

Chăm sóc răng ở trường!

Trả lại trước ngày: _____ Trường: _____
Tên đứa trẻ: _____
Tên giáo viên: _____ Phòng #: _____ Lớp: _____



OAKLAND UNIFIED
SCHOOL DISTRICT
Community Schools, Thriving Students



NATIVE AMERICAN
HEALTH CENTER
Serving the community since 1972



LifeLong
Medical
Care
Health Services for All Ages



Vài điều về Chương trình này:

Chương trình chăm sóc răng này do OUSD và Alameda County Office of Dental Health hỗ trợ.

- **Tất cả học sinh đều hợp lệ để được chăm sóc răng miễn phí bất kể bảo hiểm hay tình trạng cư trú.** Chúng tôi có thể tính tiền Medi-Cal hay cung cấp cùng một dịch vụ miễn phí cho học sinh không có bảo hiểm.
- Tất cả mọi chăm sóc răng đều do nha sĩ có giấy phép thực hiện ở trường. Con bạn sẽ không bị bỏ học ngày nào.
- Quý vị có thể chọn loại chăm sóc răng nào mà quý vị muốn cho con mình: khám răng, phòng ngừa răng và một số chữa trị răng làm được ở trường. Trong vài trường hợp, học sinh có thể được gửi tới bệnh viện về răng.

Làm sao con bạn nhận được sự chăm sóc răng này:

Để cho phép, xin điền vào Mẫu giấy đồng ý này và trả lại cho trường sớm chừng nào hay chừng ấy. Thông tin về những lễ lối riêng tư, chính sách và thủ tục thì có sẵn ở văn phòng trường và/hay ở bệnh viện.

- Con tôi sẽ **KHÔNG** tham gia chương trình răng này.

1. Trước hết, hãy cho chúng tôi biết về quý vị (phụ huynh/giám hộ)

Tên riêng của quý vị: _____ Họ: _____

Quý vị có phải là Mẹ Cha Ai khác: _____

Số điện thoại: () _____ ĐT di động: () _____

Ngày sinh của quý vị: tháng: _____ ngày: _____ năm _____

Địa chỉ _____ Căn hộ # _____

Thành phố: _____ Zip: _____

Ngôn ngữ nói ở nhà: _____

2. Bây giờ cho chúng tôi biết về đứa trẻ muốn được chăm sóc răng

(Bạn phải điền một mẫu cho mỗi đứa trẻ muốn chăm sóc răng)

Tên riêng đứa trẻ: _____ Họ: _____

Giới tính đứa trẻ: _____

Ngày sinh đứa trẻ: tháng: _____ ngày: _____ năm: _____

- Trẻ này là: Hispanic/Latino Mỹ gốc Phi châu Da trắng
 Da đỏ Mỹ Đảo Thái Bình. Dương Á châu
 Đa chủng tộc Gì khác: _____ (Không trả lời)

3. Thông tin về Bảo hiểm

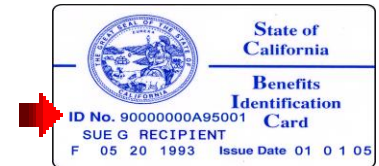
Con bạn có loại bảo hiểm nào?

- Không có bảo hiểm thời gian này**

- Medi-Cal** → xin cung cấp Medi-Cal ID #

ở trên thẻ: _____

- HealthPAC** **Bảo hiểm công khác** **Bảo hiểm tư**



4. Trẻ này có bảo hiểm răng không?

- Có** → Tên nha sĩ hay bệnh viện _____
 Không

Lần cuối cùng đứa trẻ này đi nha sĩ là khi nào?

- Cách đây ít hơn 6 tháng Cách đây 6 tháng tới 1 năm
 Cách đây hơn 1 năm Không hề tới nha sĩ

5. Đứa trẻ này hiện có uống thuốc gì không?

Bao gồm thuốc theo toa và không theo toa bác sĩ.

- Không có thuốc men nào**

- Có** → Xin liệt kê tên và mục đích của mỗi loại thuốc:

Last updated: 06/09/2015

Xin điền vào mặt trước & mặt sau của mẫu này



6. Đưa trẻ này có bệnh gì trong những bệnh này không?

Nếu có thì đánh dấu vào ô để cho biết bệnh nào.

