# 802 స్మైల్స్ డెంటల్ హెల్త్ ప్రోగ్రామ్ సేవల కోసం సమ్మతి (టైర్ 4)

**దయచేసి కింది సమాచారాన్ని పూరించి, సంతకం చేసి దానిని మీ బిడ్డ పాఠశాలకు తిరిగి ఇచ్చేయండి.**

**బిడ్డ మొదటి మరియు చివరి పేరు:** ______________________________ **పుట్టిన తేదీ**: _________

## నా బిడ్డ 802 స్మైల్స్ డెంటల్ హెల్త్ ప్రోగ్రామ్ ద్వారా ఏ చికిత్సలు అందించబడతాయి?

మీ పాఠశాల యొక్క 802 స్మైల్స్ డెంటల్ హెల్త్ ప్రోగ్రామ్ దంతాల స్క్రీనింగ్‌లు, క్లీనింగ్‌లు, ఫ్లోరైడ్ వార్నిష్ మరియు, సిల్వర్ డైమైన్ ఫ్లోరైడ్ (SDF) (ఇంగ్లీష్‌లో) మరియు దంతాల సీలెంట్లు (ఇంగ్లీష్‌లో)అందిస్తుంది. **SDF ను అందుకోవడానికి, మీరు అదనపు సమ్మతి పత్రాన్ని పూరించాల్సి ఉంటుంది; SDF చికిత్స గురించి ఆ పత్రంలో మరింత చదవండి.**

మీ పాఠశాల యొక్క 802 స్మైల్స్ డెంటల్ హెల్త్ ప్రోగ్రామ్ ద్వారా కాకుండా, మీ బిడ్డ మీరు ఏర్పాటు చేసిన దంత వైద్యశాల మీకు ఏదైనా ఉంటే దాని ద్వారా, సంరక్షణ పొందాలని మేము సిఫార్సు చేస్తున్నాము.

## చికిత్సకు సమ్మతి:

☐ **అవును,నా బిడ్డ 802 స్మైల్స్ డెంటల్ హెల్త్ ప్రోగ్రామ్‌లో పాల్గొనడం నాకు ఇష్టమే.** ఒకవేళ ఈ పత్రంలో పేర్కొన్న దంతవైద్యుడు ఉన్నట్లయితే, వారు 802 స్మైల్స్ దంత పరిశుభ్రత నిపుణుడి నుండి ఫలితాల నివేదికను అందుకుంటారని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. దంతవైద్యున్ని సంప్రదించకుండానే 802 స్మైల్స్ దంత పరిశుభ్రత నిపుణుడి మదింపు ఆధారంగా నా బిడ్డ కింది సేవలలో ఏవైనా లేదా అన్నింటినీ అందుకోవచ్చని నేను అర్థం చేసుకున్నాను:

- దంతాల స్క్రీనింగ్
- దంతాల క్లీనింగ్
- ఫ్లోరైడ్ వార్నిష్
- సిల్వర్ డయామైన్ ఫ్లోరైడ్ డైమైన్ ఫ్లోరైడ్
- దంత సీలెంట్లు

☐ **లేదునా బిడ్డ 802 స్మైల్స్ డెంటల్ హెల్త్ ప్రోగ్రామ్‌లో పాల్గొనడం నాకు ఇష్టం లేదు.**

## సమాచారం పంచుకోవడానికి సమ్మతి:

మీ బిడ్డ దంతవైద్యునితో: మీ బిడ్డ ఫైల్‌లో దంతవైద్యుడు ఉంటే మరియు మీరు 802 స్మైల్స్ ప్రోగ్రామ్ ద్వారా దంత సంరక్షణను పొందాలని ఎంచుకుంటే, ఏ సేవలు అందించబడ్డాయి అనే సమాచారం వారితో పంచుకోబడుతుంది. **ఈ సమాచారం పంచుకోవడమనేది తప్పనిసరి:**

☐ అవును, **నా బిడ్డ ఫైల్‌లోని దంతవైద్యునితో వారి సమాచారాన్ని పంచుకోవడం నాకు ఇష్టమే.**

