

အရေးကြီးသည်- ဤအခမဲ့ဝန်ဆောင်မှုကို အသုံးပြုရန် လက်မှတ်ထိုးထားသော ခွင့်ပြုချက်ဖြတ်ပိုင်းကို ပြန်ပို့ပါ။

ပါဝင်သော ဝန်ဆောင်မှုများ-

- အခမဲ့ သွားစစ်ဆေးခြင်း - ကျွန်ုပ်တို့၏ သွားဘက်ဆိုင်ရာ ပညာရှင်က သွားနှင့်သွားဖုံး ယေဘုယျကျန်းမာရေးကို စစ်ဆေးရန် ကျောင်းသား၏ ခံတွင်းကို ကြည့်သည်။
- အခမဲ့ ကြွေဖြည့်ခြင်း - သွားပိုးစားခြင်းမှ ကာကွယ်ရန် ကျောင်းသား၏ အံသွားများပေါ်တွင် တင်သော ဆေးအလွှာများ။
- အခမဲ့ ဖလိုရိုက်- သွားတိုက်ရာတွင် သုံးပါက ဤဗီတာမင်က သွားများကို ခိုင်မာစေပြီး သွားပိုးစားခြင်းမှ ကာကွယ်ပေးသည်။



အခမဲ့ဝန်ဆောင်မှုများရယူရန် သင့်ကလေးကို ဘာကြောင့် စာရင်းပေးသင့်သလဲ -

- ကျန်းမာသောသွားများသည် ယေဘုယျကျန်းမာရေးအတွက် အရေးကြီးသည်။
- ကြွေဖြည့်ခြင်းကို ကျောင်းတွင်လုပ်လျှင် သင်အလုပ်ပျက်ချိန် နည်းသည့်အပြင် သင့်ကလေး ကျောင်းပျက်ချိန် နည်းသည်။
- ကြွေဖြည့်ခြင်းကို သွားဘက်ဆိုင်ရာ ပညာရှင်များက ပြုလုပ်ပေးသည်။
- သင်၏သွားဆရာဝန်နှင့် တစ်နှစ်လျှင် အနည်းဆုံးတစ်ကြိမ် ပြသပါ။



သွားတိုက်တံအသေးသုံး၍ ဖလူရိုက်ကို သွားပေါ်သို့ တင်သည်

ပိုမိုသိရှိလိုပါက ကျွန်ုပ်တို့ထံ
ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ
503-521-7166.

ကြွေမဖြည့်မီ



ကြွေဖြည့်ပိုး



ပြဿနာ- သွားပိုးစားခြင်း

- သွားပိုးစားခြင်းသည် ကလေးဘဝတွင် အဖြစ်အများဆုံး ရောဂါဖြစ်သည်။
- အသက် ၅-၁၁ နှစ်ကြားရှိ ကလေးများ၏ 50% ခန့်တွင် အနည်းဆုံး သွားအခေါင်းပေါက်တစ်ခု ရှိကြသည်¹။

ဖြေရှင်းနည်း- ကြွေဖြည့်ဆေးများ

- ကြွေဖြည့်သော ကျောင်းသားများက မဖြည့်သူများထက် သွားပိုးစားခြင်း 50% ပိုနည်းသည်²။
- ဖလိုရိုက်သုံးခြင်းက သွားပိုးစားခြင်းကို ကြီးသွားများတွင် 43% နှင့် ငယ်သွားများတွင် 37% ကာကွယ်ပေးသည်³။

1 CDC. Children's Oral Health. [https://www.cdc.gov/oralhealth/basics/childrens-oral-health/index.html#:~:text=More%20than%20half%20of%20adolescents,one%](https://www.cdc.gov/oralhealth/basics/childrens-oral-health/index.html#:~:text=More%20than%20half%20of%20adolescents,one%20third%20of%20adults,one%20third%20of%20children%20and%20adolescents%20have%20cavities,one%20third%20of%20adults,one%20third%20of%20children%20and%20adolescents%20have%20cavities)

2 Community Preventive Services Task Force. (2017) Improving Oral Health: School-Based Dental Sealant Delivery Programs. <https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/OnePager-OralHealth-School-Sealants.pdf>

3 Marinho VCC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochran Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No: CD002279. DOI: 10.1002/14651858

FREE DENTAL SERVICES AT YOUR CHILD'S SCHOOL

Important: Please return a signed permission slip to use this free service.

Free services include:

- Dental screening: Our dental professional looks in the student's mouth to check the health of teeth and gums.
- Dental sealants: Coatings may be put on the student's back teeth to prevent cavities.
- Fluoride: Brushed on teeth, this vitamin makes teeth stronger and prevents cavities.



