



โครงการทันตสุขภาพ 802 Smiles หนังสือแสดงความยินยอมขอรับบริการ (ระดับ 3)

โปรดกรอกข้อมูลด้านล่าง ลงนาม และส่งคืนไปยังโรงเรียนบุตรของท่าน

ชื่อและนามสกุลของบุตร: _____ วันเกิด: _____

มีการรักษาอะไรบ้างในโครงการทันตสุขภาพ 802 Smiles ของบุตรข้าพเจ้า

โครงการทันตสุขภาพ 802 Smiles ของโรงเรียนท่านมีการตรวจคัดกรองทางทันตกรรม การทำความสะอาดฟัน การเคลือบฟลูออไรด์วาร์นิช และการเคลือบซิลเวอร์ไดอามีนฟลูออไรด์ (silver diamine fluoride: SDF) ในการเข้ารับการเคลือบ SDF ท่านต้องกรอกหนังสือแสดงความยินยอมเพิ่มเติม ท่านสามารถอ่านเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรักษาด้วย SDF ได้ในแบบฟอร์มดังกล่าว

เราขอแนะนำให้บุตรของท่านเข้ารับการรักษาที่คลินิกทันตกรรมที่เคยใช้บริการ หากมี แทนการเข้ารับการรักษาผ่านโครงการทันตสุขภาพ 802 Smiles ของโรงเรียน

ยินยอมเข้ารับการรักษา:

ยินยอม ข้าพเจ้าต้องการให้บุตรของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการทันตสุขภาพ 802 Smiles ข้าพเจ้าทราบว่าหากมีทันตแพทย์ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ ทันตแพทย์ที่ระบุไว้นั้นจะได้รับรายงานผลการตรวจจากทันตอนามัยของ 802 Smiles ข้าพเจ้าทราบว่าบุตรของข้าพเจ้าอาจได้รับบริการใด ๆ หรือทั้งหมดดังต่อไปนี้ตามการประเมินของทันตอนามัย 802 Smiles โดยไม่ต้องปรึกษาทันตแพทย์:

- การตรวจคัดกรองทางทันตกรรม
- การเคลือบฟลูออไรด์วาร์นิช
- การทำความสะอาดฟัน
- การเคลือบซิลเวอร์ไดอามีนฟลูออไรด์

ไม่ยินยอม ข้าพเจ้าไม่ต้องการให้บุตรของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการทันตสุขภาพ 802 Smiles

ยินยอมที่จะแบ่งปันข้อมูล:

ให้แก่ทันตแพทย์ของบุตรของท่าน: หากบุตรของท่านมีทันตแพทย์อยู่แล้ว และท่านเลือกรับการดูแลผ่านโครงการ 802 Smiles ข้อมูลเกี่ยวกับบริการที่มีจะถูกแบ่งปันแก่ทันตแพทย์เหล่านั้น การแบ่งปันข้อมูลนี้เป็นข้อบังคับ:

ยินยอม ข้าพเจ้าต้องการให้มีการแบ่งปันข้อมูลของบุตรข้าพเจ้าแก่ทันตแพทย์ของเขา

ไม่ยินยอม ข้าพเจ้าไม่ต้องการให้มีการแบ่งปันข้อมูลของบุตรข้าพเจ้าแก่ทันตแพทย์ของเขา ข้าพเจ้าทราบว่าบุตรของข้าพเจ้าจะไม่ได้รับการดูแลทางทันตกรรมผ่านโครงการ 802 Smiles

ให้แก่กรมอนามัยเวอร์มอนต์: กรมอนามัยเวอร์มอนต์ต้องการใช้ข้อมูลบุตรของท่านเพื่อประเมินประสิทธิภาพของโครงการนี้ ท่านอนุญาตให้ทันตอนามัย 802 Smiles แบ่งปันบันทึกการรักษาทางทันตกรรมของบุตรท่านแก่กรมอนามัยเวอร์มอนต์หรือไม่ การแบ่งปันนี้**ไม่บังคับ**:

อนุญาต ข้าพเจ้าอนุญาตให้ทันตอนามัย 802 Smiles แบ่งปันบันทึกทางทันตกรรมของบุตรข้าพเจ้าแก่กรมอนามัยเวอร์มอนต์

ไม่อนุญาต ข้าพเจ้าไม่อนุญาตให้ทันตอนามัยของ 802 Smiles แบ่งปันบันทึกทางทันตกรรมของบุตรข้าพเจ้าแก่กรมอนามัยเวอร์มอนต์

โปรดขีดเครื่องหมายถูกต้องนี้หากท่านเป็นพ่อแม่ผู้ปกครอง หรือท่าน มีอำนาจปกครองบุตรคนนี้ร่วมกัน:

