

2019-2020 Dental (Khmer)

ទំរង់ចូលរៀនកម្មវិធីធ្មេញ

ឈ្មោះកុមារ _____

(ដូចគ្នានឹង ប័ណ្ណ MaineCare ដែរឬទេ)

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ____ / ____ / ____ ភេទប្រុសស្រី FT

អាសយដ្ឋាន _____ លេខកូដតំបន់ _____

ទូរសព្ទឪពុកម្តាយ ថ្ងៃលិច _____ អ៊ីម៉ែល បាទ / ចាសបាទ / ទេ

ទូរសព្ទផ្សេងទៀត _____ សារលិខិត បាទ / ចាសបាទ / ចាស

ក្រុមប្រឹក្សាសិស្ស (សម្រាប់ការរំលឹកការណាត់ជួប) _____

ឈ្មោះសាលា _____ គ្រូបង្រៀន / ថ្នាក់ទី _____

លេខសម្គាល់ MaineCare (បញ្ចប់នៅក) _____

ធានារ៉ាប់រងធ្មេញឯកជន: ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន _____ គោលនយោបាយ លេខ # _____

ក្រុម # _____ ឈ្មោះរបស់បុគ្គលធានារ៉ាប់រង _____

ពាក្យបណ្តឹងនៅខាងខ្នងកាត _____

មិនបានធានា ប្រសិនបើ អ្នកមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងជាជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់យើង អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សានឹងទាក់ទងអ្នកដើម្បីពិភាក្សាពីការធានារ៉ាប់រងនិងជំរើសក្នុងការកំណត់ថ្លៃឈ្នួល។

តើកូនរបស់អ្នកធ្លាប់មានអ្វីដូចខាងក្រោមឬទេ? សូម ០០០ ទាំងអស់ ដែលអនុវត្ត ។

- ADD / ADHD ជំងឺមហារីក / ដុំសាច់ ជំងឺបេះដូង
- ការថែទាំផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ
- អេដស៍ / មេរោគអេដស៍ ពិការខួរក្បាល
- ជំងឺរលាកថ្លើម ជំងឺកាមរោគ
- ជំងឺហឺត បបូរមាត់ / បបូរមាត់ អ៊ីវ៉ូប
- បញ្ហាការនិយាយនិងការស្តាប់
- ជំងឺសរសៃប្រសាទ / ជំងឺ Asperger ជំងឺបេះដូងពិកំណើត សម្ពាធឈាមខ្ពស់ បញ្ហាក្រពះ / GI
- ពិការភាពពិកំណើត ប្រភេទជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជម្ងឺក្រលៀន
- ជំងឺរលង
- ភាពមិនប្រក្រតីនៃឈាម ជំងឺឆ្លុះជ្រូក / ការប្រកាច់ ជម្ងឺថ្លើម

ផ្សេងទៀតតើកូនរបស់អ្នកមានអ្វីផ្សេងទៀតដែរឬទេ? ពន្យល់

រាយបញ្ជីឱសថណាមួយដែលកូនរបស់អ្នកត្រូវការ

តើកូនអ្នកឈឺធ្មេញទេ? បាទអត់ទេ
តើកូនរបស់អ្នកបានជួបពេទ្យធ្មេញកាលពីឆ្នាំមុនមែនទេ? បាទ /
បាសទេ ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ / បាសទេ?

ភាសានិយាយនៅផ្ទះ: _____

ការប្រណាំងកុមារ: ____ អាស៊ី ____ ខ្មៅ, អាហ្វ្រិក, ប្រទេសអាហ្វ្រិកអាមេរិក ____ ចម្រុះជាតិសាសន៍ ____
ដើមហាវ៉ៃ ____ ផ្សេងទៀតកោះប៉ាស៊ីហ្វិក
____ ខាងត្បូង / កណ្តាល / អាមេរិកខាងជើងអាមេរិចអាឡាស្កា ____ ពណ៌ស

ជនជាតិភាគតិចរបស់កុមារ: ____ អ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ / ឡាតាំង ____
មិនមែនជាអ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ / ឡាតាំងទេ

ចំនួនសមាជិកគ្រួសារសរុបដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារ: _____
ចំណូលគ្រួសារសរុបប្រចាំឆ្នាំ: _____

ការយល់ព្រមប្រើប្រាស់កម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់កុមារ Portland និងការអនុញ្ញាតឱ្យចេញផ្សាយព័ត៌មាន

ខ្ញុំបានផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យកូនរបស់ខ្ញុំ _____ ដើម្បីប្រើប្រាស់កម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់មហាវិទ្យាល័យដែលបានរៀនសូត្រ
អាចរាប់បញ្ចូលទាំងការវិនិច្ឆ័យរោគវិនិច្ឆ័យនិងការព្យាបាលរួមទាំងការថតរូបកាំរស្មីអ៊ិចនិងការប្រើថ្នាំស្ត្រីកសម្រាប់ព្យាបាល។ ខ្ញុំយល់ថាហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំបង្ហាញថាខ្ញុំ
បានទទួលនិងអាន សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីភាពឯកជន របស់សុខភាពជនចល ។

- ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលិកកម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់កុមារនៅមហាវិទ្យាល័យដែលបានរៀនសូត្រអាចចូលមើលកំណត់ត្រាសុខភាពសាលារៀនរបស់កូនខ្ញុំនិងផ្តល់សិទ្ធិដល់
បុគ្គលិកកម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់មហាវិទ្យាល័យផលិតនិងគណនេយ្យយីកាសាលារៀនឬបុគ្គលិកសង្គមកិច្ចសាលារៀនដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មាននិងកំ
ណត់ត្រាសុខភាពដែលសមរម្យនៅពេលត្រូវបានបាត់ទុកថាសមរម្យសម្រាប់ការព្យាបាល។ គោលបំណង។
- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលិកសេវាថែទាំបឋមពេទ្យធ្មេញនិងអ្នកជំនាញផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់កូនខ្ញុំធ្វើការចែកចាយព័ត៌មានសុខភាពនិងកំណត់ត្រាជាមួយក
ម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់ Greater Portland
ដើម្បីគាំទ្រដល់ការថែទាំកូនរបស់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យកម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់មហាវិទ្យាល័យដែលបានរៀនសូត្របានចែករំលែក
ព័ត៌មានសុខភាពនិងកំណត់ត្រាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមពេទ្យធ្មេញនិងអ្នកជំនាញផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្តដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាព្យាបាលនិងការបន្ត
និងការសម្របសម្រួលនៃការថែទាំ។
- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលិកពីភ្នាក់ងារភាគីទីបីដែលបានចុះកិច្ចសន្យាផ្តល់សេវាកម្មសុខាភិបាលឬអាកប្បកិរិយាសម្រាប់កូនរបស់ខ្ញុំដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មានសុខ
ភាពនិងកំណត់ត្រាជាមួយកម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់មហាវិទ្យាល័យដែលបានរៀនសូត្រដើម្បីគាំទ្រដល់ការថែទាំកូនរបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំ ព្រមព្រៀង ការអនុញ្ញាតឱ្យកម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់កុមារដែល កើល ដែលទ្រទ្រង់ចេញផ្សាយព័ត៌មាននិងទិន្នន័យធ្មេញទាក់ទងនឹងការព្យាបាលដល់អ្ន
កបង់ប្រាក់ភាគីទីបីឬអ្នកផ្សេងទៀតដែលមានបំណងទទួលបានការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្ម។

ការអនុញ្ញាត: ការអនុញ្ញាតនេះមានសុពលភាពក្នុងកំឡុងពេលដែលសិស្សចុះឈ្មោះជាមួយប្រព័ន្ធសាលារៀនផ្សេងទៀតឬរហូតដល់ពួកគេផ្ទេរទៅសាលារៀនមួយផ្សេងទៀត
(ពីថ្នាក់បឋមរហូតដល់ថ្នាក់កណ្តាលឬពីកណ្តាលទៅវិទ្យាល័យ)

។ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថានៅពេលសិស្សរបស់ខ្ញុំផ្លាស់ប្តូរពីបឋមសិក្សាដល់ថ្នាក់កណ្តាលឬពីកណ្តាលទៅវិទ្យាល័យខ្ញុំត្រូវតែចុះឈ្មោះចូលក្នុងកម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញវិញប្រសិន
បើខ្ញុំចង់អោយពួកគេបន្តការទទួលបានសេវាកម្មនៅកម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់មហាវិទ្យាល័យដែលបានរៀនសូត្រ។ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចដកហូតសិទ្ធិនេះនៅពេលណាមួយដោយ
ដាក់ជូនសេចក្តីជូនដំណឹងដោយយល់ព្រមអំពីការដកការព្រមព្រៀងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាកំណត់ត្រាសុខភាពមាត់ធ្មេញប្រសិនបើទទួលបានដោយសាលា
រៀនប្រហែលជាមិនត្រូវបានការពារដោយច្បាប់ HIPAA ទេប៉ុន្តែនឹងក្លាយជាកំណត់ត្រាអប់រំដែលត្រូវបានការពារដោយច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិអប់រំគ្រួសារនិងច្បាប់ឯកជន
(FERPA) ។ ខ្ញុំបានអានទម្រង់បែបបទទាំងស្រុងនិងយល់ព្រមចុះឈ្មោះសិស្សរបស់ខ្ញុំនៅកម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់មហាវិទ្យាល័យនេះ។

 ហត្ថលេខាឪពុកម្តាយ / អាណាព្យាបាល : _____ កាលបរិច្ឆេទ: _____

បោះពុម្ពឈ្មោះ : _____ ការទាក់ទងឡើងវិញ