Why you should sign your child up for free services:

- Healthy teeth are important to your overall health.
- When dental sealants are done in school you miss less work and your child misses less school.
- Dental sealants are done by dental care professionals.
- See your dentist at least once a year.



Fluoride is put onto teeth with a small brush.

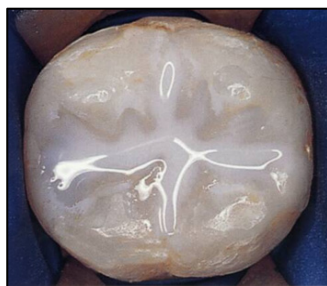
For more information,
please call us at

503-521-7166.

Before Sealant



After Sealant



The Problem: Cavities

- Cavities are the most common childhood disease.
- About 50% of children aged 5-11 years have at least one cavity¹.

The Solution: Dental Sealants

- Students who receive sealants have 50% fewer cavities than students who do not².
- Fluoride application prevents 43% of cavities in permanent teeth and 37% of cavities in baby teeth³.

¹ CDC. Children's Oral Health. <https://www.cdc.gov/oralhealth/basics/childrens-oral-health/index.html#:~:text=More%20than%20half%20of%20adolescents,one%20in%20five>

² Community Preventive Services Task Force. (2017) Improving Oral Health: School-Based Dental Sealant Delivery Programs. <https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/OnePager-OralHealth-School-Sealants.pdf>

³ Marinho VCC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No: CD002279. DOI: 10.1002/14651858

အခမဲ့ သွားရောဂါကုသရေး ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ခွင့်ပြုချက်စာရွက်



အခမဲ့ သွားရောဂါ စစ်ဆေးခြင်းများ၊ သွားပေါက်ဖာထေးခြင်းနှင့် ဖလိုရိုဒ်သုတ်လိမ်းခြင်းတို့ကို သင့်ကလေး၏ ကျောင်းတွင် ဆောင်ရွက်ပေးနေပါသည်။ သွားရောဂါကု ဆရာဝန်များက ဤဝန်ဆောင်မှုများကို လုပ်ဆောင်ပေးပြီး ထိုသို့ပြုလုပ်ခြင်းဖြင့် သွားပိုးစားခြင်းမဖြစ်အောင် ကာကွယ်ပေးပါလိမ့်မည်။

ကလေးအမည်- _____	(နောက်ဆုံးစာလုံး)	(ရှေ့စာလုံး)	(ဦးစားပေးအမည်)
ကလေး၏မွေးသက္ကရာဇ် (လ/ရက်/နှစ်)- ____ / ____ / ____ ဆရာ- _____ အတန်း- _____			
ကျောင်း- _____			

ဤအခမဲ့ဝန်ဆောင်မှုတွင် စာရင်းသွင်းရန် အောက်ပါအကွက်တစ်ကွက်ကို အမှန်ခြစ်ပါ-

- ☐ ရပါသည်။ သွားရောဂါစစ်ဆေးခြင်း၊ သွားပေါက်ဖာထေးခြင်းနှင့် ဖလိုရိုဒ်ဆေးဖြင့် ကုသခြင်း
- ☐ ရပါသည်။ သွားရောဂါစစ်ဆေးခြင်းနှင့် သွားပေါက်ဖာထေးခြင်း
- ☐ ရပါသည်။ သွားရောဂါစစ်ဆေးခြင်းနှင့် ဖလိုရိုဒ်ဆေးဖြင့် ကုသခြင်း
- ☐ ရပါသည်။ သွားရောဂါစစ်ဆေးခြင်းသာ

* မှတ်ချက်- အကယ်၍ “ရပါသည်” အကွက်တစ်ခုထက်ပို၍ အမှန်ခြစ်ထားပါက အတည်ပြုထားသော ဝန်ဆောင်မှုအားလုံးကို ပံ့ပိုးပေးပါမည်။

☐ မရပါ။ ကျွန်ုပ်၏ကလေးအတွက် မည်သည့် သွားရောဂါကုဝန်ဆောင်မှုများကိုမျှ မပေးအပ်ပါနှင့်

ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက်များ	
မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ-	ဦးစားပေးဘာသာစကား-
သင့်ထံ ဆက်သွယ်ရန် အသင့်တော်ဆုံး ဖုန်းနံပါတ်-	မက်ဆေ့ချ်ပို့ရန်ခွင့်ပြုချက်- ☐ ရပါသည် ☐ မရပါ
အီးမေးလ်လိပ်စာ-	
စာပို့ရန်လိပ်စာ-	

သင့်ကလေးကို ပိုမိုကောင်းမွန်စွာ ဝန်ဆောင်မှုပေးနိုင်အောင် အောက်ပါအချက်အလက်များ ဖော်ပြပါ-