ลายมือชื่อบิดามารดา/ผู้ปกครอง: _____ วันที่: _____

ชื่อบิดามารดา/ผู้ปกครอง ตัวบรรจง: _____

หากท่านอนุญาตให้บุตรของท่านเข้าร่วมโครงการทันตสุขภาพ 802 Smiles โปรดไปที่หน้าถัดไป

ประวัติทางทันตกรรมของบุตร:

บุตรของท่านพบทันตแพทย์ครั้งล่าสุดเมื่อใด

- ภายในปีที่ผ่านมา กว่าหนึ่งปีก่อน ไม่เคยไปพบทันตแพทย์เลย

ทันตแพทย์หลักของบุตรของท่านคือใคร หากมี _____

บุตรของท่านมีประกันทันตกรรมประเภทใด จะไม่มีเด็กคนใดถูกปฏิเสธการให้บริการเนื่องด้วยความคุ้มครองการประกันภัย โปรดทราบว่าทันตอนามัยของ 802 Smiles อาจเรียกเก็บเงินจาก Medicaid สำหรับบริการที่บุตรของท่านได้รับ

- Medicaid/Dr. Dynasaur – หมายเลข Medicaid ID ของบุตรท่าน: _____
 ประกันทันตกรรมเอกชน (เช่น Delta Dental) Tricare
 ไม่มีประกัน อื่นๆ _____
 ไม่ทราบ

บุตรของท่านมีอาการแพ้ใดๆ หรือไม่ (เช่น ยา อาหาร น้้ายาง แร่เงิน ฯลฯ) มี ไม่มี

ถ้ามี เป็นอาการแพ้ประเภทใด _____

ประวัติโรคประจำตัวของบุตร:

บุตรของท่านมีภาวะทางสุขภาพกาย จิต การเรียนรู้ อารมณ์ หรือความพิการหรือไม่

- มี ไม่มี ขำพเจ้าไม่ทราบ ไม่สะดวกตอบ

หากท่านตอบว่า มี สำหรับคำถามก่อนหน้านี้ ในระหว่างการไปพบทันตแพทย์เราจะปรับปรุงการอำนวยความสะดวกแก่บุตรของท่านให้ดีขึ้นได้อย่างไร _____

ข้อมูลทางประชากรเพิ่มเติม:

เพศที่กำหนดตอนแรกเกิด: ชาย หญิง นอนไบนารี (Non-Binary) ไม่สะดวกตอบ

ต่อไปจะเป็นคำถามเกี่ยวกับอัตลักษณ์ทางเชื้อชาติและชาติพันธุ์ของบุตรของท่าน เราถามคำถามนี้เพราะเราต้องการแน่ใจว่าโครงการของเราให้บริการกับผู้คนจากทุกเชื้อชาติและชาติพันธุ์ เราทราบดีว่าตัวเลือกของคำตอบอาจไม่ได้แสดงถึงอัตลักษณ์ของบุตรของท่านอย่างถูกต้อง

ข้อใดต่อไปนี้อธิบายถึงบุตรของท่านได้ดีที่สุด (โปรดขีดเครื่องหมายถูกหน้าตัวเลือกทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง)

- อาเบนาทิก หรือชนพื้นเมืองอเมริกันอื่น ๆ หรือชนพื้นเมืองอลาสกา
 ชาวเอเชีย หรือชาวอเมริกันเชื้อสายเอเชีย เช่น ชาวจีน ชาวอินเดียเชื้อสายเอเชีย ชาวเนปาล หรือชาวเวียดนาม
 ชาวอเมริกันผิวดำ หรือชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกา
 ชาวฮิสแปนิก หรือชาวลาติน เช่น ชาวเม็กซิโก ชาวเวเนซุเอลา หรือชาวบราซิล



โครงการทันตสุขภาพ 802 Smiles หนังสือแสดงความยินยอมขอรับบริการ (ระดับ 3)

- ชาวตะวันออกกลาง หรือชาวแอฟริกาเหนือ (รายการมีต่อในหน้าถัดไป)
- ชาวฮาวายพื้นเมือง หรือชาวเกาะแปซิฟิกอื่น ๆ
- ชาวอเมริกันผิวขาว หรือชาวอเมริกันเชื้อสายยุโรป
- เชื้อชาติหรือชาติพันธุ์อื่น ๆ โปรดระบุ: _____
- ข้าพเจ้าขอเลือกที่จะไม่ตอบ

มีข้อมูลเพิ่มเติมที่ท่านอยากให้เราทราบเกี่ยวกับบุตรของท่าน

ส่งหนังสือที่กรอกและลงนามแล้วคืนไปยังโรงเรียนบุตรของท่าน