuav koom qhov Khoos Kas Noj Ntsiav Tshuaj Fluoride Txhua Hnuv.

Niam Txiv los sis tus Neeg Saib Xyuas Xees Npe

Hnuv tim

모든 학부모가 불소에 대해 알아야 할 5 가지:

1. 불소는 이가 썩는 것(충치)을 예방할 수 있습니다.
2. 미국 치과 협회 (American Dental Association) 와 미국 소아과학회 (American Academy of Pediatrics) 는 교내 불소 프로그램을 권장합니다.
3. 귀 자녀는 오리건 주의 구강 건강 프로그램을 통해 학교에서 무료로 불소를 이용할 수 있습니다.
4. 불소 정제는 가정에서 불소를 섞은 물을 마시지도 **않고** 불소 정제를 복용하지도 **않는** 어린이를 위한 것입니다.
5. 항상 치과 의사의 조언을 따르십시오. 자세한 정보는 971-673-0339번으로 문의 하시거나 다음 웹 사이트를 방문하십시오: <http://public.health.oregon.gov>

알고 계셨나요?

충치는 거의 100% 예방할 수 있습니다. 매일 칫솔과 치실로 입안을 깨끗이 하여 자녀의 예쁜 미소를 지켜주세요!



교내 불소 정제 복용 허가서

자녀 이름 _____ (자녀의 이름을 정자체로 기재)

교사 이름 _____ 교실 _____ 학년 _____

- 예. 저는 일일 불소 정제 복용 프로그램에 대한 자녀의 참여를 원합니다.
- 아니요. 저는 일일 불소 정제 복용 프로그램에 대한 자녀의 참여를 원하지 않습니다.

부모 또는 보호자 서명

날짜

**Школьная программа укрепления зубов
ТАБЛЕТИРОВАННЫМ фторидом
БЛАНК СОГЛАСИЯ РОДИТЕЛЯ**

5 фактов о фториде, о которых должен знать каждый родитель:

1. Фторид может предотвратить возникновение гниения зубов (кариес).
2. Американская ассоциация стоматологов и Американская академия педиатрии рекомендует школьные программы фторирования зубов.
3. Ваш ребенок может получить **БЕСПЛАТНОЕ** лечение зубов фтором благодаря Программе охраны полости рта (Oral Health Program), проводимой властями штата Орегон.
4. Таблетированный фторид предназначен для детей, которые **НЕ** употребляют фторированную воду и **НЕ** принимают таблетированный фторид в домашних условиях.
5. Всегда следуйте советам вашего зубного врача. Чтобы получить дополнительную информацию, пожалуйста, звоните нам по тел. 971-673-0339 или посетите наш веб-сайт по адресу <http://public.health.oregon.gov>.

Знаете ли вы?

Образование кариеса можно предотвратить почти на 100%. Следите за тем, чтобы дети ежедневно чистили зубы щеткой и нитью, и они смогут смело улыбаться!



Бланк согласия на участие в школьной программе по укреплению зубов таблетированным фторидом

Имя, фамилия ребенка _____ (Пожалуйста, пишите имя и фамилию ребенка печатными буквами)

Имя, фамилия учителя _____ Кабинет _____ Класс _____

ДА. Я хочу, чтобы мой ребенок принял участие в программе ежедневного укрепления зубов таблетированным фторидом.

НЕТ. Я не хочу, чтобы мой ребенок принимал участие в программе ежедневного укрепления зубов таблетированным фторидом.

Подпись родителя или опекуна

Дата

5 waxyaalood oo waalid kastaa ay tahay inay ka ogaadaan daawada ilkaha ee fluoride:

1. Daawada ilkaha ee fluoride waxay ka hortagi kartaa suuska (daloolada ilkaha).
2. Urrurka ilkaha ee Maraykanka iyo Machadka Carruurta ee Maraykanka ayaa ku talinaya barnaamijyada daawada ilkaha ee fluoride ee dugsiga.
3. Ilmahaagu wuxuu daawada buuxinta ilkaha oo BILAASHA ka heli karaa dugsiga iyagoo kaashanaya Barnaamijka gobolka Oregon ee Barnaamijka Caafimaadka Afka.
4. Kiniiniga daawada ilkaha ee fluoride waxaa loogu talagalay carruurta **AANAN** cabin biyo lagu daray daawada fluoride isla markaana **AANAN** guriga ku qaadan kiniiniga daawada ilkaha ee fluoride.
5. Had iyo jeer raac talada dhakhtarkaaga ilkaha. Wixii macluumaad dheeraad ah, fadlan nagala soo xiriir 971-673-0339 ama booqo website-kayaga <http://public.health.oregon.gov>.