ကျွန်ုပ်၏ကလေး ခိုဝှဲနေသောဆေးများ (ဆေးဝါးများစာရင်း)-	မရှိပါ- ☐
ကျွန်ုပ်၏ကလေး ဓာတ်မတည့်သောအရာများ-	မရှိပါ- ☐
လက်ရှိ ကျန်းမာရေးပြဿနာတစ်ခုခု ရှိမရှိ-	မရှိပါ- ☐
အပြုအမူပိုင်းဆိုင်ရာ စဉ်းစားဖွယ်ရာ တစ်ခုခု ရှိမရှိ-	မရှိပါ- ☐
သင့်ကလေးကို ပိုမိုကောင်းမွန်စွာ ဝန်ဆောင်မှုပေးနိုင်အောင် အကူအညီပေးသော အခြားအချက်အလက်များ-	မရှိပါ- ☐

အောက်ပါအပိုင်းကို ဖြည့်စွက်ပါ။ သင့်ထံ ငွေတောင်းခံလွှာ မပို့ပါ။

ကျန်းမာရေး အာမခံ- ☐ Oregon Health Plan (OHP) / Medicaid ID# _____ ☐ ပုဂ္ဂလိက သွားကျန်းမာရေး အာမခံကုမ္ပဏီ _____ ☐ ကျန်းမာရေး အာမခံမရှိပါ	ဤဝန်ဆောင်မှုများသည် အခမဲ့ဖြစ်သည်။
တစ်ကိုယ်ရေ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များအပါအဝင် အချက်အလက်များကို သွားပေါက်ဖာထေးပေးသည့် ဝန်ထမ်းများ၊ ကျောင်းဝန်ထမ်းများ၊ အာမခံ ကုမ္ပဏီများ၊ ကလေး၏ သွားဆရာဝန်၊ သက်ဆိုင်ရာညွှန်ကြားမှုဦးစီးဌာနမှပေးသော အဖွဲ့အစည်း နှင့်/သို့မဟုတ် သွားရောဂါကုသမှု အဖွဲ့အစည်းတို့အကြား မှတ်တမ်းမှတ်ရာအတွက် ထုတ်ပြန်ခြင်းနှင့် မျှဝေခြင်း ပြုလုပ်ရန် တရားဝင်မိဘ/အုပ်ထိန်းသူအနေဖြင့် ကျွန်ုပ်က 24 လကြာ သဘောတူ ခွင့်ပြုပါသည်။ "ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုဆိုင်ရာ လုပ်ထုံးလုပ်နည်း အသိပေးချက်များ" မိတ္တူကို ကျွန်ုပ်လက်ခံရရှိခဲ့ပါသည်။ ၎င်းကို All Smiles Community Oral Health ဝက်ဘ်ဆိုက် AllSmilesCOH.org/forms တွင်လည်း ရရှိနိုင်ပါသည်။ လိုင်စင်ရကျွမ်းကျင်ပညာရှင် အနီးကပ်ကြီးကြပ်မှုဖြင့် သွားဘက်ဆိုင်ရာကျောင်းသားက ကုသမှုပေးအပ်နိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။	
မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ်- _____ ရက်စွဲ- _____	

Permission Slip for Free Dental Services



Free dental screenings, sealant placements, and brushed-on fluoride are offered at your child's school. These services are done by dental care professionals and will help prevent cavities.

Name of Child: _____		
(Last)	(First)	(Preferred Name)
Child's Date of Birth (mm/dd/yy): ____ / ____ / ____ Teacher: _____ Grade: _____		
School: _____		

Check **ONE BOX** below to sign up for this free service:

- ☐ Yes, to screening, sealants and fluoride
- ☐ Yes, to screening and sealants
- ☐ Yes, to screening and fluoride
- ☐ Yes, to screening only

* NOTE: If more than one "yes" box is checked, all approved services will be provided.

☐ **NO, do not provide any dental services for my child**

Contact Information	
Parent/Guardian:	Preferred Language:
Best phone number to reach you:	Permission to Text: ☐ YES ☐ NO
Email address:	
Mailing address:	

Please provide the following information so we can better serve your child:

My child is taking (list medications):	None: ☐
My child is allergic to:	None: ☐
Any current medical conditions:	None: ☐
Any behavioral considerations:	None: ☐
Other information to help us better serve your child:	None: ☐

Please complete the section below. You will not receive a bill.

