



Protecting All Smiles Vệ Sinh Răng Miệng Y Tế Công Cộng

Biểu Đồng Thuận của Phụ Huynh/Người Giám Hộ: (Vui lòng viết chữ in thật rõ ràng và điền thông tin vào TOÀN BỘ biểu mẫu)

Gửi lại cho giáo viên của con quý vị vào ngày mai. **MỘT BIỂU CHO MỖI TRẺ.**

Có các biểu mẫu khác trên trang mạng của chúng tôi: **protectingallsmiles.com**

Tất cả thông tin đều được bảo mật.

Ngày: _____

Tên của Trẻ: _____ Tên biệt danh của trẻ, nếu có: _____
Tên Chữ cái đầu của tên đệm Họ

Địa Chỉ: _____
Phố/Cán hộ# Thành phố Tiểu bang Mã Zip

Điện Thoại Nhà: _____ Di động của người giám hộ: _____ Tên/Số Liên Hệ Khi Khẩn Cấp: _____

Địa chỉ email: _____

Ngày sinh: ____/____/____ Tuổi: _____ ☐ Nam ☐ Nữ Trẻ học lớp _____ Phòng của trẻ #: _____

CHỦNG TỘC/DÂN TỘC (Chỉ cho các mục đích thống kê)

☐ Gốc Tây Ban Nha/La-tinh ☐ Người Mỹ da đen/gốc Phi ☐ Người gốc Alaska/Mỹ bản địa ☐ Gốc Á ☐ Thổ dân Hawai hoặc đảo Thái Bình Dương khác ☐ Da trắng/Gốc Âu ☐ Khác

Trẻ nói ngôn ngữ nào khi ở nhà? _____

LỊCH SỬ Y TẾ: Mặc dù nhân viên nha khoa chủ yếu điều trị khu vực bên trong và quanh miệng, miệng vẫn là một phần của toàn bộ cơ thể. Các vấn đề sức khỏe hoặc loại thuốc có thể được dùng có thể quan hệ chặt chẽ với dịch vụ nha khoa mà con quý vị sẽ được nhận. Cảm ơn quý vị trả lời các câu hỏi sau đây.

- Con quý vị có đang dùng thuốc bất kỳ? ☐ CÓ / ☐ KHÔNG
- Nếu có, hãy liệt kê các loại thuốc bất kỳ: _____
- Vui lòng liệt kê các dị ứng bất kỳ: _____
- Con quý vị hiện đang được một bác sĩ điều trị mà không phải khám sức khỏe? ☐ CÓ / ☐ KHÔNG
- Con quý vị có mắc bất kỳ bệnh nào dưới đây: Nếu có, vui lòng khoanh tròn bệnh đó

Hen suyễn	ADD (Chứng giảm chú ý) / ADHD (Rối loạn tăng động giảm chú ý)	Tự kỷ	Ung thư	Hội chứng Down	Động kinh	Bệnh về chảy máu	Bệnh tim
☐ Van tim	☐ Viêm gan	☐ Dị ứng nhựa latex	☐ Sốt thấp khớp	☐ Lao phổi	☐ Tiểu đường	☐ Co giật	☐ Khác, xin hãy liệt kê

LỊCH SỬ NHA KHOA:

- Quý vị có từng được bảo rằng con quý vị cần dùng thuốc kháng sinh trước khi thực hiện điều trị nha khoa bất kỳ không? ☐ CÓ / ☐ KHÔNG
- Đã bao lâu rồi kể từ lần gần đây nhất con quý vị có thăm khám với một nha sĩ/chuyên viên vệ sinh? Xin đánh dấu một lựa chọn.
☐ Từ 6 tháng trở xuống ☐ Hơn 6 tháng, nhưng chưa đến 1 năm
☐ Hơn một năm trước, nhưng chưa đến 3 năm trước ☐ Hơn 3 năm trước
☐ Chưa bao giờ đến nha sĩ/chuyên viên vệ sinh ☐ Không biết/không nhớ nữa
- Tên của phòng nha mà lần trước trẻ thăm khám: _____
- Trong 6 tháng vừa qua, con quý vị có bị đau răng nhiều hơn một lần trong khi con đang nhai hoặc cắn không? ☐ CÓ / ☐ KHÔNG
- Quý vị có muốn được trợ giúp tìm một phòng khám nha cổ định không? ☐ CÓ / ☐ KHÔNG
- Quý vị có LO NGẠI hoặc thắc mắc gì liên quan đến răng của con mình? _____

*Vui lòng đánh dấu vào loại bảo hiểm mà quý vị có VÀ ghi Mã Số Thành Viên _____

☐ MassHealth



☐ Bảo hiểm tư nhân (tên)

☐ Không có bảo hiểm nha khoa

Tôi cho phép con tôi được nhận dịch vụ chăm sóc nha khoa phòng ngừa lâm sàng. Tôi hiểu rằng đồng thuận này sẽ có hiệu lực trong vòng hai năm. Nếu thực hiện trám răng, các vị trí trám sẽ được kiểm tra lại và thay thế vào lần thăm khám tiếp theo nếu cần. Phụ huynh/người giám hộ có trách nhiệm thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ nha khoa này nếu có bất kỳ thay đổi nào liên quan đến thông tin y tế của con họ. Tôi hiểu rằng một bản sao về lịch sử và kết luận nha khoa của con tôi sẽ được cung cấp cho đối tác cộng đồng của chúng tôi, và rằng tất cả thông tin về con tôi sẽ được bảo mật. Nếu tôi có bảo hiểm nha khoa, tôi cho phép công ty bảo hiểm của tôi được nhận hóa đơn cho bất kỳ dịch vụ nào được cung cấp. Protecting All Smiles, LLC. sẽ thực hiện mọi nỗ lực để KHÔNG can thiệp lên lịch hẹn nha khoa thường lệ của quý vị. Tôi đã được giao một bản sao của Protecting All Smiles, LLC. Thông báo về Thực hành quyền riêng tư. Tôi đã đọc và hiểu về chương trình nha khoa này, và tôi đồng ý để con tôi tham gia. Tôi cho phép chương trình nha khoa này được chuyển tiếp và giới thiệu bất kỳ cho nha sĩ của con tôi lưu hồ sơ nếu áp dụng. Protecting All Smiles, LLC. không xuất hóa đơn trực tiếp cho gia đình cho dịch vụ phòng ngừa mà chúng tôi cung cấp. **Tôi hiểu rằng các dịch vụ này đều được Chuyên Viên Vệ Sinh Nha Khoa Y Tế Công Cộng cung cấp, và hoạt động khám sàng lọc này không thay thế cho việc khám nha với một nha sĩ. Khuyến nghị đến khám nha với một nha sĩ hàng năm.**

X _____
Tên viết bằng chữ in của phụ huynh/người giám hộ

Chữ ký của phụ huynh/người giám hộ