

**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：

哥伦比亚特区卫生局 (DC Health) 通过 DC 校内口腔卫生计划 (School-Based Oral Health Program, SBOHP) 赞助您孩子所在学校/机构的预防性牙科服务。通过此计划，执照牙医及其工作人员将为没有在六 (6) 个月内看过牙医的学生提供检查 (“健康检查”) 和 X 光检查。服务包括洗牙、氟化物处理和沟隙密封剂 (根据需要)。可能需要额外服务 (如补牙、钻孔、打针、拔牙或牙套) 的儿童将被转介到他们的牙科之家 (dental home)。出于随访和计划监控的目的，您孩子的看诊信息将与相关学校/机构联系人以及 SBOHP 共享。

请注意：孩子应每六 (6) 个月看一次牙医。SBOHP 服务不应替代孩子常规的牙医看诊。牙科服务提供者将查询将在学校/机构看牙的所有孩子的牙科保险和上一次牙科看诊情形，并将就所提供的任何服务向保险公司开账单。

儿童/学生信息	
儿童姓名：	
出生日期 (月/日/年)：	目前的性别认同：
家庭地址 (街道、城市、州、邮政编码)：	
学校/机构名称：	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：	
最近一次看牙医： <input type="checkbox"/> 1-3 个月前 <input type="checkbox"/> 4-6 个月前 <input type="checkbox"/> 6+ 个月前 <input type="checkbox"/> 不确定 <input type="checkbox"/> 从未看过牙医	
初级牙科医生：	

健康保险	
您必须选择一个复选框，并提供所有相关信息，这样您的孩子才能接受服务。	
<input type="checkbox"/> 该儿童拥有以下 Medicaid/Health Families 保险计划： <input type="checkbox"/> DC Healthy Families <input type="checkbox"/> DC Medicaid <input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas <input type="checkbox"/> MedStar Family Choice <input type="checkbox"/> CareFirst <input type="checkbox"/> Health Services for Children with Special Needs <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> Medicaid/DC Healthy Families 编号：_____	
<input type="checkbox"/> 该儿童拥有私人牙科保险： 保险公司： 雇主： 被保险成年人姓名： 会员 ID/保单号：	保险公司电话： 雇主电话： 被保险成年人出生日期： 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

作为上述学生的家长/监护人，我同意让他/她通过 DC Health 校内口腔卫生计划接受牙科服务。我理解，孩子参加即表明同意以下内容：

- 在提供服务前，让牙科服务提供者核实保险。
- 让牙科服务提供者向任何 Medicaid、私人保险公司或其他支付方开账单并收款。
- 如果我有私人牙科保险，则让牙科服务提供者向家庭开任何免赔额和/或自付费的账单。
- 让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/或其他参与孩子医疗保健的临床服务提供者共享孩子的临床信息。

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，对他们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，那么我的孩子将不会接受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(899 N. Capitol St. NE, 3rd Floor, Washington, DC 20002) 或发送电子邮件至 hcab.dchealth@dc.gov 来撤销此同意。我进一步理解，在做出此类撤销之前，该服务同意自签署之日起有效期为一个日历年，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，帮助牙科医生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"/>	癫痫发作/癫痫
<input type="checkbox"/>	过敏 <input type="checkbox"/> 乳胶过敏 <input type="checkbox"/> 松仁子过敏 <input type="checkbox"/> 丙烯酸过敏 <input type="checkbox"/> 其他
<input type="checkbox"/>	目前服用药物
<input type="checkbox"/>	需要预防性使用抗生素
<input type="checkbox"/>	其他健康问题（糖尿病、出血问题、传染病等）
孩子的初级保健医生和/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。通过签署，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： _____