Ma ogayd?

In ilkaha daloolka yeesha boqolkiiba 100 laga hortagi karo. Ilaali qosolka ilmahaaga adigoo u rumayaya (cadayaya) una maalin kastana u fandhicilinaya!



Foomka Oggolaanshaha Dugsiga ee Kiniiniga Fluoride

Magaca ilmaha _____ (Fadlan si cad u qor magaca ilmaha)

Magaca macallinka _____ Qolka _____ Fasalka _____

- HAA.** Waan rabaa in ilmahaygu ka qayb qaato Barnaamijka Maalin Kasta ee Kiniiniga Fluoride.
- MAYA.** Ma rabo in ilmahaygu ka qayb qaato Barnaamijka Maalin Kasta ee Kiniiniga Fluoride.

Saxiixa Waalidka ama Mas'uulka

Taariikhda

对于氟化物，每位父母都应知道的五个小知识：

1. 氟化物有助于防止牙齿蛀蚀（龋齿）。
2. 美国牙医协会以及美国儿科学会推荐学校氟化物计划。
3. 您的孩子可通过俄勒冈的州口腔健康计划在学校内获得**免费**的氟化物。
4. 氟片适合在家**不**饮用氟化水以及**不**服用氟片的孩子。
5. 请遵循牙医的建议。如需获取更多信息，请拨打 971-673-0339 联系我们或访问我们的网站 <http://public.health.oregon.gov>。

您知道吗？

蛀牙近乎 100% 是可以预防的。
每天刷牙并使用牙线，让孩子拥有完美笑容！



学校氟片准许表格。

孩子的姓名 _____ （请以印刷体书写孩子的姓名）

教师的姓名 _____ 教室 _____ 年级 _____

是。我允许我的孩子参加每日氟片计划。

否。我不允许我的孩子参加每日氟片计划。

家长或监护人签名

日期

Chương trình THUỐC VIÊN chứa flourea tại trường GIẤY PHÉP TỪ PHÍA PHỤ HUYNH

5 điều mọi phụ huynh nên biết về chất florua:

1. Florua có thể ngăn ngừa tình trạng mòn răng (sâu răng).
2. Hiệp hội Nha khoa Hoa Kỳ (American Dental Association) và Học viện Nhi khoa Hoa Kỳ (American Academy of Pediatrics) khuyến nghị triển khai các chương trình florua tại trường.
3. Con của quý vị có thể được cung cấp chất florua MIỄN PHÍ tại trường thông qua Chương trình Sức khỏe Răng Miệng (Oral Health Program) của tiểu bang Oregon.
4. Thuốc viên chứa flourea dành cho những trẻ em **KHÔNG** uống được nước có pha florua và **KHÔNG** dùng thuốc viên chứa florua ở nhà.
5. Luôn luôn làm theo lời khuyên từ nha sĩ của quý vị. Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với chúng tôi theo số 971-673-0339 hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại <http://public.health.oregon.gov>.

Quý vị có biết?

Tình trạng sâu răng có thể ngăn ngừa được 100 phần trăm. Hãy giữ cho con quý vị luôn tươi cười bằng cách cho bé đánh răng và chà kẽ răng mỗi ngày!



Giấy phép cho Chương trình Thuốc viên Fluora tại Trường

Tên trẻ _____ (Vui lòng viết hoa tên của trẻ)

Tên giáo viên _____ Phòng học _____ Lớp _____

VÃNG. Tôi muốn cho con tôi tham gia vào Chương trình Thuốc viên chứa Flourea Hằng ngày (Daily Fluoride Tablet Program).

KHÔNG. Tôi không muốn cho con tôi tham gia vào Chương trình Thuốc viên chứa Flourea Hằng ngày.

Chữ ký của Phụ huynh hoặc Người giám hộ

Ngày