

哥伦比亚特区政府 校内口腔卫生计划同意书

尊敬的家长或监护人：

哥伦比亚特区卫生部 (DC Health) 通过哥伦比亚特区校内口腔卫生计划 (SBOHP) 赞助您孩子所在学校/设施的预防性牙科服务。通过此计划，持执照牙医及其工作人员将为六 (6) 个月没有看过牙医的学生提供检查 (“牙齿检查”) 和 x 光检查。服务包括洗牙、氟化处理 and 涂抹密封剂 (根据需要)。可能需要额外服务 (如补牙、钻孔、打针、拔牙或牙套) 的儿童将被转介至其牙科之家 (dental home)。出于随访和计划监控的目的，您孩子的看诊信息将与适当学校/设施联系人以及 SBOHP 共享。

请注意：儿童应每六 (6) 个月看一次牙医。哥伦比亚特区卫生部 (DC Health) 通过哥伦比亚特区校内口腔卫生计划 (SBOHP) 赞助您孩子所在学校/设施的预防性牙科服务。通过此计划，持执照牙医及其工作人员将为六 (6) 个月没有看过牙医的学生提供检查 (“牙齿检查”) 和 x 光检查。务包括洗牙、氟化处理和涂抹密封剂 (根据需要)。可能需要额外服务 (如补牙、钻孔、打针、拔牙或牙套) 的儿童将被转介至其牙科之家 (dental home)。出于随访和计划监控的目的，您孩子的看诊信息将与适当学校/设施联系人以及 SBOHP 共享。

儿童/学生信息	
儿童姓名：	
出生日期 (月/日/年)：	当前性别认同：
家庭地址 (街道、城市、州、邮政编码)：	
族裔 (请选择所有适用项)： <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉美裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔/拉美裔 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不愿回答	
种族 (请选择所有适用项)：	<input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 黑人/非裔美国人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民/太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 不愿回答
学校/设施名称：	年级：
教师姓名：	
家长/监护人姓名：	
电话号码：	备用电话号码：
电子邮件地址：	
上一次看牙： <input type="checkbox"/> 1-3 个月前 <input type="checkbox"/> 4-6 个月前 <input type="checkbox"/> 6 个月以上 <input type="checkbox"/> 不确定 <input type="checkbox"/> 从未看过	
初级牙科服务提供者：	

健康保险 您必须选择一个复选框，并提供所有相关信息，以便您的孩子获得服务。	
<input type="checkbox"/> 该儿童拥有以下哥伦比亚特区 Medicaid/哥伦比亚特区健康家庭 (DC Healthy Families) 保险计划：	
<input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas (身份识别号码： <input type="checkbox"/> Amerigroup (身份识别号码： <input type="checkbox"/> Health Services for Children with Special Needs (HSCSN) Inc. (身份识别号码：	<input type="checkbox"/> MedStar Family Choice (身份识别号码： <input type="checkbox"/> Medicaid Fee-For-Service (“Straight Medicaid”) (身份识别号码： <input type="checkbox"/> 其他：
<input type="checkbox"/> 该儿童拥有私人牙科保险： 保险公司： 雇主： 受保成人姓名： 会员 ID/保单号：	保险公司电话： 雇主电话： 受保成人出生日期： 团体号：
<input type="checkbox"/> 该儿童没有任何牙科保险	



哥伦比亚特区政府 校内口腔卫生计划同意书

作为该学生的家长/监护人，我同意该学生通过 DC Health 校内口腔卫生计划接受牙科服务。我理解，我孩子参与计划即表明同意以下内容：

- 在提供服务前，同意牙科服务提供者核实保险。
- 同意牙科服务提供者向任何 Medicaid、私人保险公司或其他支付方开具账单并收取费用。
- 如果我有私人牙科保险，则同意牙科服务提供者向家庭开具任何免赔额和/或共付额账单。
- 同意牙科服务提供者以保密方式与 DC Health、哥伦比亚特区医疗保健财务局 (DHCF)、Medicaid 管理式护理组织，和/或其他参与我孩子医疗保健的临床服务提供者共享我孩子的临床信息。

另外，针对我或我的继承人、遗嘱执行人、管理人或被指定人由于上述活动造成或引起的任何及所有已知或未知伤害和损害而可能产生的所有索赔、要求、诉讼或判决，我同意免除哥伦比亚特区政府及其任何机构、雇员、官员、代理或代表的责任，对其进行赔偿并使其免受伤害。**我理解，如果我未能签署此同意书，则我的孩子将不会获得根据此计划提供的任何服务。**

我理解，我可以随时向 DC Health 的口腔卫生计划提供书面通知 (2201 Shannon Place SE 5th Floor, Washington, DC 20020) 或发送电子邮件至 doh.oralhealth@dc.gov 来撤销此同意。我进一步理解，在做此类撤销之前，该服务同意书自签署之日起一个日历年内有效，并且上述各方将继续出于所述特定目的获取我孩子的信息。

请提供以下信息，帮助牙科服务提供者更好地服务您的孩子：

医疗信息 勾选适用于孩子的每个状况，并在提供的空白处解释。
<input type="checkbox"/> 牙科问题
<input type="checkbox"/> 心脏问题/瓣膜置换/分流
<input type="checkbox"/> 哮喘/呼吸问题
<input type="checkbox"/> 癫痫/癫痫发作
<input type="checkbox"/> 过敏 <input type="checkbox"/> 乳胶过敏 <input type="checkbox"/> 松子仁过敏 <input type="checkbox"/> 丙烯酸过敏 <input type="checkbox"/> 其他
<input type="checkbox"/> 当前药物
<input type="checkbox"/> 需要抗生素术前用药
<input type="checkbox"/> 其他健康问题（糖尿病、出血问题、传染病等）
孩子的初级护理医生和/或提供者（如适用）：

我已阅读本页背面的通知，并理解和同意其条款。签署即代表我提供知情同意，让我的孩子通过 DC Health 校内口腔卫生计划接受服务。

家长/监护人签名： _____ 日期： _____