

ข้อมูลสำคัญ: กรุณาส่งคืน ใบอนุญาตที่ลงนามแล้วเพื่อใช้บริการฟรีนี้

บริการฟรีประกอบด้วย:

- การตรวจคัดกรองด้านทันตกรรม: ผู้เชี่ยวชาญด้านทันตกรรมของเราจะตรวจภายในช่องปากของนักเรียนเพื่อสุขภาพของฟันและเหงือก
- การเคลือบหลุมร่องฟัน:
อาจมีการเคลือบฟันกรามของนักเรียนเพื่อป้องกันฟันผุ
- ฟลูออไรด์: ทาบนฟัน วิตามินนี้จะทำให้ฟันแข็งแรงขึ้นและป้องกันฟันผุ



ทำไมคุณควรลงทะเบียนให้บุตรหลานของคุณเข้ารับบริการฟรี:

- ฟันที่แข็งแรงมีความสำคัญต่อสุขภาพโดยรวมของคุณ
- เมื่อบุตรหลานได้เคลือบหลุมร่องฟันที่โรงเรียน คุณจะประหยัดเวลาในการพาบุตรหลานไปพบทันตแพทย์และบุตรหลานของคุณจะขาดเรียนน้อยลง
- การเคลือบหลุมร่องฟันจะทำโดยผู้เชี่ยวชาญการดูแลด้านทันตกรรม
- ควรพบทันตแพทย์อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง



ทาฟลูออไรด์ลงบนฟันด้วยแปรงขนดเล็ก

หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม
กรุณาติดต่อเราที่
503-521-7166

ก่อนการเคลือบหลุมร่องฟัน

หลังการเคลือบหลุมร่องฟัน



ปัญหา: ฟันผุ

- ฟันผุเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก
- เด็กอายุ 5-11 ปีประมาณ 50% มีฟันผุอย่างน้อยหนึ่งซี่¹

วิธีการแก้ไข: การเคลือบหลุมร่องฟัน

- นักเรียนที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันมีฟันผุน้อยกว่านักเรียนที่ไม่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันถึง 50%²
- การทาฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุได้ 43% ในฟันแท้และ 37% ในฟันน้ำนม³

¹ CDC สุขภาพช่องปากในเด็ก <https://www.cdc.gov/oralhealth/basics/childrens-oral-health/index.html#:~:text=More%20than%20half%20of%20adolescents,one%20year%20old%20child%20has%20at%20least%20one%20cavity%20by%20age%205>

² คณะทำงานด้านบริการป้องกันโรคในระดับชุมชน (2017) การปรับปรุงสุขภาพช่องปาก โปรแกรมการให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันในโรงเรียน. <https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/OnePager-OralHealth-School-Sealants.pdf>

³ Marinho VCC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. การเคลือบฟลูออไรด์สำหรับป้องกันฟันผุในเด็กและวัยรุ่น. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 ฉบับที่ 7 หมายเลขบทความ: CD002279 DOI: 10.1002/14651858



Free services include:

-
- A colorful illustration of school supplies. A blue mug with a smiling face and closed eyes holds a pencil, a toothbrush, and a mirror. To the left of the mug is a red apple with a bite taken out of it, a green container, and a yellow and white tube of cream. The background is a yellow circle on a purple oval base.

A close-up photograph of a dental professional, seen from the side, wearing a white surgical mask and blue nitrile gloves. The professional is examining a young boy's teeth with a dental mirror. The boy is smiling and looking towards the camera. He is wearing a blue and white striped dental bib. The background is a plain, light-colored wall.

503-521-7166.

- Students who receive sealants have 50% fewer cavities than students who do not².
- Fluoride application prevents 43% of cavities in permanent teeth and 37% of cavities in baby teeth³.

