

2019-2020 Dental (Vietnamese)

Mẫu đăng ký chương trình nha khoa

Tên của đứa trẻ _____
(Giống như trên thẻ MaineCare, nếu có)

Ngày sinh ____ / ____ / ____ Giới tính M F T

Địa chỉ _____ Mã Zip _____

Điện thoại ban ngày của phụ huynh _____ Msg OK có / không
Điện thoại khác _____ Msg OK có / n

Điện thoại của học sinh (cho lời nhắc cuộc hẹn) _____
Tên trường _____ Giáo viên / Lớp _____

Số ID của MaineCare (kết thúc bằng A) _____

Bảo hiểm Nha khoa Tư nhân: Tên Công ty _____ ID chính sách # _____

Nhóm # _____ Tên của người được bảo hiểm _____

Khiếu nại Địa chỉ trên mặt sau của thẻ _____

_____ không có bảo hiểm Nếu bạn không có bảo hiểm, một trong những hỗ trợ tài chính của chúng tôi nhân viên tư vấn sẽ liên hệ với bạn để thảo luận về bảo hiểm và các lựa chọn quy mô phí trượt của chúng tôi.

Con của bạn có bao giờ có bất kỳ điều nào sau đây không? Làm ơn tất cả đều áp dụng .

| | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADD / ADHD | <input type="checkbox"/> Ung thư / khối u | <input type="checkbox"/> Bệnh tim | <input type="checkbox"/> Chăm sóc tâm thần |
| <input type="checkbox"/> AIDS / HIV | <input type="checkbox"/> Bại não | <input type="checkbox"/> Viêm gan | <input type="checkbox"/> STI |
| <input type="checkbox"/> Bệnh suyễn | <input type="checkbox"/> Cleft Lip / Palate | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Các vấn đề về nghe / nói |
| <input type="checkbox"/> Tự kỷ / Asperger | <input type="checkbox"/> Bệnh tim bẩm sinh | <input type="checkbox"/> Huyết áp cao | <input type="checkbox"/> Vấn đề dạ dày / GI |
| <input type="checkbox"/> Di tật bẩm sinh | <input type="checkbox"/> Loại bệnh tiểu đường | <input type="checkbox"/> Rối loạn thận | <input type="checkbox"/> Bệnh lao |
| <input type="checkbox"/> Rối loạn máu | <input type="checkbox"/> Động kinh / Động kinh | <input type="checkbox"/> Rối loạn gan | <input type="checkbox"/> Khác Con bạn có bị dị ứng không? Giải thích |

Liệt kê bất kỳ loại thuốc nào mà con quý vị nhận được

Con bạn có bị đau răng không? **CÓ KHÔNG**

Con bạn có gặp nha sĩ trong năm qua không? **CÓ KHÔNG** Nếu có, ở đâu? _____

Ngôn ngữ được nói ở nhà _____

Cuộc đua của trẻ em: _____ Châu Á _____ Người da đen, người châu Phi, người Mỹ gốc Phi _____ Đa chủng tộc _____ Người bản xứ Hawaii _____ Đảo Thái Bình Dương khác _____ Nam / Trung / Bắc Mỹ Ấn Độ, Thổ dân Alaska _____ Trắng

Dân tộc của trẻ em: _____ Gốc Tây Ban Nha / La tinh _____ Không phải gốc Tây Ban Nha / La Tinh

Tổng số thành viên gia đình sống trong hộ gia đình: _____

Tổng thu nhập hộ gia đình hàng năm: _____

Đồng ý sử dụng Chương trình sức khỏe răng miệng của trẻ em Greater Portland Health & Ủy quyền tiết lộ thông tin

Tôi cho phép con tôi, _____, để sử dụng Chương trình Sức khỏe Răng miệng Trẻ em của Greater Portland Health, có thể bao gồm các quy trình chẩn đoán và điều trị, bao gồm việc sử dụng hình ảnh tia X và ứng dụng gây tê cục bộ để điều trị. Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi cho thấy rằng tôi đã nhận và đọc **Thông Báo về Quyền Riêng Tư** của Greater Portland Health .

- Tôi cho phép nhân viên Chương trình Sức khỏe Răng miệng của Greater Portland Health truy cập hồ sơ y tế trường học của con tôi và ủy quyền cho nhân viên Chương trình Sức khỏe Răng miệng của Greater Portland Health và y tá trường học hoặc nhân viên xã hội của trường chia sẻ thông tin và hồ sơ thích hợp khi được coi là thích hợp để điều trị mục đích.
- Tôi cho phép nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính, nha sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần của con tôi chia sẻ thông tin sức khỏe và hồ sơ với Chương Trình Sức Khỏe Răng Miệng của Greater Portland Health để hỗ trợ chăm sóc con tôi và tôi cho phép Chương Trình Sức Khỏe Răng Miệng của Greater Portland Health chia sẻ thông tin sức khỏe và hồ sơ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính, nha sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần của con tôi khi thích hợp để tạo thuận lợi cho các dịch vụ điều trị và sự liên tục và phối hợp chăm sóc.
- Tôi cho phép nhân viên từ bất kỳ cơ quan bên thứ ba nào ký hợp đồng cung cấp dịch vụ sức khỏe hoặc hành vi cho con tôi để chia sẻ thông tin sức khỏe và hồ sơ với Chương trình Sức khỏe răng miệng của Greater Portland Health để hỗ trợ chăm sóc con tôi.
- Tôi nghe cho phép Chương trình Sức khỏe răng miệng của Greater Portland Health phát hành thông tin nha khoa và hồ sơ liên quan đến việc điều trị cho bên thanh toán của bên thứ ba hoặc những người khác với mục đích nhận thanh toán cho các dịch vụ.

Ủy quyền: Giấy ủy quyền này có hiệu lực trong thời gian học sinh ghi danh với Hệ thống Trường Portland hoặc cho đến khi họ chuyển sang một trường khác (tức là từ tiểu học đến trung học cơ sở hoặc trung học cơ sở). Tôi xác nhận rằng khi học sinh của tôi chuyển từ tiểu học đến trung học cơ sở hoặc trung học cấp II, tôi phải ghi danh lại trong chương trình sức khỏe răng miệng nếu tôi muốn họ tiếp tục nhận dịch vụ tại Chương Trình Sức Khỏe Răng Miệng của Greater Portland Health. Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi ủy quyền này bất kỳ lúc nào bằng cách gửi thông báo bằng văn bản về việc rút lại sự đồng ý của tôi. Tôi nhận ra rằng hồ sơ nha khoa, nếu nhận được bởi khu học chánh, có thể không được Đạo luật HIPAA bảo vệ, nhưng sẽ trở thành hồ sơ giáo dục được bảo vệ bởi Đạo luật Quyền riêng tư và Giáo dục Gia đình (FERPA). Tôi đã đọc hoàn toàn mẫu đơn này và đồng ý ghi danh cho học sinh của tôi trong Chương Trình Sức Khỏe Răng Miệng của Greater Portland tại thời điểm này.

✗ Chữ ký của cha mẹ / người giám

hộ : _____ Ngày: _____

Tên in :

_____ Relationship _____
