



# ການປະສານງານການດູແລເບິ່ງແຍງແຂ້ວ

## ການຍືນຍອມສໍາລັບການດູແລເບິ່ງແຍງແຂ້ວ

All Smiles Community Oral Health ກໍາລັງເຮັດວຽກກັບໂຮງຮຽນຂອງລູກທ່ານເພື່ອໃຫ້ການປະສານງານດູແລເບິ່ງແຍງແຂ້ວຟຣີ.

ດ້ວຍການຍືນຍອມຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຈະຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານຊອກຫາການດູແລເບິ່ງແຍງແຂ້ວໃນລຸ່ມຊົນຂອງທ່ານ.

ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແບບຟອມຂ້າງລຸ່ມ ເພື່ອວ່າພວກເຮົາຈະສາມາດເລີ່ມໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ ທີ່ພວກເຂົາຕ້ອງການໃນທັນທີແກ່ລູກຂອງທ່ານ.

ຊື່ຂອງເດັກ: \_\_\_\_\_  
 (ນາມສະກຸນ) (ຊື່ແທ້) (ຊື່ທີ່ຕ້ອງການໃຫ້ເອີ້ນ)

ວັນເກີດຂອງເດັກ (mm/dd/yy): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ຊັ້ນຮຽນ: \_\_\_\_\_

ໂຮງຮຽນ: \_\_\_\_\_

**ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່**

ຊື່ຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ: \_\_\_\_\_

ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ຕິດຕໍ່ທ່ານໄດ້ດີທີ່ສຸດ: \_\_\_\_\_ ການອະນຸຍາດໃຫ້ສົ່ງຂໍ້ຄວາມ:  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ທີ່ຢູ່ອີເມວ: \_\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ: \_\_\_\_\_

ພາສາທີ່ປາກເວົ້າຢູ່ເຮືອນ: \_\_\_\_\_

ກະລຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ ເພື່ອວ່າພວກເຮົາຈະສາມາດໃຫ້ບໍລິການແກ່ລູກຂອງທ່ານໄດ້ດີຂຶ້ນ:

**ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າກໍາລັງປະສົບກັບ (ໝາຍໃສ່ທຸກລາຍການທີ່ຖືກຕ້ອງ):**

ອາການປວດ  ອາການບວມ  ອາການເລືອດອອກ  ອາການປວດປາກ  ອາການອິດອັດ  ແຂ້ວຫັກ  ອື່ນໆ \_\_\_\_\_

ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າກໍາລັງກິນ (ລະບຸຊື່ຢາ): \_\_\_\_\_ ບໍ່ມີ:

ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າມີອາການແພ້: \_\_\_\_\_ ບໍ່ມີ:

ບັນຫາທາງການແພດໃນບັດຈຸບັນ: \_\_\_\_\_ ບໍ່ມີ:

ການພິຈາລະນາພຶດຕິກຳ: \_\_\_\_\_ ບໍ່ມີ:

ຂໍ້ມູນອື່ນໆເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ພວກເຮົາໃຫ້ບໍລິການແກ່ລູກຂອງທ່ານໄດ້ດີຂຶ້ນ: \_\_\_\_\_ ບໍ່ມີ:

ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ພາກສ່ວນຂ້າງລຸ່ມ. ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບໃບຮຽກເກັບເງິນ.

ປະກັນສຸຂະພາບ: <input type="checkbox"/> ແຜນສຸຂະພາບຂອງລັດອໍຣິກອນ (OHP) / Medicaid ID# _____ <input type="checkbox"/> ບໍລິສັດປະກັນສຸຂະພາບແຂ້ວຂອງເອກະຊົນ _____ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີປະກັນສຸຂະພາບ	ການປະສານງານການດູແລເບິ່ງແຍງ ສໍາລັບຄອບຄົວຂອງທ່ານແມ່ນຟຣີ. ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບໃບຮຽກເກັບເງິນ.
--	--

**ໂດຍການລົງລາຍເຊັນຢູ່ຂ້າງລຸ່ມ, ທ່ານ:**  
 ໃນຖານະທີ່ເປັນພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ, ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຍືນຍອມໃຫ້ເປີດເຜີຍ ແລະ ແລກປ່ຽນຂໍ້ມູນ, ລວມເຖິງຂໍ້ມູນສຸຂະພາບສ່ວນບຸກຄົນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການບໍລິການ ທີ່ສະໜອງໃຫ້, ລະຫວ່າງ All Smiles Community Oral Health ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ຮ່ວມງານ, ບຸກຄະລາກອນຂອງໂຮງຮຽນ, ບໍລິສັດປະກັນໄພ, ທັນຕະແພດຂອງເດັກ, ອົງການປະສານງານການດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ແລະ/ຫຼື ອົງການດູແລເບິ່ງແຍງແຂ້ວທີ່ມີປະຫວັດທາງການແພດ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບສໍາເນົາ “ແຈ້ງການການປະຕິບັດ ຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ” .  
 ການປະຕິບັດຄວາມເປັນສ່ວນຕົວແມ່ນພ້ອມໃຫ້ບໍລິການໃນເວັບໄຊຂອງ All Smiles ທີ່ [AllSmilesCOH.org/forms](http://AllSmilesCOH.org/forms).

ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ: \_\_\_\_\_ ວັນທີ: \_\_\_\_\_