

ໃບອະນຸຍາດສໍາລັບການບໍລິການແຂ້ວຟຣີ

ການກວດສຸຂະພາບແຂ້ວຟຣີ, ການວາງສານເຄືອບ ແລະ ຟລູອໍຣາຍແບບວາງໃສ່ແມ່ນພ້ອມໃຫ້ບໍລິການໃນໂຮງຮຽນຂອງລູກທ່ານ.

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນດໍາເນີນການໂດຍຜູ້ຊ່ຽວຊານດູແລເບິ່ງແຂ້ວ ແລະ ຈະປ້ອງກັນແຂ້ວແມງ.

ຊື່ຂອງເດັກ: _____ (ນາມສະກຸນ)	(ຊື່ແທ້)	(ຊື່ທີ່ຕ້ອງການໃຫ້ເອີ້ນ)
ວັນເກີດຂອງເດັກ (mm/dd/yy): _____ / _____ / _____ ຄູອາຈານ: _____ ຊັ້ນຮຽນ: _____		
ໂຮງຮຽນ: _____		

ໝາຍຕົກໃສ່ ໜຶ່ງກ່ອງ ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມເພື່ອລົງສະໝັກສໍາລັບການບໍລິການຟຣີນີ້:

- ແມ່ນ, ສໍາລັບການກວດສຸຂະພາບ, ສານເຄືອບ ແລະ ຟລູອໍຣາຍ
- ແມ່ນ, ສໍາລັບການກວດສຸຂະພາບ ແລະ ສານເຄືອບ
- ແມ່ນ, ສໍາລັບການກວດສຸຂະພາບ ແລະ ຟລູອໍຣາຍ
- ແມ່ນ, ສໍາລັບການກວດສຸຂະພາບເທົ່ານັ້ນ

* ໝາຍເຫດ: ຖ້າມີການໝາຍຕົກໃສ່ກ່ອງ “ແມ່ນ” ຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງກ່ອງ, ການບໍລິການທັງໝົດທີ່ອະນຸມັດຈະຖືກສະໜອງໃຫ້.

ບໍ່, ບໍ່ໃຫ້ການບໍລິການແຂ້ວໃດໜຶ່ງສໍາລັບລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ

ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່	
ພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ: _____	ພາສາທີ່ຕ້ອງການ: _____
ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ຕິດຕໍ່ທ່ານໄດ້ດີທີ່ສຸດ: _____	ການອະນຸຍາດໃຫ້ສົ່ງຂໍ້ຄວາມ: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
ທີ່ຢູ່ອີເມວ: _____	
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ: _____	

ກະລຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ ເພື່ອວ່າພວກເຮົາຈະສາມາດໃຫ້ບໍລິການແກ່ລູກຂອງທ່ານໄດ້ດີຂຶ້ນ:

ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າກໍາລັງກິນ (ລະບຸຊື່ຢາ): _____	ບໍ່ມີ: <input type="checkbox"/>
ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າມີອາການແພ້: _____	ບໍ່ມີ: <input type="checkbox"/>
ອາການທາງການແພດໃນປັດຈຸບັນ: _____	ບໍ່ມີ: <input type="checkbox"/>
ການພິຈະລະນາພຶດຕິກຳ: _____	ບໍ່ມີ: <input type="checkbox"/>
ຂໍ້ມູນອື່ນໆເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ພວກເຮົາໃຫ້ບໍລິການແກ່ລູກຂອງທ່ານໄດ້ດີຂຶ້ນ: _____	ບໍ່ມີ: <input type="checkbox"/>

ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ພາກສ່ວນຂ້າງລຸ່ມ. ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບໃບຮຽກເກັບເງິນ.

ປະກັນສຸຂະພາບ: <input type="checkbox"/> ແຜນສຸຂະພາບຂອງລັດອໍຣິກອນ (OHP) / Medicaid ID# _____ <input type="checkbox"/> ບໍລິສັດປະກັນສຸຂະພາບແຂ້ວຂອງເອກະຊົນ _____ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີປະກັນສຸຂະພາບ	ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນ ຟຣີ!
ໃນຖານະທີ່ເປັນພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ, ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຍິນຍອມເປັນເວລາ 24 ເດືອນ ໃຫ້ເປີດເຜີຍ ແລະ ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນ, ລວມເຖິງຂໍ້ມູນສຸຂະພາບສ່ວນບຸກຄົນ, ລະຫວ່າງພະນັກງານທີ່ວາງສານເຄືອບແຂ້ວ, ພະນັກງານໂຮງຮຽນ, ບໍລິສັດປະກັນໄພ, ທັນຕະແພດຂອງເດັກ, ອົງການປະສານງານການດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ແລະ/ຫຼື ອົງການດູແລເບິ່ງແຍງແຂ້ວທີ່ມີປະຫວັດທາງການແພດ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບສໍາເນົາ “ແຈ້ງການການປະຕິບັດຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ”, ເຊິ່ງກໍມີໃຫ້ໃນເວັບໄຊຂອງ All Smiles Community Oral Health ທີ່ AllSmilesCOH.org/forms . ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າມັກຮຽນແພດແຂ້ວທີ່ມີການຕິດຕາມຄວບຄຸມຢ່າງໃກ້ຊິດໂດຍຜູ້ຊ່ຽວຊານທີ່ມີໃບອະນຸຍາດອາດຈະໃຫ້ການປັບປົວໄດ້.	
ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ _____ ວັນທີ: _____	