Revised May 2024

ใบอนุญาตให้เข้ารับบริการทันตกรรมฟรี



มีการตรวจคัดกรองด้านทันตกรรมฟรี การเคลือบหลุมร่องฟัน และการทาฟลูออไรด์ที่โรงเรียนบุตรหลานของคุณ
บริการเหล่านี้จะทำได้โดยผู้เชี่ยวชาญการดูแลด้านทันตกรรมและจะช่วยป้องกันฟันผุ

ชื่อของบุตรหลาน: _____	(นามสกุล)	(ชื่อ)	(ชื่อที่ต้องการให้เรียก)
วันเกิดของบุตรหลาน (ว/ด/ป): _____ / _____ / _____ ครุ: _____ ระดับชั้น: _____			
โรงเรียน: _____			

โปรดทำเครื่องหมายในช่องหนึ่งช่องด้านล่างเพื่อลงทะเบียนรับบริการฟรี:

- ☐ ใช่ ต้องการให้ตรวจคัดกรอง เคลือบหลุมร่องฟัน และทาฟลูออไรด์
- ☐ ใช่ ต้องการให้ตรวจคัดกรองและเคลือบหลุมร่องฟัน
- ☐ ใช่ ต้องการให้ตรวจคัดกรองและทาฟลูออไรด์
- ☐ ใช่ ต้องการให้ตรวจคัดกรองเท่านั้น

* หมายเหตุ: หากทำเครื่องหมายในช่อง "ใช่" มากกว่าหนึ่งช่อง จะมีการให้บริการทั้งหมดตามที่ได้รับอนุญาต

☐ ไม่ ไม่ต้องการให้บริการทันตกรรมใดๆ แก่บุตรหลานของฉัน

ข้อมูลการติดต่อ	
ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล: _____	ภาษาที่ต้องการ: _____
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อคุณได้ดีที่สุด: _____	อนุญาตให้ส่งข้อความติดต่อ: ☐ ใช่ ☐ ไม่
ที่อยู่อีเมล: _____	
ที่อยู่ไปรษณีย์: _____	

กรุณาให้ข้อมูลดังต่อไปนี้เพื่อให้เราบริการบุตรหลานของคุณได้ดียิ่งขึ้น

บุตรหลานของคุณกำลังทานยา (ระบุชื่อยา): _____	ไม่มี: ☐
บุตรหลานของคุณมีอาการแพ้: _____	ไม่มี: ☐
ภาวะทางการแพทย์ในปัจจุบัน: _____	ไม่มี: ☐
ข้อพิจารณาด้านพฤติกรรม: _____	ไม่มี: ☐
ข้อมูลอื่นๆ ที่จะช่วยให้เราบริการบุตรหลานของคุณได้ดียิ่งขึ้น: _____	ไม่มี: ☐

กรุณากรอกข้อมูลในส่วนด้านล่างนี้ คุณจะไม่ได้รับใบเรียกเก็บเงิน

ประกันสุขภาพ: ☐ แผนการดูแลสุขภาพโอเรกอน (OHP) / Medicaid ID# _____ ☐ บริษัทประกันทันตกรรมเอกชน _____ ☐ ไม่มีประกันสุขภาพ	บริการเหล่านี้ฟรี!
ในฐานะผู้ปกครอง/ผู้ดูแลตามกฎหมาย ฉันให้ความยินยอมเป็นระยะเวลา 24 เดือนในการเปิดเผยและแบ่งปันข้อมูล รวมถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล กับเจ้าหน้าที่เคลือบหลุมร่องฟัน เจ้าหน้าที่ของโรงเรียน บริษัทประกัน ทันตแพทย์ของบุตรหลาน องค์กรดูแลการประสานงานที่เกี่ยวข้อง และ/หรือองค์กรดูแลทันตกรรมตามบันทึกในระบบ ฉันได้รับสำเนาของ "ประกาศเกี่ยวกับแนวปฏิบัติด้านความเป็นส่วนตัว" ซึ่งมีให้บริการบนเว็บไซต์สุขภาพช่องปากชุมชน AllSmilesCOH.org/forms ฉันรับทราบว่านักศึกษาทันตแพทย์ที่ได้รับการควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิดโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีใบอนุญาตอาจให้การรักษา ลายเซ็นผู้ปกครอง/ผู้ดูแล: _____ วันที่: _____	

Permission Slip for Free Dental Services



Free dental screenings, sealant placements, and brushed-on fluoride are offered at your child's school. These services are done by dental care professionals and will help prevent cavities.

