

VUI LÒNG VIẾT CHỮ IN

Dịch vụ được cung cấp bởi:

Điền và đưa lại trường (chỉ khi bạn MUỐN các dịch vụ này)

TÊN TRƯỜNG (hoặc Hội chợ Sức khỏe):



Miles of Smiles, Ltd.
2424 N 8th St
Pekin, IL 61554-1547
309-382-6404

GIÁO VIÊN::

LỚP:

QUẬN:

BẠN CÓ NHA SĨ KHÔNG? CÓ / KHÔNG

TÊN NHA SĨ:

NGÀY KIỂM TRA:

CUNG CẤP THÔNG TIN NHƯ SAU NẾU BẠN CHỈ MUỐN CÁC DỊCH VỤ NHA KHOA NÀY

sẽ được Miles of Smiles, Ltd cung cấp bởi trường.

Cha mẹ hoặc người giám hộ thân mến,

Miles of Smiles, Ltd. và Sở Chăm sóc Sức khỏe và Dịch vụ Gia đình Illinois đã sắp xếp các dịch vụ nha khoa cho trẻ em đủ điều kiện. Các dịch vụ này có thể bao gồm khám/sàng lọc, làm sạch, điều trị fluoride và chất trám răng (một lớp phủ bảo vệ trên bề mặt nhai của răng sau). Các nha sĩ được cấp phép hoặc nhân viên vệ sinh nha khoa y tế công cộng được cấp phép và chứng nhận, nhân viên vệ sinh nha khoa được cấp phép (đã đăng ký) và trợ lý nha khoa sẽ đến trường của con bạn với thiết bị di động. Để con bạn **nhận được các dịch vụ này**, bạn phải **CUNG CẤP TẤT CẢ THÔNG TIN ĐƯỢC YÊU CẦU BÊN DƯỚI VÀ KÝ VÀO NƠI ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH**.

TÊN CON:

NGÀY SINH: MM / DD / YYYY

ĐỊA CHỈ:

GIỚI TÍNH: ☐ NAM ☐ N

THÀNH PHỐ / SỐ VÙNG:

SỐ ĐIỆN THOẠI:

CON BẠN CÓ THAM GIA 'Medicaid/ CHƯƠNG TRÌNH cho tất cả trẻ em: ☐ CÓ ☐ KHÔNG

NẾU CÓ, ĐIỀN VÀO ĐÂY SỐ **SỐ ID NGƯỜI NHẬN CỦA CON:**

(SỐ ID Ở MẶT SAU THẺ MEDI-PLAN)

****Medicaid/hóa đơn sẽ gửi về cho tất cả trẻ em****

CON BẠN CÓ BẢO HIỂM NHA KHOA TỰ NHẬN KHÔNG: ☐ CÓ ☐ KHÔNG

(nếu không hoàn thành, chỉ các lớp K, 2 và 6 mới có thể đủ điều kiện để kiểm tra)

Nếu CÓ, vui lòng điền **TẤT CẢ** thông tin bảo hiểm bên dưới: (**HÓA ĐƠN SẼ GỬI VỀ CÔNG TY BẢO HIỂM NHA KHOA**)

Tên Công ty **Bảo hiểm Nha khoa:**

Địa chỉ công ty bảo hiểm nha khoa (Tiểu bang):

Số Thành viên/ID nhân viên hay số an sinh xã hội:

Số Plan hay group của Bảo hiểm Nha khoa:

Tên thành viên/nhân viên:

Ngày sinh thành viên/nhân viên:

Địa chỉ thành viên/ nhân viên (nếu khác với con)

