



Chương Trình Sức Khỏe Nha Khoa 802 Smiles Chấp Thuận Sử Dụng Dịch Vụ (Bậc 4)

Vui lòng điền thông tin bên dưới, ký tên và gửi lại cho trường của con quý vị.

Họ và Tên của Trẻ: _____ Ngày Sinh: _____

Chương Trình Sức khỏe Nha Khoa 802 Smiles của con tôi cung cấp những phương pháp điều trị nào?

Chương Trình Sức khỏe Nha Khoa 802 Smiles của trường cung cấp dịch vụ khám sàng lọc nha khoa, vệ sinh, véc ni florua, [silver diamine fluoride \(SDF\) \(bằng tiếng Anh\)](#) và [chất trám răng \(bằng tiếng Anh\)](#). Để nhận điều trị bằng SDF, quý vị cần điền vào biểu mẫu chấp thuận bổ sung; đọc thêm về điều trị bằng SDF trên biểu mẫu đó.

Chúng tôi khuyên con quý vị nên được chăm sóc thông qua đơn vị chăm sóc nha khoa mà quý vị đang sử dụng, nếu có, thay vì thông qua Chương Trình Sức Khỏe Nha Khoa 802 Smiles của trường.

Chấp Thuận Điều Trị:

Có, tôi muốn con tôi tham gia Chương Trình Sức Khỏe Nha Khoa 802 Smiles. Tôi hiểu rằng nếu có tên nha sĩ trong biểu mẫu này, họ sẽ nhận được báo cáo về kết quả kiểm tra từ chuyên gia vệ sinh răng miệng 802 Smiles. Tôi hiểu rằng con tôi có thể nhận được bất kỳ hoặc tất cả các dịch vụ sau đây dựa trên đánh giá của chuyên gia vệ sinh răng miệng 802 Smiles mà không cần tham khảo ý kiến nha sĩ:

- khám sàng lọc nha khoa
- véc ni florua
- chất trám răng
- vệ sinh răng miệng
- silver diamine florua

Không, tôi không muốn con tôi tham gia Chương Trình Sức Khỏe Nha Khoa 802 Smiles.

Đồng Ý Chia Sẻ Thông Tin:

Với nha sĩ của con quý vị: Nếu con quý vị có nha sĩ trong hồ sơ sức khỏe và quý vị chọn nhận dịch vụ chăm sóc răng miệng thông qua Chương Trình 802 Smiles, thông tin về những dịch vụ đã được cung cấp trước đó sẽ được chia sẻ với họ. **Việc chia sẻ thông tin này là bắt buộc:**

Có, tôi muốn chia sẻ thông tin của con tôi với nha sĩ trong hồ sơ sức khỏe.

Không, tôi không muốn chia sẻ thông tin của con tôi với nha sĩ trong hồ sơ sức khỏe. Tôi hiểu rằng con tôi sẽ không nhận được dịch vụ chăm sóc nha khoa thông qua Chương Trình 802 Smiles.

Với Sở Y Tế Vermont: Sở Y Tế Vermont muốn sử dụng thông tin của con quý vị để đánh giá mức độ hiệu quả của chương trình này. Quý vị có cho phép chuyên gia vệ sinh răng miệng 802 Smiles chia sẻ hồ sơ điều trị nha khoa của con quý vị với Sở Y Tế Vermont không? **Việc chia sẻ này là không bắt buộc:**

Có, tôi cho phép chuyên gia vệ sinh răng miệng 802 Smiles chia sẻ hồ sơ nha khoa của con tôi với Sở Y Tế Vermont.

Không, tôi không cho phép chuyên gia vệ sinh nha khoa 802 Smiles chia sẻ hồ sơ nha khoa của con tôi với Sở Y Tế Vermont.

Vui lòng chọn ô này nếu quý vị là **bố mẹ nuôi** hoặc nếu quý vị có **chung quyền nuôi con này với trẻ**:

Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ: _____ Ngày: _____

Tên In Hoa của Phụ Huynh/Người Giám Hộ: _____

Nếu quý vị cho phép con mình tham gia Chương Trình Sức Khỏe Nha Khoa 802 Smiles, vui lòng tiếp tục điền thông tin vào trang sau.



Chương Trình Sức Khỏe Nha Khoa 802 Smiles Chấp Thuận Sử Dụng Dịch Vụ (Bậc 4)

Tiền sử nha khoa của trẻ:

Lần khám nha khoa gần đây nhất của con quý vị là khi nào?

- Trong vòng một năm qua Hơn một năm trước Chưa bao giờ khám nha sĩ

Ai là nha sĩ chính của con quý vị, nếu có? _____

Con quý vị có loại bảo hiểm nha khoa nào? Trẻ em sẽ không bị từ chối dịch vụ vì bảo hiểm. Lưu ý rằng chuyên gia vệ sinh nha khoa 802 Smiles có thể lập hóa đơn cho Medicaid đối với các dịch vụ đã cung cấp cho con quý vị.

- Medicaid/Bác sĩ Dynasaur – Số ID Medicaid của con quý vị: _____
 Bảo hiểm nha khoa tư nhân (ví dụ: Delta Dental) Tricare
 Không Có Bảo Hiểm Khác _____
 Không Biết

Con quý vị có bị dị ứng không? (ví dụ: thuốc, thực phẩm, cao su, bạc, v.v.) Có Không

Nếu có, loại nào? _____

Tiền sử bệnh của trẻ:

Con quý vị có mắc tình trạng khuyết tật hoặc tình trạng về sức khỏe thể chất, tinh thần, học tập hoặc cảm xúc không?

- Có Không Tôi không biết Không muốn trả lời

Nếu quý vị trả lời có ở câu hỏi trước, làm thế nào để chúng tôi có thể phục vụ con quý vị tốt hơn trong khi khám răng? _____

Thông tin nhân khẩu học không bắt buộc:

Giới tính khi sinh: Nam Nữ Phi Nhị Giới Không muốn trả lời

Câu hỏi tiếp theo là về chủng tộc và dân tộc của con quý vị. Chúng tôi đặt câu hỏi này vì chúng tôi muốn đảm bảo chương trình của chúng tôi phục vụ mọi người thuộc mọi chủng tộc và dân tộc. Chúng tôi hiểu rằng các câu trả lời có thể không thể hiện chính xác danh tính của con quý vị.

Câu nào sau đây mô tả đúng nhất về con quý vị? (Vui lòng chọn tất cả các câu trả lời phù hợp).

- Abenaki hoặc Người Mỹ Bản Địa hoặc Người Alsaska Bản Địa
 Người Châu Á hoặc Người Mỹ Gốc Á, ví dụ: Người Trung Quốc, Người Ấn Độ, Người Nepal hoặc Người Việt Nam
 Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi



Chương Trình Sức Khỏe Nha Khoa 802 Smiles Chấp Thuận Sử Dụng Dịch Vụ (Bậc 4)

- Ví dụ: người Gốc Tây Ban Nha hoặc Latinh, ví dụ: Người Mexico, Người Venezuela hoặc Người Brazil
- Người Trung Đông hoặc Bắc Phi (danh sách vẫn còn ở trang tiếp theo)
- Người Hawaii Bản Địa hoặc Người Dân Đảo Thái Bình Dương khác
- Người Da Trắng hoặc Người Mỹ Gốc Âu
- Nếu là chủng tộc hoặc dân tộc khác, vui lòng ghi ở đây: _____
- Tôi không muốn trả lời

Quý vị có muốn thông báo cho chúng tôi thông tin nào khác về con quý vị không?

Gửi lại phiếu đã điền đầy đủ thông tin và có chữ ký cho trường của con quý vị.