Name of Child: _____		
(Last)	(First)	(Preferred Name)
Child's Date of Birth (mm/dd/yy): ____ / ____ / ____ Teacher: _____ Grade: _____		
School: _____		

Check ONE BOX below to sign up for this free service:

- ☐ Yes, to screening, sealants and fluoride
- ☐ Yes, to screening and sealants
- ☐ Yes, to screening and fluoride
- ☐ Yes, to screening only

* NOTE: If more than one "yes" box is checked, all approved services will be provided.

☐ **NO, do not provide any dental services for my child**

Contact Information	
Parent/Guardian:	Preferred Language:
Best phone number to reach you:	Permission to Text: ☐ YES ☐ NO
Email address:	
Mailing address:	

Please provide the following information so we can better serve your child:

My child is taking (list medications):	None: ☐
My child is allergic to:	None: ☐
Any current medical conditions:	None: ☐
Any behavioral considerations:	None: ☐
Other information to help us better serve your child:	None: ☐

Please complete the section below. You will not receive a bill.

Health Insurance: ☐ Oregon Health Plan (OHP) / Medicaid ID# _____ ☐ Private dental insurance company _____ ☐ No health insurance	These services are FREE!
As the legal parent/guardian, I consent for 24 months to the release and sharing of information, including personal health information, between the dental sealant staff, school staff, insurance carriers, the child's dentist, applicable Coordinated Care Organization, and/or the Dental Care Organization of record. I have received a copy of "Notices of Privacy Practices," also available on the All Smiles Community Oral Health website AllSmilesCOH.org/forms . I understand that a dental student closely supervised by a licensed professional may provide treatment.	
Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____	

สรุปประกาศเกี่ยวกับแนวปฏิบัติด้านความเป็นส่วนตัว

ความลับของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับการปกป้องของคุณ ซึ่งเรียกอีกอย่างว่าบันทึกทางการแพทย์ของคุณ เป็นสิ่งที่ All Smiles Community Oral Health ให้ความสำคัญสูงสุด มีหลายเหตุผลที่เราอาจต้องใช้ข้อมูลนี้หรือเปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ ประกาศเกี่ยวกับแนวปฏิบัติด้านความเป็นส่วนตัวนี้จัดทำขึ้นเพื่อแจ้งให้คุณทราบถึงวิธีที่เราสามารถใช้และเปิดเผยข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์ของคุณ หน้าที่ไม่ใช่ประกาศเกี่ยวกับแนวปฏิบัติด้านความเป็นส่วนตัวแบบสมบูรณ์ เราสามารถขอรับประกาศฉบับสมบูรณ์ได้ตามคำขอ นอกเหนือจากความมุ่งมั่นที่ยาวนานของเราในการปกป้องข้อมูลของคุณแล้ว เรายังมีภาระผูกพันบางประการที่จะต้องปฏิบัติตามภายใต้กฎหมายของรัฐบาลกลางด้วย หนึ่งในภาระผูกพันนั้นคือการมอบประกาศฉบับนี้แก่คุณ