THÔNG TIN Y TẾ: Con bạn có bất kỳ tình trạng nào sau đây không? ☐ CÓ hoặc ☐ KO	
Nếu có, đánh dấu vào ô phù hợp:	Con bạn có đang uống thuốc không? ☐ CÓ hoặc ☐ KO Nếu có, vui lòng liệt kê tất cả các loại thuốc hiện tại:
☐ Suyễn ☐ Viêm gan	Con bạn có bị dị ứng với bạc không? ☐ CÓ hoặc ☐ KO
☐ Tiêu đường ☐ Động kinh	Con bạn có bị dị ứng nào không? ☐ CÓ hoặc ☐ KO Nếu có liệt kê tất cả các dị ứng:
☐ Rung tim	Con bạn có bất kỳ tình trạng nào khác liên quan đến y tế và/hoặc nhu cầu đặc biệt không ☐ CÓ ☐ KO
☐ Bệnh rối loạn máu	
☐ Sốt thấp khớp hoặc thấp khớp tim	
Có cần dùng kháng sinh? ☐ CÓ hay ☐ KO	Nếu có, liệt kê ra

MỚI: Silver Diamine Fluoride (SDF), một phương pháp điều trị nha khoa mới để chống sâu răng!

Lợi ích của SDF: Sâu răng rất phổ biến ở trẻ em, nhưng hiện nay có một giải pháp thay thế an toàn, không đau cho các quy trình khoan sâu răng truyền thống được gọi là Silver Diamine Fluoride (SDF). SDF là một chất lỏng kháng sinh được FDA phê duyệt được sử dụng để giúp ngăn ngừa sâu răng hình thành, phát triển hoặc lan sang các răng khác. SDF được áp dụng bằng bàn chải.

Các lựa chọn thay thế:

* không cần điều trị, răng

có thể tiếp tục sâu và gây đau;

* Các tùy chọn khác: trám răng, làm mào răng, nhổ răng.

Rủi ro: * Điều trị SDF có thể không loại bỏ nhu cầu trám răng truyền thống;

* SDF làm ổ lỗ sâu à điều bình thường, điều này cho thấy nó đang hiệu quả

* Các bộ phận khỏe mạnh của răng sẽ không bị ổ; * Có thể gây ra vị kim loại tạm thời;

* Nếu tiếp xúc với da có thể gây ra vết ổ tạm thời vô hại và sẽ biến mất trong một tuần.



Before SDF



After SDF

****Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu đầy đủ thông tin cho (các) đơn đăng ký SDF được đề xuất. Tôi hiểu những rủi ro có thể xảy ra liên quan với điều trị SDF và xác minh không có chống chỉ định cho việc sử dụng nó. Tôi đồng ý với đơn đăng ký SDF nếu được chỉ định.**

**** CHỮ KÝ Đồng ý điều trị SDF**

:

NGÀY:

QUAN TRỌNG: CÁN CỐ CHỮ KÝ CỦA PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ (CHỈ KHI BẠN MUỐN CÁC DỊCH VỤ NÀY)

Tôi là cha mẹ giám hộ hoặc người giám hộ pháp của đứa trẻ vị thành niên có tên ở trên. **Tôi cho phép và đồng ý cho** đứa trẻ này được khám nha khoa **điều trị** được mô tả và cho phép y tá trường / đại diện trường và nhà cung cấp dịch vụ nha khoa truy cập vào hồ sơ nha khoa của trẻ. Điều này cũng sẽ cho phép Bộ Y tế Công cộng Illinois cung cấp Kiểm toán Đảm bảo Chất lượng bằng cách đánh giá các chất bịt kín của con bạn đã được đặt tại trường. Sau khi xác định, sự cho phép này cũng sẽ cho phép nhà cung cấp thay thế chất bịt kín nếu được chỉ định. Trong phạm vi pháp luật cho phép, tôi đồng ý với việc sử dụng và tiết lộ thông tin con tôi để thực hiện các hoạt động thanh toán cho dịch vụ này với công ty bảo hiểm.

Tôi ủy quyền và chuyển cho Miles and Smiles thực hiện các lợi ích nha khoa và thanh toán chi phí.

CHỮ KÝ Đồng ý điều

NGÀY:

NẾU BẠN CÓ NHA SĨ, HÃY ĐẾN ĐÓ CHĂM SÓC NHA KHOA

DDS/DMD/PHDH INITIALS:

RDH INITIALS: