

Chính Quyền DC

Phiếu Chấp Thuận Tham Gia Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Răng Miệng Học Đường

Kính gửi Quý Phụ Huynh hoặc Người Giám Hộ:

Sở Y Tế DC (DC Health) là đơn vị tài trợ cho các dịch vụ nha khoa dự phòng tại trường/cơ sở của con em quý vị thông qua Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Răng Miệng Học Đường tại DC (SBOHP). Thông qua chương trình này, các nha sĩ được cấp phép và nhân viên của họ sẽ tiến hành thăm khám (“khám kiểm tra”) và chụp X-quang cho những học sinh chưa đi khám nha khoa trong vòng sáu (6) tháng qua. Các dịch vụ bao gồm làm sạch răng, điều trị bằng fluoride và trám bít hố rãnh (nếu cần). Trẻ em có thể cần thêm dịch vụ chẳng hạn như trám răng, khoan, chích thuốc, nhổ răng, hay nẹp, sẽ được giới thiệu tới các cơ sở nha khoa của họ. Thông tin về kết quả thăm khám của con em quý vị sẽ được chia sẻ với cán bộ liên lạc phù hợp tại trường/cơ sở, và với SBOHP nhằm mục đích theo dõi và giám sát chương trình.

VUI LÒNG LƯU Ý: Nên đưa trẻ đi khám nha sĩ sáu (6) tháng một lần. Các dịch vụ của SBOHP KHÔNG THỂ thay thế cho khuyến nghị nên đưa trẻ đi khám nha sĩ thường xuyên. Các nhà cung cấp dịch vụ nha khoa sẽ kiểm tra bảo hiểm nha khoa và kết quả khám nha khoa gần nhất đối với tất cả những trẻ có mặt tại trường/cơ sở, và sẽ lập hóa đơn bảo hiểm cho bất kỳ dịch vụ nào được cung cấp.

THÔNG TIN VỀ TRẺ/HỌC SINH	
Tên Trẻ:	
Ngày Sinh (MM/DD/YY):	Nhận Dạng Giới Tính Hiện Tại:
Địa Chỉ Nhà (Đường, Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Bưu Chính):	
Chủng tộc (đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp): <input type="checkbox"/> Người Gốc Tây Ban Nha/La-Tinh <input type="checkbox"/> Không Phải Là Người Gốc Tây Ban Nha/La-Tinh <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời	
Chủng Tộc (đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp): <input type="checkbox"/> Thổ Dân Mỹ/ Thổ Dân Alaska <input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Người Da Đen/ Mỹ Gốc Phi <input type="checkbox"/> Thổ Dân Hawaii/Gốc Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Người Da Trắng <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời	
Tên Trường/Cơ Sở:	Lớp:
Tên Giáo Viên:	
Tên Phụ Huynh/Người Giám Hộ:	
Số Điện Thoại:	Số Điện Thoại Thay Thế:
Địa Chỉ Email:	
Lần Khám Răng Gần Nhất: <input type="checkbox"/> 1-3 tháng trước <input type="checkbox"/> 4-6 tháng trước <input type="checkbox"/> Trên 6 tháng trước <input type="checkbox"/> Không rõ <input type="checkbox"/> Chưa bao giờ	
Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Nha Khoa Chính:	

BẢO HIỂM Y TẾ	
Quý vị phải chọn một trong các ô đánh dấu và cung cấp tất cả thông tin liên quan để con em quý vị có thể nhận được các dịch vụ.	
<input type="checkbox"/> Trẻ này có chương trình bảo hiểm DC Medicaid/ DC Healthy Families sau đây:	
<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"/> Khác:
<input type="checkbox"/> Trẻ này có bảo hiểm nha khoa tư nhân:	
Công Ty Bảo Hiểm: Chủ Sử Dụng Lao Động: Tên của Người Lớn Được Bảo Hiểm: ID Hội Viên/Số Hợp Đồng:	Số Điện Thoại của Công Ty Bảo Hiểm: Số Điện Thoại của Chủ Sử Dụng Lao Động: Ngày Sinh của Người Lớn Được Bảo Hiểm: Số Nhóm:
<input type="checkbox"/> Trẻ này không có bảo hiểm nha khoa	



Chính Quyền DC

Phiếu Chấp Thuận Tham Gia Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Răng Miệng Học Đường

Với tư cách là phụ huynh/người giám hộ của học sinh có tên bên trên, tôi đồng ý cho con em tôi được nhận các dịch vụ nha khoa thông qua Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Răng Miệng Học Đường tại DC. Tôi hiểu rằng sự tham gia của con em tôi tức là tôi chấp thuận với những điều khoản sau:

- Nhà cung cấp dịch vụ nha khoa được quyền xác minh chương trình bảo hiểm trước khi cung cấp dịch vụ.
- Nhà cung cấp dịch vụ nha khoa được quyền lập hóa đơn và thu tiền thanh toán từ bất kỳ chương trình Medicaid, bảo hiểm tư nhân hay bên thanh toán nào khác.
- Nếu tôi có bảo hiểm nha khoa tư nhân, nhà cung cấp dịch vụ nha khoa sẽ được quyền lập hóa đơn cho gia đình đối với bất kỳ khoản khấu trừ và/hoặc khoản đồng thanh toán nào.
- Nhà cung cấp dịch vụ nha khoa được quyền chia sẻ một cách thận trọng các thông tin lâm sàng của con em tôi với DC Health, Sở Tài Chính Chăm Sóc Sức Khỏe DC, các Tổ Chức Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý Medicaid và/hoặc các nhà cung cấp dịch vụ lâm sàng khác có liên quan đến hoạt động chăm sóc sức khỏe cho con em tôi.

Đồng thời tôi đồng ý miễn trách nhiệm, đảm bảo và bảo vệ Chính Quyền DC và bất kỳ cơ quan, nhân viên, cán bộ, đại lý hoặc người đại diện nào hoàn toàn vô hại trước mọi khiếu nại, yêu cầu, hành động hoặc phán quyết khi tôi hoặc người thừa kế, người thi hành, người quản lý của tôi hoặc người được tôi chỉ định có thể gặp phải bất kỳ thương tích và thiệt hại nào, dù đã biết hay chưa biết, được gây ra bởi hoặc phát sinh từ các hoạt động được liệt kê ở trên. **Tôi hiểu rằng nếu tôi không ký tên vào phiếu chấp thuận tham gia này, con em tôi sẽ không nhận được bất kỳ dịch vụ nào được cung cấp theo chương trình này.**

Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi phiếu chấp thuận này bất cứ lúc nào bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Răng Miệng của DC (2201 Shannon Place SE 5th Floor, Washington, DC 20020) hoặc qua email doh.oralhealth@dc.gov. Tôi cũng hiểu rằng cho đến khi quyết định thu hồi được thực hiện, chấp thuận tiếp nhận các dịch vụ sẽ vẫn có hiệu lực trong vòng một năm dương lịch kể từ ngày ký và các bên có tên nêu trên sẽ tiếp tục có quyền tiếp cận các thông tin của con em tôi cho những mục đích cụ thể theo quy định.

Vui lòng cung cấp các thông tin sau để giúp nhà cung cấp dịch vụ nha khoa có thể phục vụ tốt nhất cho con em quý vị:

THÔNG TIN Y KHOA Kiểm tra từng điều kiện được áp dụng cho con em quý vị và giải thích trong phạm vi cho phép.
<input type="checkbox"/> Các vấn đề về răng miệng
<input type="checkbox"/> Các vấn đề về tim/thay van tim/có luồng thông tim
<input type="checkbox"/> Hen suyễn/các vấn đề hô hấp
<input type="checkbox"/> Động kinh/co giật
<input type="checkbox"/> Dị ứng <input type="checkbox"/> Dị ứng latex <input type="checkbox"/> Dị ứng hạt thông <input type="checkbox"/> Dị ứng acrylic <input type="checkbox"/> Khác
<input type="checkbox"/> Các loại thuốc hiện đang sử dụng
<input type="checkbox"/> Các loại tiền thuốc kháng sinh bắt buộc
<input type="checkbox"/> Các vấn đề sức khỏe khác (tiểu đường, vấn đề chảy máu, bệnh truyền nhiễm, v.v...)
Bác Sĩ Chăm Sóc Chính và/hoặc Nhà Cung Cấp Dịch Vụ của Trẻ (nếu có):

Tôi đã đọc thông báo ở mặt sau của trang này cũng như đã hiểu và đồng ý với các điều khoản theo quy định. Bằng cách ký tên, tôi đồng ý cho con em tôi được nhận các dịch vụ thông qua Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Răng Miệng Học Đường tại DC.

Chữ Ký Của Phụ Huynh/Người Giám Hộ: _____ Ngày: _____