คำอธิบายประเด็นต่างๆ ในประกาศเกี่ยวกับแนวปฏิบัติด้านความเป็นส่วนตัวฉบับสมบูรณ์

- **วิธีที่เราสามารถใช้และแชร์ข้อมูลสุขภาพของคุณโดยไม่ต้องได้รับอนุญาตจากคุณเพื่อ:**
 - ให้การรักษาแก่คุณ
 - รับค่าบริการจากบริการที่เรามอบให้แก่คุณ
 - ดำเนินการรายงานต่อหน่วยงานของรัฐบาลกลาง รัฐ และท้องถิ่น รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องตามที่กฎหมายกำหนด
 - ดำเนินการรายงานหรือแบ่งปันข้อมูลเพื่อประโยชน์ด้านสาธารณสุข ความปลอดภัย และ/หรือวัตถุประสงค์ทางการวิจัย
- **วิธีที่เราสามารถแบ่งปันข้อมูลของคุณโดยไม่ต้องได้รับอนุญาตจากคุณ แต่จะให้โอกาสคุณในการคัดค้าน:**
 - เพื่อแบ่งปันข้อมูลเกี่ยวกับคุณให้แก่ครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคุณ เพื่อให้มีการชำระค่าบริการที่คุณได้รับ
 - เพื่อแบ่งปันข้อมูลในกรณีเกิดภัยพิบัติ เพื่อแจ้งให้ครอบครัวและเพื่อนของคุณทราบเกี่ยวกับที่อยู่และอาการทั่วไปของคุณ
- **วิธีที่เราสามารถใช้และแบ่งปันข้อมูลทางการแพทย์ของคุณได้เฉพาะเมื่อได้รับอนุญาตจากคุณ สำหรับการเปิดเผยข้อมูลที่ไม่ได้กล่าวถึงข้างต้น**
- **สิทธิทางกฎหมายของคุณภายใต้กฎหมายความเป็นส่วนตัวของรัฐบาลกลาง รวมถึงสิทธิของคุณในการ:**
 - ขอดูและทำสำเนาข้อมูลทางการแพทย์ของคุณ
 - ขอให้แก้ไขข้อมูลทางการแพทย์ของคุณที่ไม่ถูกต้องหรือไม่สมบูรณ์
 - ขอรายชื่อสถานที่ที่เราส่งข้อมูลของคุณไป ยกเว้นกรณีที่เราได้รับอนุญาตจากคุณ สำหรับการชำระเงิน การรักษา หรือการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพ
 - ขอให้เราจำกัดข้อมูลที่เราใช้หรือแบ่งปันสำหรับการรักษา การชำระเงิน หรือการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพ หรือข้อมูลที่เราแบ่งปันกับสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคุณ ทั้งนี้ เราไม่จำเป็นต้องตกลงตามคำขอของคุณ
 - ขอให้เราติดต่อกับคุณในลักษณะที่เป็นความลับ
 - ขอสำเนานับกระดาษของประกาศเกี่ยวกับแนวปฏิบัติด้านความเป็นส่วนตัวได้ตลอดเวลา
 - ได้รับการแจ้งเตือนในกรณีที่มีการละเมิดข้อมูลสุขภาพที่ได้รับการปกป้องซึ่งไม่ได้รับการรักษาความปลอดภัย
 - ยื่นเรื่องร้องเรียนหากคุณคิดว่าการละเมิดสิทธิความเป็นส่วนตัวของคุณ
 - ชำระค่ารักษาพยาบาลหรือบริการทางการแพทย์ด้วยเงินของตนเองทั้งหมด และจำกัดการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือบริการนั้นแก่ผู้ให้บริการประกันสุขภาพของคุณ



SUMMARY OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

The confidentiality of your protected health information, also called your medical record, is a high priority at All Smiles Community Oral Health. There are a number of reasons we may need to use this information or disclose it to others. This Notice of Privacy Practices is provided to inform you of the ways we can use and release information from your medical record. THIS PAGE IS NOT THE FULL NOTICE OF PRIVACY PRACTICES. The full notice is available upon request. In addition to our longstanding commitment to protecting your information, there are certain obligations we have under federal law. One of those obligations is to provide you with this Notice.

THINGS EXPLAINED IN THE FULL NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

- **How we may use and share your health information without your permission to:**
 - Provide treatment to you.
 - Get paid for the services we provide to you.
 - Make reports to federal, state, and local agencies and others when the law requires such reporting.
 - Make reports or share information for public health, safety, and/or research purposes.
- **How we can share your information without your permission, but only if we give you a chance to object:**
 - To share information about you to family, friends, or others involved in your care for payment for the services you receive.
 - To share information in case of a disaster to let your family and friends know where you are and your general condition.
- **How we can use and share your medical information only with your permission for disclosures other than those described above.**
- **Your legal rights under federal privacy laws include your right to:**
 - Ask to see and copy your medical information.
 - Ask that incorrect or incomplete information in your medical information be corrected.
 - Ask for a list of the places we have sent your information unless it was sent with your permission, for payment, treatment, or health care operations.
 - Ask that we limit the information we use or share for treatment, payment, or healthcare operations, or the information we share with family members or others involved in your care. We are not required to agree to your request.
 - Ask that we communicate with you in a confidential manner.
 - Ask for a paper copy of the Notice of Privacy Practices at any time.
 - Be notified in the event of a breach of unsecured, protected health information.
 - File a complaint if you think your privacy rights have been violated.
 - Pay out of pocket in full for a healthcare item or service and restrict disclosure of that particular item or service to your health plan provider.