- Không bị bệnh gì**
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Suyễn | <input type="checkbox"/> ADD hay ADHD | <input type="checkbox"/> Sốt thấp khớp |
| <input type="checkbox"/> Tiểu đường | <input type="checkbox"/> Động kinh hay lên cơn | <input type="checkbox"/> Bệnh thận |
| <input type="checkbox"/> Bệnh phổi | <input type="checkbox"/> Xáo trộn tinh cảm | <input type="checkbox"/> Thiếu máu |
| <input type="checkbox"/> TB (bệnh lao) | <input type="checkbox"/> Viêm gan hay bệnh gan nào khác | <input type="checkbox"/> Máu loãng |
| <input type="checkbox"/> Bệnh tim | | |
| <input type="checkbox"/> Bệnh gì khác: _____ | | |

7. Đưa trẻ này có bị dị ứng gì không?

- Không thấy có dị ứng**
- Dị ứng penicillin Dị ứng đậu phộng Dị ứng nhựa
- Dị ứng khác hay nhạy cảm với thuốc men: _____
- Phản ứng: _____

8. Các dịch vụ sẽ được cung cấp: Dịch vụ phòng ngừa

Chúng tôi phải làm một vụ khám răng bắt buộc để xem coi con bạn cần chăm sóc răng thế nào. Chụp hình răng thường cần làm khi khám để tìm ra sâu răng.

Bạn có cho phép chúng tôi làm những việc sau đây cho con bạn không?

Khám răng toàn bộ Có Không

Chụp hình răng con bạn Có Không

Bạn có cho phép chúng tôi làm dịch vụ phòng ngừa răng sau đây?

- Làm sạch răng
- Chữa trị Fluoride để giúp ngừa sâu răng
- Trám răng để ngừa sâu răng
- Lời khuyên về chải răng và cách chăm sóc răng

Có, tôi muốn con tôi nhận mọi dịch vụ phòng ngừa cần thiết cho răng.

Không, tôi không muốn con tôi nhận mọi dịch vụ phòng ngừa

9. Các dịch vụ sẽ được cung cấp: Dịch vụ chữa trị

Nếu việc khám răng cho thấy con bạn cần chữa răng thì chúng tôi sẽ cho bạn biết. Nếu cần, bạn có cho phép chúng tôi cung cấp cho con bạn những loại chữa trị sâu răng hay đau răng gì khác sau đây không?,

Trám răng, dùng chất trám hỗn hợp (chất trám màu răng) Có Không

Trám răng dùng chất trám amalgam (chất trám có màu bạc) Có Không

Nhổ răng sữa Có Không

10. Quý vị có muốn có mặt ở trường khi con quý vị được chữa răng?

- Không**, tôi không tính tới trường bữa đó. Nhưng không sao, cứ tiến hành dù tôi có mặt hay không.
- Vâng**, tôi sẽ có mặt bữa đó. Nhưng nếu tôi không tới được thì cứ tiến hành.
- Vâng**, và tôi không muốn con tôi được chăm sóc răng trừ phi tôi có mặt.

11. Xin đọc và ký tên dưới đây. Khi ký tên bạn đồng ý những điều

sau đây:

- Tôi cho phép các bệnh viện (Asian Health Services, La Clínica de La Raza, Lifelong Medical Care hay Native American Health Center) khám răng và làm những dịch vụ khác về răng mà tôi đã đánh dấu "CÓ".
- Tôi cho phép bệnh viện khám lại răng sau 6 tháng tới một năm sau lần chữa trị này để kiểm tra những răng trám và cải tiến sức khỏe răng miệng nếu cần.
- Tôi cho phép bệnh viện chia sẻ thông tin như cần thiết để tính tiền Medi-Cal. Tôi cũng cho phép bệnh viện chia sẻ thông tin với trường của con tôi, OUSD và Alameda County Office of Dental Health.
- Tôi hiểu rằng các dịch vụ sẽ được cung cấp miễn phí cho những ai không có bảo hiểm.
- Tôi hiểu rằng bệnh viện sẽ tuân theo các chính sách bảo vệ sự riêng tư của thông tin bệnh nhân và có các bản sao chính sách này khi được yêu cầu.
- Tôi hiểu rằng các thông tin thu thập trong mẫu này sẽ được nhập vào Hệ thống Quản lý Lề lối của bệnh viện.

Ký tên bạn ở đây: _____ Ngày: _____

Trả lại mẫu này cho văn phòng hay giáo viên trước ngày hết hạn.

Người cung cấp dịch vụ (Cơ quan):

Số điện thoại:

Địa chỉ:

Bạn có điền vào mặt trước của mẫu này chưa?

