

**CHƯƠNG TRÌNH NHA KHOA TẠI TRƯỜNG CHO MỌI TRẺ EM**

Hiệu chỉnh 12/23

VUI LÒNG ĐIỀN BÚT MỤC

**MẪU ĐỒNG THUẬN NHA KHOA**

Điền và gửi lại cho trường học (chỉ nếu quý vị MUỐN các dịch vụ này)



Cơ sở dịch vụ:

Miles of Smiles, Ltd.

2424 N

8th St Pekin, IL

61554-1547

309-382-6404

TÊN TRƯỜNG (hoặc Hội chợ Y tế)

GIÁO VIÊN:

LOẠI:

VÙNG:

QUÝ VỊ CÓ NHA SĨ KHÔNG? CÓ/KHÔNG

TÊN NHA SĨ:

NGÀY KHÁM:

**CUNG CẤP THÔNG TIN SAU ĐÂY CHỈ NẾU QUÝ VỊ MUỐN CÁC DỊCH VỤ NHA KHOA NÀY**

thực hiện bởi Miles of Smiles, Ltd tại trường học.

Kính gửi bố mẹ hoặc Người giám hộ,

Miles of Smiles, Ltd. và Cơ quan Y tế và Dịch vụ Gia đình Illinois đã thu xếp các dịch vụ nha khoa cho trẻ em có tiêu chuẩn. Các dịch vụ này gồm khám, vệ sinh răng, điều trị fluoride và trám sealant (lớp phủ bảo vệ mặt nhai của răng hàm), Các nha sĩ có giấy phép hoặc nhân viên vệ sinh nha khoa y tế cộng đồng có giấy phép và chứng chỉ, nhân viên vệ sinh nha khoa (đã đăng ký) có giấy phép, và trợ lý nha khoa sẽ đến trường cháu với các thiết bị xách tay. Để con quý vị có thể sử dụng các dịch vụ này, quý vị cần phải **CUNG CẤP TẤT CẢ MỌI THÔNG TIN YÊU CẦU DƯỚI ĐÂY VÀ KÝ VÀO CHỖ ĐÁNH DẤU**.

TÊN PHÁP LÝ CỦA CON QUÝ VỊ:

NGÀY SINH: / /

ĐỊA CHỈ:

GIỚI TÍNH: Nam / Nữ

THÀNH PHỐ / ZIP CODE:

DIỆN THOẠI #:

CON QUÝ VỊ CÓ TIÊU CHUẨN BỮA ĂN MIỄN PHÍ HOẶC GIẢM GIÁ:	CÓ / KHÔNG	TÊN CÔNG TY MCO (khoanh một tên): Aetna, BCBS, CountyCare, Meridian, Molina, YouthCare.
CON QUÝ VỊ CÓ ĐĂNG KÝ 'Medicaid/All Kids' KHÔNG:	CÓ / KHÔNG	Khác (hãy liệt kê):

NẾU CÓ, CHO BIẾT SỐ ID PHÚC LỢI Y TẾ CỦA CHÁU (SỐ RIN):

**\*\*Trẻ em có Medicaid/All sẽ được tính hóa đơn\*\***

(SỐ ID Ở MẶT SAU CỦA THẺ MEDI-PLAN)

CHÁU CÓ BẢO HIỂM **NHA KHOA TƯ NHÂN**:

CÓ / KHÔNG (nếu thiếu, thì chỉ loại K, thứ 2, & thứ 6 có thể đủ tiêu chuẩn khám)

Nếu CÓ, vui lòng điền **MỌI** thông tin bảo hiểm sau đây: **(CÔNG TY BẢO HIỂM NHA KHOA SẼ NHẬN ĐƯỢC HÓA ĐƠN)**

Tên Công ty Bảo hiểm **Nha khoa**:

Địa chỉ Công ty Bảo hiểm **Nha khoa** (Bang):

Số ID / SS Thành viên/Nhân viên #:

Chương trình hoặc nhóm Bảo hiểm **Nha khoa** #:

Tên thành viên:

Ngày sinh Thành viên:

Địa chỉ thành viên (nếu khác với của trẻ):

Điện thoại thành viên # (nếu khác với của trẻ):

**Con quý vị có lịch sử, hoặc bệnh lý liên quan đến, bất kỳ vấn đề nào sau đây: (Vui lòng khoanh tròn)**

Thiếu máu:	CÓ / KHÔNG	Viêm xoang mãn tính:	CÓ / KHÔNG	Vấn đề phát triển:	CÓ / KHÔNG	Co giật:	CÓ / KHÔNG
Hen suyễn:	CÓ / KHÔNG	Tiểu đường:	CÓ / KHÔNG	Thính lực:	CÓ / KHÔNG	Tuyến giáp:	CÓ / KHÔNG
Máu khó đông:	CÓ / KHÔNG	Đau tai:	CÓ / KHÔNG	Bệnh tim:	CÓ / KHÔNG	Thuốc lá/ma túy:	CÓ / KHÔNG
Ung thư:	CÓ / KHÔNG	Động kinh:	CÓ / KHÔNG	Dị ứng cao su**:	CÓ / KHÔNG	Dị ứng:	
Bại não:	CÓ / KHÔNG	Ngất xỉu:	CÓ / KHÔNG	Có thai (còn ít tuổi):	CÓ / KHÔNG	Khác	

Con quý vị có dùng thuốc kê đơn và/hoặc mua ở hiệu thuốc lúc này không? CÓ / KHÔNG Hãy liệt kê:

Con quý vị có bị bệnh tim đã biết nào không? CÓ / KHÔNG MÔ TẢ:

Con quý vị có khớp nhân tạo nào không? CÓ / KHÔNG NẾU CÓ THÌ LÚC NÀO, KHỚP GÌ:

Bác sĩ có bao giờ khuyến nghị cách đề phòng đặc biệt hoặc thuốc dùng trước cho chữa trị nha khoa của trẻ không? CÓ / KHÔNG

**NẾU CÓ, ĐÓ LÀ GÌ:**

**LƯU Ý: PHẢI CÓ CHỮ KÝ CỦA BỐ MẸ / NGƯỜI GIÁM HỘ (CHỈ NẾU QUÝ VỊ MUỐN CÁC DỊCH VỤ NÀY)**

Tôi là bố/mẹ chăm nuôi hoặc người giám hộ pháp lý của trẻ có tên ở trên. Tôi cho phép và đồng ý để cháu được **chữa trị** nha khoa đã nói, và cho phép y tá / đại diện nhà trường và dịch vụ nha khoa truy cập hồ sơ y tế của cháu.

Đồng thuận này cũng cho phép Cơ quan Y tế Công Illinois Kiểm định Đảm bảo Chất lượng bằng cách đánh giá lớp trám sealant của cháu đặt ở trường. Khi có quyết định, đồng thuận này cũng cho phép dịch vụ y tế thay trám sealant nếu được chỉ định.

Khi luật pháp cho phép, tôi đồng ý cho phép sử dụng và tiết lộ thông tin y tế bảo mật của cháu để thực hiện việc trả tiền cho yêu cầu này. Nay **tôi cho phép trả thẳng** phúc lợi nha khoa trực tiếp cho Miles of Smiles, Ltd.

CHỮ KÝ:

HỌ TÊN:

NGÀY:

**NẾU QUÝ VỊ CÓ NHA SĨ, HÃY ĐỀ NGHỊ HỌ CHĂM SÓC NHA KHOA!**

TÊN DDS/DMD/PHDH: TÊN RDH: