

## 2018-19 년 학내 치과 진료 서비스 동의서

귀학교는 학사 일정 동안 학교에서 제공하는 치과 서비스를 기획하였습니다.

치과 진료 서비스는 Champaign-Urbana 공중 보건 지구 Children & Teens Dental Clinics 에서 제공합니다.

**무료 서비스입니다.**

치과 서비스는 충치 예방을 위해 치과 검진, 치아 청소, 불소 및 치과 실란트로 구성되어 있습니다.

학생들이 볼 수 있도록 아래의 동의서를 작성하십시오. 치과 의사는 매번 방문 후 학생을 통해 집으로 보고서를 보냅니다. 학생은 6 개월마다 치과 의사를 만나야 합니다.

치과 의사가 필요하거나 궁금한 점이 있으시면, 다음으로 전화하십시오.

(217) 531-4279

**프린트하여 펜으로 작성하십시오.**

학생 이름 \_\_\_\_\_ 생년월일 \_\_\_\_\_

학교 이름 \_\_\_\_\_ 학년 \_\_\_\_\_

\_\_\_ 여성 \_\_\_ 남성 \_\_\_ 기타

**인종:**

\_\_\_ 아메리칸 인디언 / 알래스카 원주민  
 \_\_\_ 동양인  
 \_\_\_ 흑인 / 아프리카계 미국인  
 \_\_\_ 하와이 원주민 / 기타 태평양 섬 인종  
 \_\_\_ 백인  
 \_\_\_ 알 수 없음

**민족:**

\_\_\_ 히스패닉  
 \_\_\_ 비 히스패닉  
 \_\_\_ 알 수 없음

**부모 또는 법적 보호자:**

이름 \_\_\_\_\_ 이메일 \_\_\_\_\_

주소 \_\_\_\_\_ 아파트 번호 \_\_\_\_\_ 시 \_\_\_\_\_ 우편 번호 \_\_\_\_\_

전화 번호 \_\_\_\_\_ 다른 전화 번호 \_\_\_\_\_

**보험:**

\_\_\_ 없음    \_\_\_ IL MEDICAID    \_\_\_ BLUE CROSS    \_\_\_ HARMONY    \_\_\_ ILLINICARE  
 \_\_\_ MERIDIAN    \_\_\_ MOLINA    \_\_\_ 기타 : \_\_\_\_\_

**양식의 뒷면을 기입하십시오.**

## 병력

\_\_\_ 알 수 없는 질환

\_\_\_ 주의력결핍장애, 주의력결핍과잉행동장애 또는 관련 질환

\_\_\_ 에이즈 또는 HIV 양성

\_\_\_ 천식, 흡입기를 사용합니까? \_\_\_ 예 \_\_\_ 아니오

\_\_\_ 혈액 또는 출혈성 장애

\_\_\_ 유형: \_\_\_\_\_

\_\_\_ 혈압 질환

\_\_\_ 고혈압 \_\_\_ 저혈압

\_\_\_ 암, 유형: \_\_\_\_\_

\_\_\_ 당뇨병, 유형: \_\_\_\_\_

\_\_\_ 간질 또는 발작 장애

\_\_\_ 청각 장애

\_\_\_ 심장 수술 / 심장 질환

\_\_\_ 유형: \_\_\_\_\_

\_\_\_ 정신 장애 : \_\_\_\_\_

\_\_\_ 신체 장애

\_\_\_ 유형: \_\_\_\_\_

\_\_\_ 임신

\_\_\_ 겸상 적혈구성 빈혈

\_\_\_ 결핵

\_\_\_ 기타: \_\_\_\_\_

## 약, 건강기능식품, 비타민제

\_\_\_ 없음, 또는 목록: \_\_\_\_\_

## 알레르기

\_\_\_ 없음, 또는 목록: \_\_\_\_\_

"본인이 아는 한도 내에서, 본 양식에 대한 질문에 정확하게 대답했습니다. 잘못된 정보를 제공하면 학생의 건강에 해를 끼칠 수 있으며, 자녀의 건강 상태가 변경되었을 시, 치과 서비스 공급자에게 (217) 531-4279 로 연락하는 것은 본인의 책임임을 이해합니다.

본 양식에 서명함으로써, 본인은 2018-19 학년도에 Champaign-Urbana 공중 보건 지구(CUPHD)가 본인의 학생을 치료하는 것에 동의하고, 또한 HIPAA 와 본인의 개인 정보 보호 권리를 이해하고 있음을 확인하며, 요청한 경우 사본을 수령하였음을 확인합니다. 본 문서는 일리노이 공중 보건 부서에 품질 보증 감사 업무 수행에 대한 권한을 부여하며, 본인의 학생의 학교가 치과 치료를 논의할 필요가 있는 경우 추가적인 연락처 정보를 CUPHD 에 제공할 권한을 부여합니다. "

학부모 또는 법적 보호자 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

-----내부 용도로만 사용하십시오-----

치과의사 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

차트 번호 \_\_\_\_\_ 자격 \_\_\_\_\_