

**컬럼비아 특별구 정부(Government of the District of Columbia)
학교 기반 구강 건강 프로그램 동의서(School Based Oral Health Program Consent Form)**

학부모님 또는 보호자님께,

컬럼비아 특별구 보건부(District of Columbia Department of Health, DC Health)에서는 DC 학교 기반 구강 건강 프로그램(SBOHP)을 통해 귀하 자녀의 학교 내 예방적 치과 의료 서비스를 후원합니다. 이 프로그램을 통해, 허가된 치과 의사와 병원 직원이 육(6)개월 동안 치과 진료를 받지 못한 학생들에게 검사("검진")와 엑스레이 서비스를 제공하게 됩니다. 이 서비스에는 스케일링, 불소 치료 및 실란트(필요한 경우)가 포함됩니다. 필링이나 드릴링, 주사, 발치, 또는 치아교정기와 같은 추가 서비스를 필요로 하는 아이들은 각자의 치과로 회부될 것입니다. 자녀의 진료 정보는 후속 치료 및 프로그램 모니터링을 위한 목적으로 적합한 학교/시설 담당자 및 SBOHP 와 공유될 것입니다.

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

아동/학생 정보	
아동 이름:	
생년월일 (MM/DD/YY):	현재 성별 정체성:
집 주소 (거리, 도시, 주, 우편 번호):	
학교/시설 이름:	학년:
교사 이름:	
학부모/보호자 이름:	
전화번호:	대체 전화번호:
이메일 주소:	
마지막 치과 방문일: <input type="checkbox"/> 1-3 개월 전 <input type="checkbox"/> 4-6 개월 전 <input type="checkbox"/> 6 개월 이상 전 <input type="checkbox"/> 잘 모르겠음 <input type="checkbox"/> 한 번도 간적 없음	
1 차 치과 의료 제공자:	
건강 보험 -자녀가 서비스를 받으려면 체크박스들 중 하나를 선택하고 모든 관련 정보를 제공해야 합니다.	
<input type="checkbox"/> 자녀가 다음과 같은 메디케이드/Health Families 보험 플랜에 가입되어 있습니다: <input type="checkbox"/> DC Healthy Families <input type="checkbox"/> DC Medicaid <input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas <input type="checkbox"/> MedStar Family Choice <input type="checkbox"/> CareFirst <input type="checkbox"/> 특수 교육 아동들을 위한 의료 서비스 <input type="checkbox"/> 기타: _____ <input type="checkbox"/> Medicaid/DC Healthy Families #: _____	
<input type="checkbox"/> 자녀가 민간 치과 보험에 가입되어 있습니다: 보험 회사: 고용주: 성인 피보험자 이름: 가입자 ID/보험 번호:	보험사 전화번호: 고용주 전화번호: 성인 피보험자 생년월일: 그룹 번호:
<input type="checkbox"/> 자녀가 치과 보험에 가입되어 있지 않습니다	



컬럼비아 특별구 정부(Government of the District of Columbia)
학교 기반 구강 건강 프로그램 동의서(School Based Oral Health Program Consent Form)

위에 언급된 학생의 학부모/보호자로서 본인은 본인의 자녀가 DC 보건부의 학교 기반 구강 건강 프로그램을 통해 치과 서비스를 받는 것에 동의합니다. 본인은 자녀의 참여가 다음 사항들에 동의한다는 것임을 이해합니다:

- 서비스를 제공하기 전에 치과 의료 제공자가 보험에 가입했는지 확인합니다.
- 치과 의료 제공자가 메디케이드, 민간 보험 또는 기타 지불인에게 비용을 청구하고 수금합니다.
- 민간 치과 보험이 있는 경우, 치과 의료 제공자가 공제액 및/또는 자기 부담금을 가족에게 청구합니다.
- 치과 의료 제공자가 자녀의 임상 정보를 DC 보건부, DC 보건 재정부(Health Care Finance), 메디케이드 관리 치료 단체(Medicaid Managed Care Organizations) 및/또는 자녀의 건강 관리와 관련된 기타 의료 제공자와 기밀 보장 하에 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, 대리인 또는 대리인을 면제, 면책 및 보호할 것에 동의합니다. **본인이 이 동의서에 서명하지 않으면 자녀가 이 프로그램에서 제공하는 서비스를 받지 못하게 됨을 이해합니다.**

본인은 DC 보건부의 구강 건강 프로그램(899 N. Capitol St. NE, 3rd Floor, Washington, DC 20002)에 서면 통지를 하거나 hcab.dchealth@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, 자녀의 정보는 상기 설명된 특정 목적들을 위해 상기 나열된 당사자들이 지속적으로 이용할 수 있음을 또한 이해합니다.

치과 의료 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"/> 치과적 문제
<input type="checkbox"/> 심장 질환/판막치환술/선트(shunts)
<input type="checkbox"/> 천식/호흡기 질환
<input type="checkbox"/> 발작/간질
<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"/> 복용중인 약물
<input type="checkbox"/> 항생제 예비 투여가 요구됨
<input type="checkbox"/> 기타 의료 질환 (당뇨, 출혈성 질환, 전염병 등)
자녀의 주치의 및/또는 의료제공자(해당하는 경우):

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

학부모/보호자 서명: _____

날짜: _____