Clean and Seal Dental Program Ưng Thuận cho Chương Trình

Xin điền vào (bằng bút mực) và đưa lại cho giáo viên của con quý vị vào ngày mai

Tên Trẻ: _____ Ngày sinh: ___/___/_____ ☐ Nam ☐ Nữ

Trường _____ Lớp _____ Phòng / Giáo Viên _____

☐ CÓ, Tôi cho phép con tôi được tham gia vào chương trình.

☐ KHÔNG, Tôi KHÔNG cho phép con tôi tham gia vào chương trình.

Con của quý vị có bị dị ứng gì hay không? Nếu có, xin đánh dấu tất cả những câu thích hợp: ☐ CÓ ☐ KHÔNG

☐Nhựa thôn ☐Nhựa Latex ☐Hạt Ngũ Cốc ☐Nhựa cây ☐Thức ăn ☐Mùi Vị Nhân Tạo ☐Màu Đỏ ☐Khác:____

Chi Tiết Tổng Quát:

Đứa trẻ nói thông thạo tiếng gì? _____ Ở nhà *cha mẹ* thường nói tiếng gì? _____

Chủng tộc của *con quý vị* là gì?

☐Mỹ Da Đỏ/Thổ Dân Alaska ☐ Á Châu ☐Da Đen/Mỹ Gốc Phi ☐Tây Ban Nha/La Tinh ☐Da trắng ☐Chủng tộc khác

Chi Tiết Về Sức Khỏe: ***Nếu cần thêm chỗ để viết, xin dùng thêm giấy khác.*

Con quý vị có đến bác sĩ khám thường xuyên hay không? ☐CÓ ☐ KHÔNG

Con quý vị có đến nha sĩ khám thường xuyên hay không? ☐CÓ ☐ KHÔNG

Nếu có, xin cho biết tên nha sĩ _____ Ngày Đến Nha Sĩ Mới Đây: _____

Hiện tại con quý vị có đang uống thuốc gì hay không? ☐CÓ ☐ KHÔNG

Nếu có, xin cho biết tên thuốc. _____

Con quý vị có cần uống thuốc trụ sinh (penicillin) trước khi chữa răng hay không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG

Con quý vị CÓ BAO GIỜ bị bệnh hoặc những triệu chứng bệnh sau đây hay không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG

Nếu có, *xin đánh dấu tất cả những câu thích hợp.*

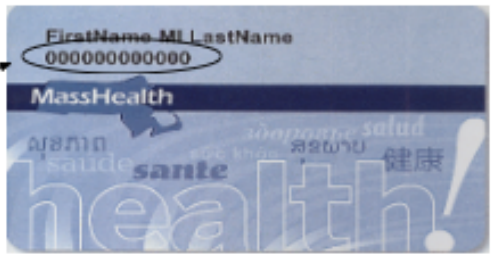
☐ ADD/ADHD ☐Tiểu Đường ☐Động kinh/Co giật ☐Bệnh Hen ☐ Bệnh Tim/Tiếng Kêu Trong Van Tim

☐ Khác: _____

Con của quý vị có bảo hiểm răng không? Nếu có, xin điền vào bên dưới

Mass Health RID Number

_____



Tôi hiểu rằng Clean and Seal Dental Program có thể sử dụng hồ sơ y tế của con tôi để điều trị, trả tiền và cho các hoạt động chăm sóc sức khỏe. Tôi đã nhận được bản sao Thông Báo Về Việc Giữ Kín Hồ Sơ của Clean and Seal Dental Program. Tôi đã đọc và hiểu chương trình nha khoa và các dịch vụ và tôi chấp thuận cho con tôi được tham gia vào chương trình này. Tôi hiểu rằng những dịch vụ kể cả trở lại tái khám trong vòng 1 năm kể từ ngày khám lần đầu có thể được thực hiện trừ khi tôi rút lại sự ưng thuận cho con tôi được tham gia. Tôi cho phép Clean and Seal Dental Program được cung cấp bản tóm tắt các dịch vụ chăm sóc cho con tôi và cho nhân viên do nhà trường của con tôi chỉ định. Clean and Seal Dental Program có thể tiết lộ thông tin nha khoa cần thiết và thông tin y tế cá nhân cho nha sỹ của con tôi như ghi trong hồ sơ, và nếu không được liệt kê thì là tiết lộ tới những nha sỹ cộng đồng có thể liên hệ trực tiếp với tôi nếu con tôi được chuyển đến để điều trị them. Nếu tôi có bảo hiểm nha khoa, tôi xác nhận là những dịch vụ này có thể ảnh hưởng đến quyền hạn và quyền lợi bảo hiểm của tôi trong tương lai, và tôi cho phép gởi hóa đơn đến hãng bảo hiểm của tôi cho những dịch vụ được cung cấp.

X_____ Ngày: _____/_____/_____ Quan hệ với trẻ: _____

Phụ Huynh/Người Giám Hộ Ký Tên

_____ Viết Tên

_____ Số Điện Thoại Ban Ngày

_____ Số Điện Thoại Di Động