

# 學校牙齒保健計劃！

在這日期前交回：\_\_\_\_\_ 學校：\_\_\_\_\_

兒童姓名：\_\_\_\_\_

老師姓名：\_\_\_\_\_ 課室#：\_\_\_\_\_ 年級：\_\_\_\_\_



## 這項牙齒護理須知：

這項牙齒保健計劃是由屋崙聯合校區及亞拉米達縣牙齒健康部資助。

- 所有符合資格的學生，不論其保險或合法身份，都免費獲取牙齒服務。我們能夠發出帳單給 Medi-Cal 或免費提供同樣服務給沒有保險的學生。
- 所有牙齒服務是由執照牙醫在學校提供服務，貴子女將不會錯過任何上課天的時間。
- 你能夠選擇甚麼牙齒服務你希望貴子女得到的：牙齒檢查、保健服務、和一些牙齒治療服務，在一些情況，學生亦可以轉介到牙醫診所。

## 怎樣為貴子女獲取這項牙齒保健服務：

要給予你的準許，請填妥這份同意表格及盡早把它交回，有關私隱、政策、及程序的資料可以在校務處和/或診所索取。

我子女將不會參與這項牙齒保健計劃

## 1. 首先，告訴我們關於你的資料（家長/監護人）

你的名字：\_\_\_\_\_ 姓氏：\_\_\_\_\_

你是： 母親  父親  其他：\_\_\_\_\_

你的電話號碼：( ) \_\_\_\_\_ 行動電話：( ) \_\_\_\_\_

你的出生日期： 月：\_\_\_\_\_ 日：\_\_\_\_\_ 年\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_ 柏文# \_\_\_\_\_

城市：\_\_\_\_\_ 郵區：\_\_\_\_\_

在家說的語言：\_\_\_\_\_

## 2. 現在，告訴我們有關將接受牙齒保健的子女資料

(你必須為每位接受牙齒保健的兒童填寫一份表格)

貴子女名字：\_\_\_\_\_ 姓氏 \_\_\_\_\_

貴子女性別：\_\_\_\_\_

貴子女出生日期： 月：\_\_\_\_\_ 日：\_\_\_\_\_ 年：\_\_\_\_\_

貴子女是： 西班牙裔/拉丁裔  美國非洲裔  白人  
 印地安人  太平洋島民  亞裔  
 混血兒  其他：\_\_\_\_\_  (謝絕回答)

## 3. 保險資料

貴子女有那類保險？

現時沒有保險

Medi-Cal → 請提供醫療卡上的

Medi-Cal 號碼#：\_\_\_\_\_

HealthPAC

其他公共保險

私家保險



## 4. 這位子女是否有牙醫？

有 → 牙醫姓名或診所名稱 \_\_\_\_\_

沒有

貴子女上次見牙醫是甚麼時候？

六個月之內  六個月至一年

超過一年  從來沒有見過牙醫

## 5. 現時這位子女是否服用任何藥物？

這包括處方藥物和其他無須醫生處方的藥物。

沒有藥物

是的 → 請寫下每種藥物名稱及告訴我們藥物用途：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

請填妥這表格前後兩頁



## 6. 貴子女是否有任何下列的醫療狀況？

若有，請選出那種。

沒有任何醫療狀況

哮喘

注意力缺乏症或  
注意力缺乏過動症

急性關節風濕病

糖尿病

癲癇或羊癇

腎臟問題

肺部問題

情緒失調

鐮刀型紅血球症

肺結核(TB)

肝炎或其他

血友病(一種出血

心臟問題

肝臟問題

失調病)

其他疾病：\_\_\_\_\_

## 7. 貴子女是否有任何過敏？

沒有得知的過敏

對盤尼西林有過敏

對花生有過敏

對膠乳有過敏

其他過敏或對某些藥物有過敏\_\_\_\_\_

過敏反應：\_\_\_\_\_

## 8. 將會提供的服務: 預防服務

我們必須做規定牙齒檢查去看看貴子女的牙齒護理需要。牙齒 X 光一般是牙齒檢查需要的一部分，和幫助找出蛀牙的地方。

你是否準許我們提供貴子女下列服務？

牙齒檢查

是  否

貴子女的口腔牙齒 X 光

是  否

你是否準許貴子女接受牙齒預防護理，他或她是否需要下列任何的治療服務？

這可能包括：

- 牙齒清潔
- 氟素治療去幫助預防蛀牙
- 牙齒密封去幫助預防蛀牙
- 擦牙提示及怎樣保健牙齒

是，我是希望我子女接受他或她需要的任何服務。

否，我不希望我子女接受任何牙齒預防護理服務。

## 9. 將會提供的服務: 治療服務

若檢查顯示貴子女需要牙齒治療，我們將會告訴你。若需要，你是否授權準許下列的蛀牙或其他牙齒問題的治療？

補牙，使用前牙磁粉補牙(有顏色的補牙材料)

是  否

補牙，使用銀粉補牙(銀色金屬似的材料)

是  否

拔乳齒

是  否

## 10. 當貴子女在校接受牙齒護理的時候，你是否希望在場？

不，我沒有計劃在約見時間前來，我在場與否我子女是沒有問題接受牙齒治療的。

是，若可能我希望能夠在場，但若我不能在約見時間在場也可以的。

是，我不希望我子女接受牙齒治療，除非我是在場。

## 11. 請閱讀及在下面簽署，在下面簽署，你是同而下列：

- 我準許診所(亞健社、La Clínica de La Raza、Lifelong Medical Care 或 Native American Health Center) 提供我子女牙齒檢查及我所標明“是”的牙齒服務。
- 我準許診所進行治療後的六個月至一年的第二次檢查，去檢查我治安的牙齒密封固定程度和口腔健康，若需要。
- 我準許診所分享需要的資料給計劃發出帳單的 Medi-Cal，我亦準許診所與我子女的學校及屋崙聯合校區和亞拉米達縣牙齒健康局分享資料。
- 我明白將會提供的服務是免費給予那些沒有任何醫療保險的人士的。
- 我明白診所將會按照其政策去保護病人資料的私隱和將會給我一份這方面的政策。
- 我明白這表格所收集的資料將會輸入診所中的實務管理系統內。

在這裏簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

把這表格在截止日期前交回校務處或老師。

服務提供者(機構)：

電話：

地址：

你是否已經填妥這表格兩面？

