Oregon Health Authority
PUBLIC HEALTH DIVISION
Center for Prevention and Health Promotion
Oral Health Program

PERMISSION FORM

Do you want your child to get FREE dental sealants?

A **FREE** preventive dental sealant program is offered at your child's school through Oregon's state Oral Health Program. Dental sealants can prevent cavities.

Please print.

Name of child:_____
(Last name) (First name) (Middle initial)

Please check a YES or NO box:

❒ **YES, I WANT** my child to be screened and get sealants, if needed.
✍ ***Fill out this <u>whole</u> form and sign at the bottom.***

❒ **NO, I DO NOT** want my child to be screened and get sealants.
✍ ***Write ONLY your child's name above and sign at the bottom.***

RETURN TO SCHOOL BY:

If you have checked **NO**, please check the following boxes to help us improve the program. **Thank you!**
❒ My child already has sealants. ❒ My child regularly sees a dentist.
❒ My child's dentist will provide sealants.
❒ Other (please describe): _____

State law requires a basic medical history for each child receiving service.

Date of birth: _____ Grade: _____ Gender: ❒ Male ❒ Female
(Month / Day / Year)

Teacher: _____ Parent/Guardian name: _____

Best phone number to reach you during the school day: _____

1. My child is taking (list medications): _____
2. My child is allergic to: _____
3. My child has:
   ❒ Heart surgery or murmur ❒ Asthma ❒ High blood pressure
   ❒ Epilepsy ❒ Diabetes
   ❒ Other (please describe) _____
   ❒ Behavioral considerations (please describe) _____
   _____

Parent/Guardian SIGN HERE ✍ _____ **Date:** _____

*If your child has an urgent treatment need, then the school nurse will be notified. He or she may assist you in getting a visit to the dentist as soon as possible.

This document can be provided upon request in an alternate format for individuals with disabilities or in a language other than English for people with limited English skills. To request this publication in another format or language, contact the Oral Health Program at 971-673-0348 or 971-673-0372 for TTY.

Oregon Health Authority
PUBLIC HEALTH DIVISION
Center for Prevention and Health Promotion
Oral Health Program

SEAL YOUR SMILE

PERMISO
¿Quiere que su hijo/a reciba selladores dentales GRATIS?

Se ofrece **GRATIS** un programa preventivo de selladores dentales en la escuela de su hijo/a a través del Programa de Higiene Bucal (*Oral Health Program*) del estado de Oregon. Los selladores dentales pueden prevenir la caries.

Escriba en letra imprenta.

Nombre del menor:_____
(Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)

Marque la casilla SÍ o NO que corresponda:

❒ **SI, QUIERO** que le revisen los dientes a mi hijo y que les apliquen sellador si es necesario.
✍ ***Llene el formulario <u>por completo</u> y fírmelo.***

❒ **NO, NO QUIERO** que le revisen los dientes a mi hijo/a ni que se les aplique sellador.
✍ ***Escriba SOLO el nombre del menor arriba y firme abajo.***

➔ **REMITA A LA ESCUELA A MÁS TARDAR:**

Si marcó **NO**, marque las casillas siguientes para ayudarnos a mejorar el programa. **¡Gracias!**
❒ Mi hijo/a ya tiene selladores. ❒ Mi hijo/a va al dentista con regularidad.
❒ El dentista de mi hijo/a le aplicará los selladores.
❒ Otro (indique): _____

La ley estatal exige una historia clínica básica de cada menor que reciba el servicio.

Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Sexo: ❒ Masculino ❒ Femenino
(Mes / Día / Año)

Maestro: _____ Padre/madre/tutor legal: _____

Mejor número telefónico al cual comunicarnos con usted durante el día: _____

1. Mi hijo/a toma (indique medicamentos): _____
2. Mi hijo/a tiene alergia a: _____
3. Mi hijo/a tiene o ha tenido:
   ❒ Cirugía o soplo al corazón ❒ Asma ❒ Presión alta
   ❒ Epilepsia ❒ Diabetes
   ❒ Otro (indique) _____
   ❒ Consideraciones relativas al comportamiento (describa)_____
   _____

Padre/madre/tutor legal FIRMAR AQUÍ✍ _____ **Fecha:** _____

*Si el menor necesita un tratamiento urgente, se lo notificará a la enfermera de la escuela. Ésta puede ayudarle a conseguir una cita con el dentista lo antes posible.

De solicitarse, este documento se facilitará en otro formato a las personas con discapacidades o en otro idioma, aparte del inglés, a personas con un nivel de inglés limitado. Para solicitar esta publicación en otro formato o idioma, comuníquese con el Programa de Higiene Bucal al 971-673-0348 o al 971-673-0372 para TTY (personas con problemas auditivos).

