

2018-19 年度学校牙医服务同意书

MANDARIN / CHINESE

该生就读的学校已安排于上课期间校内提供牙医服务。
这项服务由尚佩恩/乌尔班纳公共健康区域青少年儿童牙科诊所提供。

此服务无需您承担任何费用。

服务项目包括牙齿检查、清洗、牙齿氟化和牙裂沟封闭，防止蛀牙产生。

请完整填写以下同意书并提供给学生过目。牙医会在每次服务之后发送报告让学生带回家。牙医每六个月为学生提供一次牙科服务。如果您需要看牙医或存在任何疑问，请致电：(217) 531-4279

打印并使用签字笔填写下表

学生姓名 _____ 生日 _____

学校名称 _____ 年级 _____

_____ 女 _____ 男 _____ 其他

种族:

民族:

_____ 美洲印第安人/阿拉斯加土著民

_____ 西班牙裔

_____ 亚洲人

_____ 非西班牙裔

_____ 黑人/非洲裔美国人

_____ 不详

_____ 夏威夷原住民/其他太平洋岛国人

_____ 白人

_____ 不详

父母或法定监护人:

姓名 _____ 电子邮件 _____

地址 _____ 公寓 T# _____ 城市 _____ 邮政编码 _____

电话号码 _____ 其他电话号码 _____

保险:

_____ 无

_____ IL MEDICAID

_____ BLUE CROSS

_____ HARMONY

_____ ILLINICARE

_____ MERIDIAN

_____ MOLINA

_____ 其他: _____

翻到背面继续填写

病史

<input type="checkbox"/> 无已知疾病	<input type="checkbox"/> 听力障碍
<input type="checkbox"/> 注意力缺失症、注意力不集中症或相关疾病	<input type="checkbox"/> 心脏手术或心脏疾病
<input type="checkbox"/> 艾滋病或 HIV 呈阳性	类型: _____
<input type="checkbox"/> 哮喘; 是否使用吸入器? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 精神障碍
<input type="checkbox"/> 出血性疾病	<input type="checkbox"/> 身体残疾
类型: _____	类型: _____
<input type="checkbox"/> 血压疾病	<input type="checkbox"/> 怀孕
<input type="checkbox"/> 高压 <input type="checkbox"/> 低压	<input type="checkbox"/> 镰状细胞性贫血
<input type="checkbox"/> 癌症; 类型: _____	<input type="checkbox"/> 结核病
<input type="checkbox"/> 糖尿病; 类型: _____	<input type="checkbox"/> 其他: _____
<input type="checkbox"/> 癫痫或痉挛	_____

药物、补充营养品和维生素使用

无, 或列举如下: _____

过敏史

无, 或列举如下: _____

“就本人所知的全部实情, 这份表格上的问题已全部如实作答。我知晓如果信息提供有误可能对该生的健康造成危害, 且知晓如果孩子的疾病状况有任何变化, 本人有责任致电(217) 531-4279 联络牙科服务提供方。”

签署这份表格表示本人许可尚佩恩/乌尔班纳公共健康区域(CUPHD)牙科计划在 2018-19 年期间校内为该生提供牙医服务, 且确认本人理解健康保险携带和责任法案 (HIPAA) 和个人的隐私权利, 已经获得复本 (如有要求)。与此同时, 这也表示本人许可伊利诺斯州公共健康质量保证审计部门执行例常审计, 且如果需要进一步谈论牙医治疗事宜, 许可该生就读的学校为本人提供 CUPHD 的更多联络信息。

父母或法定监护人签名: _____ 日期: _____

-----仅供公务使用-----

DENTIST'S SIGNATURE _____ DATE _____

CHART # _____ ELIGIBILITY _____