



Protecting All Smiles

สาธารณสุขด้านทันตกรรม

แบบฟอร์มยินยอมของผู้ปกครอง/ผู้ปกครอง: (กรุณากรอกให้ชัดเจนและกรอกแบบฟอร์มทั้งหมด)

กรุณาคืนแบบฟอร์มให้ครูของคุณในวันพรุ่งนี้ หนึ่งฟอร์มต่อเด็กหนึ่งคน

หากต้องการแบบฟอร์มเพิ่มเติมกรุณาไปเว็บไซต์ของเรา: **protectinggallsmiles.com**

ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ

วันที่: _____

ชื่อเด็กนักเรียน: _____ ชื่อเล่นของเด็ก ถ้ามี: _____

ชื่อ

ชื่อกลาง

นามสกุล

ที่อยู่: _____

ถนนเลขที่

เมือง

รัฐ

รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์บ้าน: _____ โทรศัพท์มือถือของผู้ปกครอง: _____ ชื่อผู้ติดต่อกรณีฉุกเฉินหมายเลขโทรศัพท์: _____

อีเมล: _____

วันเดือนปีเกิด: ____ / ____ / ____ อายุ: ____ ☐ ชาย ☐ หญิง ระดับชั้นเรียนของนักเรียน ____ ห้องเรียนของนักเรียน #: _____

☐ เชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ (ด้วยเหตุผลทางสถิติเท่านั้น)

☐ ฮิสแปนิก/ละติน ☐ คนผิวดำ/แอฟริกันอเมริกัน ☐ คนพื้นเมืองชาวอเมริกัน/ชาวอะแลสกา ☐ ชาวเอเชีย ☐ ชาวฮาวายพื้นเมืองหรือชาวเกาะแปซิฟิกอื่นๆ ☐ คนผิวขาว ☐ อื่นๆ

เด็กพูดภาษาอะไรที่บ้าน? _____

ประวัติทางการแพทย์: แม้ว่าบุคลากรด้านทันตกรรมจะรักษาฟันในและรอบๆ ปากเป็นหลัก แต่ปากก็เป็นส่วนหนึ่งของร่างกายทั้งหมด ปัญหาสุขภาพหรือยาที่อาจรับประทานอาจมีความสัมพันธ์ที่สำคัญกับการบริการทันตกรรมที่บุตรหลานของคุณจะได้รับ ขอขอบคุณสำหรับการตอบคำถามต่อไป

1. ลูกของคุณทานยาอยู่หรือไม่? **ใช่ / ไม่ใช่**
2. หากใช่ โปรดระบุรายการยา: _____
3. กรุณาระบุอาการแพ้ใดๆ: _____
4. ปัจจุบันลูกของคุณอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ นอกเหนือจากการตรวจสุขภาพหรือไม่? **ใช่ / ไม่ใช่**
5. สุขภาพลูกของคุณตรงกับเงื่อนไขใด ๆ ต่อไปนี้หรือไม่ หากใช่ โปรดวงกลมเงื่อนไขนั้น

โรคหอบหืด	สมาธิสั้น(ADD) / ไฮเปอร์ (ADHD)	ออทิสติก	มะเร็ง	ดาวนซินโดรม	โรคลมบ้าหมู	ปัญหาเลือดออก	ปัญหาด้านหัวใจ
เสียงผิดปกติของหัวใจ	โรคตับอักเสบ	แพ้ยาง	ไข้รูมาติก	วัณโรค	โรคเบาหวาน	อาการชัก	อื่นๆ โปรดระบุ

ประวัติทันตกรรม:

6. คุณเคยได้รับแจ้งว่าบุตรหลานของคุณจำเป็นต้องรับประทานยาปฏิชีวนะก่อนการรักษาทางทันตกรรมหรือไม่? **ใช่ / ไม่ใช่**

7. นานแค่ไหนแล้วที่บุตรหลานของคุณไปพบทันตแพทย์/นักทันตภิบาลครั้งสุดท้าย? โปรดตรวจสอบหนึ่งรายการ

