

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 cơ sở nha khoa trong khu vực của các em. 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 thay thế cho một buổi khám với nha sĩ mà trẻ vẫn thường khám. 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):	
Tên trường/cơ sở:	Lớp:
Tên Giáo Viên:	
Tên của Phụ Huynh/Người Giám Hộ:	
Số Điện Thoại:	Số Điện Thoại Thay Thế:
Địa Chỉ Email:	
Lần khám nha khoa cuối: <input type="checkbox"/> 1-3 tháng trước <input type="checkbox"/> 4-6 tháng trước <input type="checkbox"/> hơn 6 tháng trước <input type="checkbox"/> Không rõ <input type="checkbox"/> Không 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 Medicaid/Healthy Families sau đây: <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"/> Health Services for Children with Special Needs <input type="checkbox"/> Khác: _____ <input type="checkbox"/> Số Medicaid/DC Healthy Families: _____	
<input type="checkbox"/> Trẻ này có bảo hiểm nha khoa tư nhân: Công Ty Bảo Hiểm: Chủ 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 biểu mẫu 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 (899 N. Capitol St. NE, 3rd Floor, Washington, DC 20002) hoặc qua email hcab.dchealth@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 nha khoa
<input type="checkbox"/>	Các vấn đề tim/thay van tim/ống dẫn
<input type="checkbox"/>	Suyễn/vấn đề về 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 thuốc hiện đang dùng
<input type="checkbox"/>	Cần dùng thuốc kháng sinh trước thủ thuật
<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: _____