

提供免费牙科服务的同意书

您孩子的学校提供免费牙科评估、牙科密封剂、氟化物涂刷。这些服务由专业牙科护理人士提供并且有助于防止蛀牙。

孩子姓名: _____ (姓氏) (名字) (喜欢用的名字)
孩子的出生日期(年/月/日): ____ / ____ / ____ 老师: _____ 年级: _____
学校: _____

请勾选下面的一个方框来登记使用这项免费服务:

- 好, 请提供牙科评估、牙科密封剂和氟化物
- 好, 请提供牙科评估和牙科密封剂
- 好, 请提供牙科评估和氟化物
- 好, 请仅提供牙科评估

* 注: 若不止勾选了一个方框, 将提供所有获批的服务。

不, 请不要为我的孩子提供任何牙科服务

联系信息	
父母/监护人: _____	首选语言: _____
最常用的可以联络到您的电话号码: _____	允许发送短信: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
电子邮件地址: _____	
邮寄地址: _____	

请提供以下信息, 以便我们更好地为您的孩子服务:

我的孩子正在服用 (列出药物名称): _____	无: <input type="checkbox"/>
我的孩子对以下物质过敏: _____	无: <input type="checkbox"/>
目前出现的健康问题: _____	无: <input type="checkbox"/>
有哪些行为方面的考虑: _____	无: <input type="checkbox"/>
有助于我们更好地为您孩子服务的其他信息: _____	无: <input type="checkbox"/>

请完整填写以下部分的内容。不会向您收取任何费用。

医疗保险: <input type="checkbox"/> Oregon Health Plan (OHP) / Medicaid ID 号 _____ <input type="checkbox"/> 私人牙科保险公司 _____ <input type="checkbox"/> 无医疗保险	这些服务 免费!
作为合法家长/监护人, 本人同意在 24 个月内, 在牙科密封剂工作人员、学校工作人员、保险公司、孩子的牙医、适用的协作保健组织和/或有记录的牙医保健组织之间发布和共享信息, 包括个人健康信息。本人已收到一份“隐私惯例通知”副本, 隐私惯例可于 All Smiles Community Oral Health 网站 AllSmilesCOH.org/forms 上获取。我明白, 牙科学生可在持牌专业人员的密切监督下提供治疗。	
父母/监护人签名: _____	日期: _____