☐ **లేదు, నా బిడ్డ ఫైల్‌లోని దంతవైద్యునితో వారి సమాచారాన్ని పంచుకోవడం నాకు ఇష్టం లేదు. నా బిడ్డ 802 స్మైల్స్ ప్రోగ్రామ్ ద్వారా దంత సంరక్షణ అందుకోరని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.**

వెర్మోంట్ డిపార్ట్‌మెంట్ ఆఫ్ హెల్త్‌తో: ఈ కార్యక్రమం యొక్క ప్రభావాన్ని మూల్యాంకనం చేయడానికి వెర్మోంట్ డిపార్ట్‌మెంట్ ఆఫ్ హెల్త్ మీ బిడ్డ సమాచారాన్ని ఉపయోగించుకోవాలనుకుంటోంది. వెర్మోంట్డిపార్ట్‌మెంట్ ఆఫ్ హెల్త్‌తో కూడా మీ బిడ్డ దంతాల చికిత్స రికార్డ్‌లను పంచుకోవడానికి మీరు 802 స్మైల్స్ దంత పరిశుభ్రత నిపుణుడికి అనుమతి ఇస్తున్నారా? **ఇది పంచుకోవడం ఐచ్ఛికం:**

☐ **అవును, వెర్మోంట్** డిపార్ట్‌మెంట్ ఆఫ్ హెల్త్‌తో **నా బిడ్డ దంతాల రికార్డులను పంచుకోవడానికి** నేను 802 స్మైల్స్ దంత పరిశుభ్రత నిపుణుడికి అనుమతి ఇస్తున్నాను.

☐ **లేదు, వెర్మోంట్** డిపార్ట్‌మెంట్ ఆఫ్ హెల్త్‌తో **నా బిడ్డ దంతాల రికార్డులను పంచుకోవడానికి** నేను 802 స్మైల్స్ దంత పరిశుభ్రత నిపుణుడికి అనుమతి ఇవ్వడం లేదు.

మీరు **పెంపుడు తల్లిదండ్రులా**, లేదా మీరు ఈ బిడ్డ సంరక్షణను**పంచుకుంటే దయచేసి ఇక్కడ పరిశీలించండి**: ☐

తల్లిదండ్రులు/సంరక్షకుల సంతకం: ________________________________ తేదీ: _________

తల్లిదండ్రులు/సంరక్షకుల ముద్రిత పేరు: ________________________________________

# 802 స్మైల్స్ డెంటల్ హెల్త్ ప్రోగ్రామ్ సేవల కోసం సమ్మతి (టైర్ 4)

**802 స్మైల్స్ డెంటల్ హెల్త్ ప్రోగ్రామ్‌లో పాల్గొనడానికి మీ బిడ్డను మీరు అనుమతిస్తే, దయచేసి తదుపరి పేజీకి కొనసాగండి.**

## బిడ్డ దంత చరిత్ర:

మీ బిడ్డ అత్యంత ఇటీవలి దంత వైద్యునితో సందర్శన ఎప్పుడు జరిగింది?

O గత సంవత్సరంలో   O ఒక సంవత్సరం కంటే ఎక్కువ   O దంతవైద్యుని దగ్గరకు ఎప్పుడూ వెళ్లలేదు

మీ బిడ్డకు మొదటి దంతవైద్యుడు, ఒకవేళ ఉంటే, ఎవరు? ______________________________________

మీ బిడ్డకు ఏ రకమైన దంత బీమా ఉంది? బీమా కవరేజీ కారణంగా ఏ బిడ్డకు సేవ నిరాకరించబడదు. 802 స్మైల్స్ దంత పరిశుభ్రత నిపుణుడు మీ బిడ్డకు అందించిన సేవల కోసం వైద్యచికిత్స బిల్ చేయవచ్చని గమనించండి.

