

Phối hợp Chăm sóc Nha khoa Mẫu chấp thuận Chăm sóc Nha khoa

All Smiles Community Oral Health phối hợp với trường học con của quý vị để cung cấp dịch vụ phối hợp chăm sóc nha khoa miễn phí. Với sự chấp thuận của quý vị, chúng tôi sẽ giúp quý vị tìm kiếm dịch vụ chăm sóc nha khoa trong cộng đồng của quý vị. Vui lòng hoàn thành mẫu dưới đây để chúng tôi có thể bắt đầu hỗ trợ cần thiết con quý vị ngay lập tức.

Tên của Trẻ: _____ (Họ) (Tên) (Biệt danh)	
Ngày sinh của Trẻ (mm/dd/yy): _____ / _____ / _____	Lớp: _____
Trường học: _____	

Thông tin Liên hệ	
Tên Phụ huynh/Người giám hộ:	
Số điện thoại thuận tiện nhất để liên hệ với quý vị:	Cho phép Nhắn tin: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Địa chỉ email:	
Địa chỉ gửi thư:	
Ngôn ngữ sử dụng tại nhà:	

Vui lòng cung cấp các thông tin sau để chúng tôi có thể phục vụ con quý vị tốt hơn:

Con tôi đang bị (đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp)	
<input type="checkbox"/> Đau <input type="checkbox"/> Sưng <input type="checkbox"/> Chảy máu <input type="checkbox"/> Lở Miệng <input type="checkbox"/> Khó chịu <input type="checkbox"/> Gãy Răng <input type="checkbox"/> Khác _____	
Con tôi đang dùng (liệt kê các loại thuốc):	Không có: <input type="checkbox"/>
Con tôi bị dị ứng với:	Không có: <input type="checkbox"/>
Bất kỳ vấn đề y tế hiện tại:	Không có: <input type="checkbox"/>
Bất kỳ vấn đề nào về hành vi:	Không có: <input type="checkbox"/>
Những thông tin khác để chúng tôi phục vụ con quý vị tốt hơn:	Không có: <input type="checkbox"/>

Vui lòng hoàn thành thông tin sau. Quý vị sẽ không nhận được hóa đơn.

Bảo hiểm Y tế: <input type="checkbox"/> Chương trình Bảo hiểm Y tế Oregon (OHP) / Medicaid ID# _____ <input type="checkbox"/> Công ty bảo hiểm nha khoa tư nhân _____ <input type="checkbox"/> Không bảo hiểm y tế	Dịch vụ Phối hợp Chăm sóc cho gia đình quý vị là miễn phí. Quý vị sẽ không nhận được hóa đơn.
---	---

Bằng cách ký tên của quý vị bên dưới:	
Với tư cách là phụ huynh/ người giám hộ hợp pháp, bằng văn bản này, tôi đồng ý cho phép tiết lộ và trao đổi thông tin, bao gồm các thông tin sức khỏe cá nhân liên quan, giữa All Smiles Community Oral Health và Các nhà cung cấp đối tác hợp tác, nhân viên trường học, các hãng bảo hiểm, nha sĩ nhi khoa, Tổ chức Chăm sóc Phối hợp hiện hành, và/hoặc Tổ chức Chăm sóc Nha khoa có trong hồ sơ. Tôi đã nhận được bản sao "Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư" Thực hành Quyền riêng tư có sẵn trên trang web của All Smiles AllSmilesCOH.org/forms .	
Chữ ký Phụ huynh/Người giám hộ: _____	Ngày: _____