โครงการทันตสุขภาพ 802 Smiles
หนังสือแสดงความยินยอมขอรับบริการ (ระดับ 3)

โปรดกรอกข้อมูลด้านล่าง ลงนาม และส่งคืนไปยังโรงเรียนบุตรของท่าน

ชื่อและนามสกุลของบุตร: _____**วันเกิด:** _____

มีการรักษาอะไรบ้างในโครงการทันตสุขภาพ 802 Smiles ของบุตรข้าพเจ้า

โครงการทันตสุขภาพ 802 Smiles ของโรงเรียนท่านมีการตรวจคัดกรองทางทันตกรรม การทำความสะอาดฟัน การเคลือบฟลูออไรด์วาร์นิช และการเคลือบซิลเวอร์ไดอามีนฟลูออไรด์ (silver diamine fluoride: SDF) **ในการเข้ารับการเคลือบ SDF ท่านต้องกรอกหนังสือแสดงความยินยอมเพิ่มเติม ท่านสามารถอ่านเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรักษาด้วย SDF ได้ในแบบฟอร์มดังกล่าว**

เราขอแนะนำให้บุตรของท่านเข้ารับการรักษาที่คลินิกทันตกรรมที่เคยใช้บริการ หากมี แทนการเข้ารับการรักษาผ่านโครงการทันตสุขภาพ 802 Smiles ของโรงเรียน

ยินยอมเข้ารับการรักษา:

☐ **ยินยอม ข้าพเจ้าต้องการให้บุตรของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการทันตสุขภาพ 802 Smiles** ข้าพเจ้าทราบว่าหากมีทันตแพทย์ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ ทันตแพทย์ที่ระบุไว้นั้นจะได้รับรายงานผลการตรวจจากทันตานามัยของ 802 Smiles ข้าพเจ้าทราบว่าบุตรของข้าพเจ้าอาจได้รับบริการใด ๆ หรือทั้งหมดดังต่อไปนี้ตามการประเมินของทันตานามัย 802 Smiles โดยไม่ต้องปรึกษาทันตแพทย์:

- การตรวจคัดกรองทางทันตกรรม
- การทำความสะอาดฟัน
- การเคลือบฟลูออไรด์วาร์นิช
- การเคลือบซิลเวอร์ไดอามีนฟลูออไรด์

☐ **ไม่ยินยอม ข้าพเจ้าไม่ต้องการให้บุตรของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการทันตสุขภาพ 802 Smiles**

ยินยอมที่จะแบ่งปันข้อมูล:

ให้แก่ทันตแพทย์ของบุตรของท่าน: หากบุตรของท่านมีทันตแพทย์อยู่แล้ว และท่านเลือกรับการดูแลฟันผ่านโครงการ 802 Smiles ข้อมูลเกี่ยวกับบริการที่มีจะถูกแบ่งปันแก่ทันตแพทย์เหล่านั้น **การแบ่งปันข้อมูลนี้เป็นข้อบังคับ:**

☐ **ยินยอม ข้าพเจ้าต้องการให้มีการแบ่งปันข้อมูลของบุตรข้าพเจ้าแก่ทันตแพทย์ของเขา**

☐ **ไม่ยินยอม ข้าพเจ้าไม่ต้องการให้มีการแบ่งปันข้อมูลของบุตรข้าพเจ้าแก่ทันตแพทย์ของเขา ข้าพเจ้าทราบว่าบุตรของข้าพเจ้าจะไม่ได้รับการดูแลทางทันตกรรมผ่านโครงการ 802 Smiles**

ให้แก่กรมอนามัยเวอร์มอนต์: กรมอนามัยเวอร์มอนต์ต้องการใช้ข้อมูลบุตรของท่านเพื่อประเมินประสิทธิผลของโครงการนี้ ท่านอนุญาตให้ทันตานามัย 802 Smiles แบ่งปันบันทึกการรักษาทางทันตกรรมของบุตรท่านแก่กรมอนามัยเวอร์มอนต์หรือไม่ **การแบ่งปันนี้ไม่บังคับ:**
☐ **อนุญาต ข้าพเจ้าอนุญาตให้**ทันตานามัย 802 Smiles **แบ่งปันบันทึกทางทันตกรรมของบุตรข้าพเจ้า**แก่กรมอนามัยเวอร์มอนต์

☐ **ไม่อนุญาต ข้าพเจ้าไม่อนุญาตให้**ทันตานามัยของ 802 Smiles **แบ่งปันบันทึกทางทันตกรรมของบุตรข้าพเจ้า**แก่กรมอนามัยเวอร์มอนต์

โปรดขีดเครื่องหมายถูกตรงนี้หากท่านเป็น**พ่อแม่อุปถัมภ์** หรือท่าน มี**อำนาจปกครองบุตรคนนี้ร่วมกัน:** ☐