O వైద్యచికిత్స/వైద్యుడు. డైనాసార్ - మీ బిడ్డ వైద్యచికిత్స ID సంఖ్య:
O ప్రైవేట్ దంత బీమా (అనగా, డెల్టా డెంటల్)   O ట్రైకేర్
O బీమా లేదు   O ఇతరములు ________________
O తెలియదు

మీ బిడ్డకు ఏవైనా అలెర్జీలు ఉన్నాయా? (అనగా, ఔషధాలు, ఆహారం, లేటెక్స్, వెండి మొదలగునవి)   O అవును   O లేదు

అవును అయితే, ఏ రకం? ______________________________________________________________

## బిడ్డ వైద్య చరిత్ర:

మీ బిడ్డకు శారీరక, మానసిక, అభ్యసన లేదా భావోద్వేగ ఆరోగ్య పరిస్థితి లేదా వైకల్యం ఉందా?

O అవును   O లేదు   O నాకు తెలియదు   O సమాధానం ఇవ్వడానికి ఇష్టం లేదు

మునుపటి ప్రశ్నకు మీరు అవును అని సమాధానం ఇస్తే, వారి దంత సందర్శన సమయంలో మేము మీ బిడ్డకు ఎటువంటి మెరుగైన వసతి కల్పించగలము?

_____________________________________________________________________________________

## ఐచ్ఛిక జనసంబంధ సమాచారం:

**జనన సమయంలో కేటాయించబడిన లింగం:**   పురుషులు   O స్త్రీలు   O నాన్-బైనరీ
O సమాధానం ఇవ్వడానికి ఇష్టం లేదు

తర్వాతి ప్రశ్న మీ బిడ్డ జాతీయ మరియు స్వజాతీయ గుర్తింపు గురించి అడుగుతుంది. మా కార్యక్రమం అన్ని జాతుల మరియు స్వజాతుల వ్యక్తులకు సేవ అందిస్తుందని నిర్ధారించుకోవడానికి మేము ఈ ప్రశ్న అడుగుతున్నాము. సమాధాన ఎంపికలు మీ బిడ్డ గుర్తింపును ఖచ్చితంగా సూచించకపోవచ్చునని మేము అర్థం చేసుకున్నాము.

## 802 స్మైల్స్ డెంటల్ హెల్త్ ప్రోగ్రామ్
## సేవల కోసం సమ్మతి (టైర్ 4)

**కింది వాటిలో మీ బిడ్డను అత్యుత్తమంగా వివరించేది ఏది? (దయచేసి వర్తించే అన్నింటికీ టిక్ పెట్టండి.)**

- ○ అబెనాకి లేదా మరొక స్థానిక అమెరికన్ లేదా అలాస్కా స్థానిక గుర్తింపు వారు
- ○ ఆసియా లేదా ఆసియా అమెరికన్, ఉదాహరణకు, చైనావాసి, ఆసియన్ ఇండియావాసి, నేపాలీవాసి లేదా వియత్నాంవాసి
- ○ నలుపు లేదా ఆఫ్రికన్ అమెరికన్
- ○ హిస్పానిక్ లేదా లాటినో, లాటినా, లేదా లాటిన్క్స్, ఉదాహరణకు, మెక్సికావాసి, వెనిజులావాసి, లేదా బ్రెజిల్‌వాసి
- ○ మధ్య ప్రాచ్య లేదా ఉత్తర ఆఫ్రికావాసి (జాబితా తదుపరి పేజీలో కొనసాగుతుంది)
- ○ స్థానిక హవాయివాసి లేదా మరొక పసిఫిక్ ద్వీపవాసి
- ○ తెలుపు లేదా యూరోపియన్ అమెరికావాసి
- ○ అదనపు జాతి లేదా స్వజాతి, దయచేసి చెప్పండి: ___________________________
- ○ నాకు సమాధానం చెప్పడం ఇష్టం లేదు

మేము మీ బిడ్డ గురించి తెలుసుకోవాలని కోరుకునేది ఇంకా ఏమైనా ఉందా?

___________________________________________________________________________

___________________________________________________________________________

___________________________________________________________________________

**పూర్తి చేసి, సంతకం చేసిన పత్రాన్ని మీ బిడ్డ పాఠశాలకు తిరిగి ఇచ్చేయండి.**