Health Insurance: ☐ Oregon Health Plan (OHP) / Medicaid ID# _____ ☐ Private dental insurance company _____ ☐ No health insurance	These services are FREE!
As the legal parent/guardian, I consent for 24 months to the release and sharing of information, including personal health information, between the dental sealant staff, school staff, insurance carriers, the child's dentist, applicable Coordinated Care Organization, and/or the Dental Care Organization of record. I have received a copy of "Notices of Privacy Practices," also available on the All Smiles Community Oral Health website AllSmilesCOH.org/forms . I understand that a dental student closely supervised by a licensed professional may provide treatment.	
Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____	



ကိုယ့်ရေးကိုယ်တော်အခွင့်အလွယ်ကြိုရာ ကံငဲ့သုံးမးအသိပေးခံကု အကဲခွဲခံပို့

သင့်၏ ကကြွားသော ကံနူးမာရေးအိန္ဒြလက္ခိ၊ သင့်၏ ကံနူးမာရေးမွတ္တမူးဟုလည်းခေါ်ခပ်စားပီး All Smiles Community Oral Health ကြင့် ထိပ္ပန္နံဦးစားပေး ဖူးစွပါသည်။ ကမ္ဘေးဝှိုဟူသည့် အေဗကောင်းရင်းမာခြာနေကာဝှို ဤအိန္ဒြလက္ခိ၊ အသံဝှိုးပျီပျခင်း သို့မဟုတ် အူဆားသူးကို ထုတ်ပေးပျာပျခင်းတို့၊ လိုအပူးိုဝှိုပါသည်။ သင့်၏ကံနူးမာရေးမွတ္တမူးထဲမှ အိန္ဒြလက္ခိကို ကမ္ဘေးဝှိုဟူ အသံဝှိုးပျီစီး ထုတ်ပေးပျာပျခင်းသော နည်းလမ်းမားကို သင့်အားအသိပေးရန် ကိုယ့်ရေးကိုယ့်အိန္ဒြလက္ခိ၊ ကံဝှိုသံဝှိုးမားအသိပေးခံကြို ပေးအားပေးပါသည်။

ယခုစာမားဝှိုသည့် ကိုယ့်ရေးကိုယ့်အိန္ဒြလက္ခိ၊ ကံဝှိုသံဝှိုးမား အသိပေးခံက အူပည့်အစုံမဟုတ်ပါ။ အသိပေးခံက အူပည့်အစုံကို ဝှိုတောင်းဆိုလို့ ရရှိခိုဝှိုပါသည်။ သင့်၏အိန္ဒြလက္ခိကို ကကြွနု ကမ္ဘေးဝှိုဟူ၏ ဝှိုရရှိသည့်သောကတိကဝတ်ပျီမားအူပ ဖက္ခရယူပေးအရလည်း ကမ္ဘေးဝှိုဟူထံကြင့် တိက်သည့်တာဝန်မား ရှိပါသည်။ ထိုသို့သောတာဝန်မားတစ်ခုမှာ သင့်ကိုဤအသိပေးခံက ပေးအူပ ဖူးစွပါသည်။

ကိုယ့်ရေးကိုယ်တော်အခွင့်အလမ်းကို ကန့်သတ်မိမိမိအသိပေးမိမိ အပြည့်အစုံ၌ ရွေးချယ်ထားသော အခွင့်အလမ်း

- [illegible]

SUMMARY OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

The confidentiality of your protected health information, also called your medical record, is a high priority at All Smiles Community Oral Health. There are a number of reasons we may need to use this information or disclose it to others. This Notice of Privacy Practices is provided to inform you of the ways we can use and release information from your medical record. THIS PAGE IS NOT THE FULL NOTICE OF PRIVACY PRACTICES. The full notice is available upon request. In addition to our longstanding commitment to protecting your information, there are certain obligations we have under federal law. One of those obligations is to provide you with this Notice.

THINGS EXPLAINED IN THE FULL NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

- **How we may use and share your health information without your permission to:**
 - Provide treatment to you.
 - Get paid for the services we provide to you.
 - Make reports to federal, state, and local agencies and others when the law requires such reporting.
 - Make reports or share information for public health, safety, and/or research purposes.
- **How we can share your information without your permission, but only if we give you a chance to object:**
 - To share information about you to family, friends, or others involved in your care for payment for the services you receive.
 - To share information in case of a disaster to let your family and friends know where you are and your general condition.
- **How we can use and share your medical information only with your permission for disclosures other than those described above.**
- **Your legal rights under federal privacy laws include your right to:**
 - Ask to see and copy your medical information.
 - Ask that incorrect or incomplete information in your medical information be corrected.
 - Ask for a list of the places we have sent your information unless it was sent with your permission, for payment, treatment, or health care operations.
 - Ask that we limit the information we use or share for treatment, payment, or healthcare operations, or the information we share with family members or others involved in your care. We are not required to agree to you request.
 - Ask that we communicate with you in a confidential manner.
 - Ask for a paper copy of the Notice of Privacy Practices at anytime.
 - Be notified in the event of a breach of unsecured, protected health information.
 - File a complaint if you think your privacy rights have been violated.
 - Pay out of pocket in full for a healthcare item or service and restrict disclosure of that particular item or service to your health plan provider.