

컬럼비아 특별구 정부 학교 기반 구강 건강 프로그램 동의서

학부모님 또는 보호자님께,

컬럼비아 특별구 보건부(DC Health)에서는 DC 학교 기반 구강 건강 프로그램(School-Based Oral Health Program, SBOHP)을 통해 자녀의 학교/시설 내 예방적 치과 의료 서비스를 후원합니다. 이 프로그램을 통해 유자격 치과 의사와 소속 직원은 6개월 동안 치과 진료를 받지 못한 학생들에게 검사("검진")와 엑스레이 서비스를 제공합니다. 이 서비스에는 스케일링, 불소 치료 및 실란트(필요한 경우)가 포함됩니다. 필링이나 드릴링, 주사, 발치, 또는 치아교정기와 같은 추가 서비스를 필요로 하는 학생들은 각각의 치과로 치료 의뢰를 보낼 것입니다. 자녀의 진료 정보는 후속 치료 및 프로그램 모니터링을 위한 목적으로 적합한 학교/시설 담당자 및 SBOHP와 공유될 것입니다.

참고 사항: 학생은 6개월에 한 번씩 치과 검진을 받아야 합니다. SBOHP 서비스는 학생의 일반 치과 검진을 대신할 수 없습니다. 치과 의료 제공자는 진료를 받는 모든 학교/시설 내 아동들의 치과 보험 보장 범위와 마지막 치과 검진일을 확인하고, 제공된 모든 서비스에 대한 비용을 보험에 청구할 것입니다.

아동/학생 정보	
아동 이름:	
생년월일 (월/일/연도)	현재 성별 정체성:
집 주소 (거리, 도시, 주, 우편 번호):	
민족 (해당 항목 모두 표시): <input type="checkbox"/> 히스패닉/라틴계 <input type="checkbox"/> 비히스패닉/비라틴계 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 응답하고 싶지 않음	
인종 (해당 항목 모두 표시):	<input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언/알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 흑인/아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민/태평양 섬 주민 <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 응답하고 싶지 않음
학교/시설명:	학년:
교사 이름:	
학부모/보호자 이름:	
전화번호:	대체 전화번호:
이메일 주소:	
마지막 치과 방문일: <input type="checkbox"/> 1~3개월 전 <input type="checkbox"/> 4~6개월 전 <input type="checkbox"/> 6개월 이상 전 <input type="checkbox"/> 확실하지 않음 <input type="checkbox"/> 전혀 없음	
차 치과의료 제공자:	

건강 보험 자녀가 서비스를 받으려면 확인란 중 하나를 선택하고 모든 관련 정보를 제공해야 합니다	
<input type="checkbox"/> 자녀가 다음과 같은 DC Medicaid/DC Healthy Families 보험 플랜에 가입되어 있습니다	
<input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas (ID #: <input type="checkbox"/> Amerigroup (ID #: <input type="checkbox"/> Health Services for Children with Special Needs (HSCSN) Inc. ID #:	<input type="checkbox"/> MedStar Family Choice (ID #: <input type="checkbox"/> Medicaid Fee-For-Service ("Straight Medicaid") (ID #: <input type="checkbox"/> 기타:
<input type="checkbox"/> 자녀가 개인 치과 보험에 가입되어 있습니다.	
보험 회사: 고용주: 성인 피보험자 성명: 가입자 ID/증권 번호:	보험 회사 전화번호: 고용주 전화번호: 성인 피보험자 생년월일: 그룹 번호:
<input type="checkbox"/> 자녀가 치과 보험에 가입되어 있지 않습니다.	



컬럼비아 특별구 정부 학교 기반 구강 건강 프로그램 동의서

학생의 학부모/보호자로서, 본인은 DC Health 학교 기반 구강 건강 프로그램 동의서(School-Based Oral Health Program, SBOHP)를 통해 치과 서비스를 받는 것에 동의합니다. 본인은 자녀의 참여가 다음 사항에 동의를 제공한다는 것을 이해합니다.

- 서비스를 제공하기 전에 치과 의료 제공자가 보험에 가입했는지 확인합니다.
- 치과 의료 제공자가 Medicaid, 민간 보험 또는 기타 지불인에게 비용을 청구하고 징수합니다.
- 개인 치과 보험이 있는 경우, 치과의료 제공자가 공제액 및/또는 자기 부담금을 가족에게 청구합니다.
- 치과의료 제공자가 자녀의 임상 정보를 DC Health, DC 보건 재정부(DC Health Care Finance), Medicaid 관리진료기구(Managed Care Organizations) 및/또는 자녀의 건강 관리와 관련된 기타 의료 제공자와 기밀로 공유합니다.

또한 본인은 본인 또는 상속인, 유언 집행인, 관리자 또는 피지명인이 위에 열거된 활동으로 인해 발생하거나 그로 인해 발생하는 알려진 또는 알려지지 않은 모든 부상 및 손해에 대해 발생할 수 있는 모든 청구, 요구, 조치 또는 판단으로부터 컬럼비아 특별구 정부 및 그 기관, 직원, 임원, 에이전트 또는 대리인을 면제, 면책 및 보호할 것에 동의합니다. **본인이 이 동의서에 서명하지 않으면 자녀가 이 프로그램에서 제공하는 서비스를 받지 못하게 됨을 이해합니다.**

본인은 DC Health의 구강 건강 프로그램(2201 Shannon Place SE 5th Floor, Washington, DC 20020)에 서면으로 통지하거나 doh.oralhealth@dc.gov 로 이메일을 보내 언제든지 이 동의를 철회할 수 있음을 이해합니다. 본인은 이 철회가 이루어질 때까지 서명한 날로부터 1년 동안 서비스에 대한 동의 효력이 유지되며 위에서 설명한 특정 목적을 위해 당사자가 위에 명시된 자녀의 정보에 계속 접근할 수 있음을 이해합니다.

치과의료 제공자가 자녀에게 최상의 서비스를 제공할 수 있도록 다음 정보를 제공해 주십시오.

의료 정보 자녀에게 적용되는 각 조건을 확인하고 제공된 공란에 설명을 제공해 주십시오.
<input type="checkbox"/> 치과 문제
<input type="checkbox"/> 심장 문제/판막 수술/선트
<input type="checkbox"/> 천식/호흡 문제
<input type="checkbox"/> 간질/발작
<input type="checkbox"/> 알레르기 <input type="checkbox"/> 라텍스 알레르기 <input type="checkbox"/> 잣 알레르기 <input type="checkbox"/> 아크릴 알레르기 <input type="checkbox"/> 기타
<input type="checkbox"/> 현재 복용 중인 약
<input type="checkbox"/> 항생제 처방 필요
<input type="checkbox"/> 기타 건강 문제(당뇨, 출혈 문제, 전염병 등)
자녀의 1차 진료 의사 및/또는 의료제공자(해당하는 경우):

본 페이지 뒷면의 고지 사항을 읽었으며 그 내용을 이해하고 동의합니다. 서명함으로써 본인은 본인의 자녀가 DC Health 학교 기반 구강 건강 프로그램을 통해 서비스를 받는 것에 대해, 고지에 입각해 동의합니다.

학부모/보호자 서명: _____ 날짜: _____