- ☐ 6 เดือนหรือน้อยกว่า ☐ มากกว่า 6 เดือน แต่ไม่เกิน 1 ปีที่ผ่านมา
- ☐ มากกว่า 1 ปีที่แล้ว แต่ไม่เกิน 3 ปีที่แล้ว ☐ มากกว่า 3 ปีที่แล้ว
- ☐ ไม่เคยไปหาหมอฟัน/นักทันตภิบาล ☐ ไม่รู้ / จำไม่ได้

ชื่อสำนักงานทันตกรรมที่เคยมีประสบการณ์ด้านทันตกรรมมาก่อน: _____

8. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ลูกของคุณมีอาการปวดฟันมากกว่าหนึ่งครั้งขณะกัดหรือเคี้ยวอาหารหรือไม่? **ใช่ / ไม่ใช่**

9. คุณต้องการความช่วยเหลือในการหาสถานที่ทันตกรรมถาวรหรือไม่? **ใช่ / ไม่ใช่**

10. คุณมีข้อกังวลหรือคำถามอะไรบ้างเกี่ยวกับฟันของลูกคุณ? _____

*โปรดตรวจสอบประเภทประกันของคุณและเขียนหมายเลขสมาชิก# _____

☐ MassHealth



☐ ประกันภัยเอกชน (ชื่อ) _____

☐ ไม่มีประกันทันตกรรม

ฉันอนุญาตให้บุคลากรของฉันรับบริการทันตกรรมเชิงป้องกันทางคลินิก ฉันเข้าใจว่าความยินยอมนี้จะมีผลใช้บังคับเป็นเวลาสองปี หากมีการใส่วัสดุอุดหลุมร่องฟัน จะถูกตรวจสอบอีกครั้งและเปลี่ยนใหม่ในการนัดตรวจครั้งต่อไปหากจำเป็น เป็นความรับผิดชอบของพ่อแม่/ผู้ปกครองที่จะต้องแจ้งให้ผู้ให้บริการทันตกรรมทราบถึงการเปลี่ยนแปลงข้อมูลทางการแพทย์ของบุตรหลาน ฉันเข้าใจว่าจะมีการมอบสำเนาประวัติทันตกรรมของลูกค้าของฉันและผลการวิจัยให้กับพันธมิตรในเครือข่ายของเรา และข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับลูกของฉันจะถูกเก็บเป็นความลับ หากฉันมีประกันทันตกรรม ฉันอนุญาตให้ผู้ให้บริการประกันภัยเรียกเก็บเงินค่าบริการใดๆ ที่ให้ไว้ได้ Protecting All Smiles, LLC. จะพยายามทุกวิถีทางที่จะไม่รบกวนการนัดหมายทางทันตกรรมตามปกติของคุณ ฉันได้รับสำเนาของ Protecting All Smiles, LLC ประกาศเกี่ยวกับหลักปฏิบัติด้านความเป็นส่วนตัว ฉันได้อ่านและทำความเข้าใจโปรแกรมทันตกรรมแล้ว และยินยอมให้บุคลากรเข้าร่วม ฉันอนุญาตให้โปรแกรมทันตกรรมส่งต่อการอ้างอิงใดๆ ไปยังทันตแพทย์ของบุตรหลานของฉันตามที่บันทึกไว้ หากมี Protecting All Smiles, LLC. ไม่เรียกเก็บเงินจากครอบครัวโดยตรงสำหรับบริการป้องกันที่เรามอบให้ **ฉันเข้าใจว่าบริการเหล่านี้จัดทำโดยนักทันตภิบาลด้านสาธารณสุข และการคัดกรองไม่สามารถทดแทนการตรวจสุขภาพฟันของทันตแพทย์ได้ และแนะนำให้ทันตแพทย์ตรวจฟันเป็นประจำทุกปี**

X _____

ชื่อตัวบรรจงของบิดามารดา/ผู้ปกครอง

ลายเซ็นของบิดามารดา/ผู้ปกครอง