ลายมือชื่อบิดามารดา/ผู้ปกครอง: _____วันที่:_____

ชื่อบิดามารดา/ผู้ปกครอง ตัวบรรจง: _____

หากท่านอนุญาตให้บุตรของท่านเข้าร่วมโครงการทันตสุขภาพ 802 Smiles โปรดไปที่หน้าถัดไป

โครงการทันตสุขภาพ 802 Smiles
หนังสือแสดงความยินยอมขอรับบริการ (ระดับ 3)

ประวัติทางทันตกรรมของบุตร:

บุตรของท่านพบทันตแพทย์ครั้งล่าสุดเมื่อใด

○ ภายในปีที่ผ่านมา ○ กว่าหนึ่งปีก่อน ○ ไม่เคยไปพบทันตแพทย์เลย

ทันตแพทย์หลักของบุตรของท่านคือใคร หากมี _____

บุตรของท่านมีประกันทันตกรรมประเภทใด จะไม่มีเด็กคนใดถูกปฏิเสธการให้บริการเนื่องด้วยความคุ้มครองการประกันภัย โปรดทราบว่าทันตานามัยของ 802 Smiles อาจเรียกเก็บเงินจาก Medicaid สำหรับบริการที่บุตรของท่านได้รับ

○ Medicaid/Dr. Dynasaur – หมายเลข Medicaid ID ของบุตรท่าน: _____
○ ประกันทันตกรรมเอกชน (เช่น Delta Dental) ○ Tricare
○ ไม่มีประกัน ○ อื่นๆ _____
○ ไม่ทราบ

บุตรของท่านมีอาการแพ้ใดๆ หรือไม่ (เช่น ยา อาหาร น้ำยาง แร่เงิน ฯลฯ) ○ มี ○ ไม่มี

ถ้ามี เป็นอาการแพ้ประเภทใด _____

ประวัติโรคประจำตัวของบุตร:

บุตรของท่านมีภาวะทางสุขภาพกาย จิต การเรียนรู้ อารมณ์ หรือความพิการหรือไม่

○ มี ○ ไม่มี ○ ข้าพเจ้าไม่ทราบ ○ ไม่สะดวกตอบ

หากท่านตอบว่า มี สำหรับคำถามก่อนหน้านี้ ในระหว่างการไปพบทันตแพทย์เราจะปรับปรุงการอำนวยความสะดวกแก่บุตรของท่านให้ดีขึ้นได้อย่างไร_____

ข้อมูลทางประชากรเพิ่มเติม:

เพศที่กำหนดตอนแรกเกิด: ○ ชาย ○ หญิง ○ นอนไบนารี (Non-Binary) ○ ไม่สะดวกตอบ

ต่อไปจะเป็นคำถามเกี่ยวกับอัตลักษณ์ทางเชื้อชาติและชาติพันธุ์ของบุตรของท่าน เราถามคำถามนี้เพราะเราต้องการแน่ใจว่าโครงการของเราให้บริการกับผู้คนจากทุกเชื้อชาติและชาติพันธุ์ เราทราบดีว่าตัวเลือกของคำตอบอาจไม่ได้แสดงถึงอัตลักษณ์ของบุตรของท่านอย่างถูกต้อง

ข้อใดต่อไปนี้อธิบายถึงบุตรของท่านได้ดีที่สุด (โปรดขีดเครื่องหมายถูกหน้าตัวเลือกทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง)

○ อาเบนากิ หรือชนพื้นเมืองอเมริกันอื่น ๆ หรือชนพื้นเมืองอลาสก้า

○ ชาวเอเชีย หรือชาวอเมริกันเชื้อสายเอเชีย เช่น ชาวจีน ชาวอินเดียเชื้อสายเอเชีย ชาวเนปาล หรือชาวเวียดนาม

○ ชาวอเมริกันผิวดำ หรือชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกา

○ ชาวฮิสแปนิก หรือชาวลาติน เช่น ชาวเม็กซิโก ชาวเวเนซุเอลา หรือชาวบราซิล

- ○ ชาวตะวันออกกลาง หรือชาวแอฟริกาเหนือ (รายการมีต่อในหน้าถัดไป)
- ○ ชาวฮาวายพื้นเมือง หรือชาวเกาะแปซิฟิกอื่น ๆ
- ○ ชาวอเมริกันผิวขาว หรือชาวอเมริกันเชื้อสายยุโรป
- ○ เชื้อชาติหรือชาติพันธุ์อื่น ๆ โปรดระบุ: _____
- ○ ข้าพเจ้าขอเลือกที่จะไม่ตอบ

มีข้อมูลใดอีกที่ท่านอยากให้เราทราบเกี่ยวกับบุตรของท่าน

_____

_____

_____

ส่งหนังสือที่กรอกและลงนามแล้วคืนไปยังโรงเรียนบุตรของท่าน