

Trường: \_\_\_\_\_

Tên Giáo Viên: \_\_\_\_\_

Khối Lớp: \_\_\_\_\_

## Mẫu Cho Phép của Phụ Huynh về Chương Trình Trám Răng Tại Trường

QUÝ VỊ CÓ CÂU HỎI? Xin gọi cho Phó Trí Viên Nha Khoa của CHC:253-210-5294

Community Health Care (CHC) là một nhà cung cấp dịch vụ nha khoa phi lợi nhuận được Tacoma-Pierce County Health Department lựa chọn để cung cấp dịch vụ nha khoa dự phòng tiện lợi tại trường học. Với sự cho phép của quý vị, một Nha Sĩ đã đăng ký sẽ khám sàng lọc cho con em quý vị, hướng dẫn trẻ vệ sinh răng miệng, hướng dẫn chải răng đúng cách và trám răng cũng như bôi fluor. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về kết quả khám và giúp giới thiệu con em quý vị tới nha sĩ, nếu cần. Nếu lịch trình cho phép, cũng trong năm học này, chúng tôi sẽ quay lại để đảm bảo vật liệu trám răng vẫn còn nguyên và thực hiện một lượt bôi fluor khác nếu thích hợp. Dịch vụ này sẽ không xung đột với kỳ khám sức khỏe định kỳ 6 tháng một lần của con em quý vị với nha sĩ gia đình.

Tên Họ của Học Sinh Tên Chữ Đầu Tên Đệm Họ (nếu trẻ dùng 2 họ, vui lòng điền cả hai) Ngày Sinh của Học Sinh

Phụ Huynh/Người Giám Hộ Tên Chữ Đầu Tên Đệml Họ Ngày Sinh của Phụ Huynh Điện Thoại Cố Định/Di Động

Địa Chỉ Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Bưu Chính

Tên Nha Sĩ của Trẻ - Nếu có Ngày Thăm Khám Gần Nhất

Giới tính của con em quý vị là gì?  Nam  Nữ

Sắc tộc của con em quý vị là gì?  Gốc Tây Ban Nha  Không Phải Gốc Tây Ban Nha

Chủng tộc của con em quý vị là gì?  Người Châu Á/Người Đảo Thái Bình Dương  Người Da Đen/Người Mỹ Gốc Phi  
 Người Chủng Tộc Âu  Người Mỹ Bản Địa  Đa Chủng Tộc  Khác  Không Muốn Tiết Lộ

**Bệnh Sử** Vui lòng đánh dấu mọi bệnh trạng hiện tại hoặc trước đây của con em quý vị:

Hiện không có vấn đề sức khỏe nào đáng lo ngại  Hen Suyễn  Dị Ứng Latex  Loại Dị Ứng Khác \_\_\_\_\_  
 Động Kinh/Co Giật  Tiểu Đường  Vấn Đề Tim Mạch  Vấn đề sức khỏe khác? \_\_\_\_\_

**Vui lòng đánh dấu chọn một trong các lựa chọn và điền đầy đủ thông tin:** **CHC sẽ lập hóa đơn cho hãng bảo hiểm, không lập cho quý vị.**

**Washington Apple Health/Medicaid:** Vui lòng cung cấp dãy 9 chữ số trên Thẻ Dịch Vụ Tiểu Bang Washington/Provider One của trẻ.  
Số ID \_\_\_\_\_ WA

**Bảo Hiểm Tư Nhân:** Tên Hãng Bảo Hiểm \_\_\_\_\_

Chủ Hợp Đồng Bảo Hiểm: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Số ID Chủ Hợp Đồng Bảo Hiểm: \_\_\_\_\_ Mã Nhóm hoặc Hợp Đồng Bảo Hiểm: \_\_\_\_\_

Địa Chỉ Hãng Bảo Hiểm: \_\_\_\_\_ Số Điện Thoại Hãng Bảo Hiểm: \_\_\_\_\_

**Không có bảo hiểm:** Con em tôi hiện không được bao trả theo loại bảo hiểm nha khoa nào, tôi cho phép con em tôi tham gia thông qua các dịch vụ được hỗ trợ chi phí mà chương trình của quý vị cung cấp. Ngoài ra, hãy gửi cho tôi thông tin về chương trình Apple Health/Medicaid của Tiểu Bang Washington. **Tất cả các trẻ đều được phục vụ, bất kể khả năng chi trả!**

**CON EM TÔI ĐƯỢC PHÉP NHẬN DỊCH VỤ ĐÁNH GIÁ SỨC KHỎE RĂNG MIỆNG, BÔI FLUOR VÀ/HOẶC TRÁM RĂNG TRONG NIÊN KHÓA NÀY.** "Tôi cho phép Bethel School District được giao con em tôi cho nhân viên của Community Health Care trong (các) ngày đi học nêu trên, để thực hiện bất kỳ dịch vụ nha khoa nào được chỉ ra tại đây, cũng như cho phép khu học chánh của con em tôi được chuyển mẫu chấp thuận này cho Tacoma-Pierce County Health Department và Community Health Care."

Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ (Bắt buộc) Ngày

Community Health Care tuân thủ tất cả các tiêu chuẩn của Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Khả Năng Cung Cấp Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Portability and Accountability Act 1996, HIPAA). Chúng tôi cam kết bảo vệ quyền riêng tư đối với thông tin sức khỏe của con em quý vị. HIPAA yêu cầu bảo mật mọi hồ sơ chăm sóc sức khỏe. Bằng việc ký tên ở trên, chúng tôi được quý vị cho phép trao đổi với nhân viên y tế của khu học chánh của con em quý vị về nhu cầu nha khoa cũng như thông tin chăm sóc sức khỏe của con em quý vị.

FOR OFFICE USE ONLY

Chữ Ký của Nha Sĩ \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_