



# 牙科护理协调 牙科护理同意书

All Smiles Community Oral Health 正在与您孩子的学校合作，提供免费的牙科护理协调。经您同意后，我们将帮您在您所在的社区中找到牙科护理服务。请填写下面的表格，以便我们可以立即开始为您的孩子提供所需的帮助。

孩子姓名：		(姓氏)		(名字)		(惯用名)
孩子的出生日期 (月/日/年)：					年级：	
学校：						

<b>联系信息</b>	
家长/监护人姓名：	
最常用的可以联络到您的电话号码：	允许发送短信： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
电子邮件地址：	
邮寄地址：	
在家使用的语言：	

请提供以下信息，以便我们更好地为您的孩子服务：

我的孩子有以下症状 (勾选所有适用项)：	
<input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 肿胀 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 口腔溃疡 <input type="checkbox"/> 不适 <input type="checkbox"/> 断牙 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
我的孩子正在服用 (列出药物名称)：	无： <input type="checkbox"/>
我的孩子对以下物质过敏：	无： <input type="checkbox"/>
目前出现的健康问题：	无： <input type="checkbox"/>
有哪些行为方面的考虑：	无： <input type="checkbox"/>
有助于我们更好地为您孩子服务的其他信息：	无： <input type="checkbox"/>

请填写以下部分的内容。不会向您收取任何费用。

健康保险： <input type="checkbox"/> Oregon Health Plan (OHP) / Medicaid ID 号码 _____ <input type="checkbox"/> 私人牙科保险公司 _____ <input type="checkbox"/> 无健康保险	为您的家人提供护理协调是免费的。不会向您收取任何费用。
--	-----------------------------

在下方签名即表示您：

作为合法家长/监护人，本人兹同意 All Smiles Community Oral Health 与协调合作伙伴提供者、学校工作人员、保险公司、孩子的牙医、相关协调护理组织和/或记录在案的牙科护理组织之间的信息披露和交换，包括任何相关的个人健康信息。本人已收到一份“隐私惯例通知”副本。隐私惯例可于 All Smiles 网站 [AllSmilesCOH.org/forms](http://AllSmilesCOH.org/forms) 上获取。

家长/监护人签名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_