



# 牙科护理协调 牙科护理同意书

All Smiles Community Oral Health 正在与您孩子的学校合作，提供免费的牙科护理协调。经您同意后，我们将帮您在您所在的社区中找到牙科护理服务。请填写下面的表格，以便我们可以立即开始为您的孩子提供所需的帮助。

孩子姓名： _____ (姓氏) (名字) (惯用名)
孩子的出生日期（月/日/年）： _____ / _____ / _____ 年级： _____
学校： _____

<b>联系信息</b>	
家长/监护人姓名： _____	
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： _____	
在家使用的语言： _____	

请提供以下信息，以便我们更好地为您的孩子服务：

我的孩子有以下症状（勾选所有适用项）： <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 肿胀 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 口腔溃疡 <input type="checkbox"/> 不适 <input type="checkbox"/> 断牙 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
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"/>

请填写以下部分的内容。不会向您收取任何费用。

健康保险： <input type="checkbox"/> Oregon Health Plan (OHP) / Medicaid ID 号码 _____ <input type="checkbox"/> 私人牙科保险公司 _____ <input type="checkbox"/> 无健康保险	为您的家人提供护理协调是免费的。不会向您收取任何费用。
--	-----------------------------

在下方签名即表示您： 作为合法家长/监护人，本人兹同意 All Smiles Community Oral Health 与协调合作伙伴提供者、学校工作人员、保险公司、孩子的牙医、相关协调护理组织和/或记录在案的牙科护理组织之间的信息披露和交换，包括任何相关的个人健康信息。本人已收到一份“隐私惯例通知”副本。隐私惯例可于 All Smiles 网站 <a href="https://AllSmilesCOH.org/forms">AllSmilesCOH.org/forms</a> 上获取。	
家长/监护人签名： _____	日期： _____