Oregon Health Authority
PUBLIC HEALTH DIVISION
Center for Prevention and Health Promotion
Oral Health Program

SEAL YOUR SMILE

ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ

Желаете ли вы, чтобы вашему ребенку БЕСПЛАТНО нанесли зубные силанты?

В школе вашего ребенка, по орегонской программе «Зубные силанты для школьников», предлагается **БЕСПЛАТНОЕ** профилактическое нанесение герметизирующего покрытия (силантов) на зубы вашего ребенка. Зубные силанты могут предотвращать образование кариозных полостей.

Пожалуйста, пишите печатными буквами.

Имя, фамилия ребенка:_____
(Фамилия) (Имя) (Инициал второго имени)

Пожалуйста, отметьте ответ «ДА» или «Нет»

❒ **ДА, Я ЖЕЛАЮ,** чтобы мой ребенок прошел обследование и чтобы, если это необходимо, на его зубы нанесли силанты.
✍ ***Заполните <u>всю</u> эту форму и подпишитесь внизу.***

❒ **НЕТ, Я НЕ ЖЕЛАЮ,** чтобы мой ребенок прошел обследование и чтобы, если это необходимо, на его зубы нанесли силанты.
✍ ***Укажите ТОЛЬКО имя и фамилию ребенка выше и подпишитесь внизу.***

ВЕРНИТЕ ФОРМУ В ШКОЛУ ДО

Если вы выбрали ответ «**НЕТ**», пожалуйста, отметьте соответствующие графы ниже, чтобы помочь нам повысить эффективность обслуживания по программе. **Спасибо!**

❒ Вашему ребенку уже нанесли зубные силанты.
❒ Ваш ребенок регулярно посещает зубного врача.
❒ Зубной врач нанесет вашему ребенку зубные силанты.
❒ Прочее (пожалуйста, укажите): _____

Законы штата требуют получения основных медицинских данных каждого ребенка, пользующегося такими услугами.

Дата рождения: _____ Класс: _____ Пол: ❒ мужской ❒ женский
(месяц / день / год)

Учитель: _____ Имя, фамилия родителя или опекуна: _____

Телефон, по которому проще всего связаться с вами на протяжении учебного дня: _____

1. Ваш ребенок принимает (перечислите лекарства): _____
2. У вашего ребенка наблюдается аллергическая реакция на: _____
3. История болезни вашего ребенка:
   - ❒ операция на сердце или шум сердца ❒ астма ❒ повышенное кровяное давление
   - ❒ эпилепсия ❒ диабет
   - ❒ прочее (пожалуйста, укажите) _____
   - ❒ поведенческие проблемы (пожалуйста, укажите) _____

_____

ПОДПИСЬ родителя или опекуна: ✍ _____ **Дата:** _____

* Если вашему ребенку срочно требуется зубоврачебное обслуживание, об этом уведомят школьную медсестру. Она поможет вам безотлагательно назначить вашему ребенку время приема у зубного врача.

По запросу, этот документ может быть предоставлен в альтернативном формате лицам с нарушениями функций или на родном языке лицам, недостаточно свободно владеющим английским языком. Для того, чтобы запросить эту брошюру в альтернативном формате или на другом языке, свяжитесь с работником стоматологической программы по тел. 971-673-0348 (телетайп: 971-673-0372).

Oregon Health Authority
PUBLIC HEALTH DIVISION
Center for Prevention and Health Promotion
Oral Health Program

SEAL YOUR SMILE

MẪU GIẤY PHÉP
Quý vị có muốn con em mình được bịt răng MIỄN PHÍ?

Chương trình bịt răng phòng ngừa **MIỄN PHÍ** được cung cấp cho con em quý vị qua Chương Trình Vệ Sinh Miệng của tiểu bang Oregon. Bịt răng có thể phòng ngừa sâu răng.

Xin viết theo kiểu chữ in.

Tên đứa trẻ:_____
(Họ) (Tên) (Chữ lót viết tắt)

Xin đánh dấu vào ô CÓ hoặc KHÔNG:

❒ **CÓ, TÔI MUỐN** con em của tôi được kiểm tra và bịt răng, nếu cần thiết .
✍ ***Điền toàn bộ mẫu này và ký tên tại đoạn cuối.***

❒ **KHÔNG, TÔI KHÔNG** muốn con em của tôi được kiểm tra và bịt răng.
✍ ***CHỈ viết tên con em của quý vị trên đây và ký tên tại đoạn cuối.***

PHÁT HOÀN VỀ TRƯỜNG HỌC CHẬM NHẤT VÀO NGÀY:

Nếu quý vị đánh dấu **KHÔNG**, xin đánh dấu vào những ô sau đây để giúp chúng tôi cải tiến chương trình. **Cám ơn quý vị!**

❒ Con em tôi đã được bịt răng. ❒ Con em tôi thường xuyên gặp nha sĩ.
❒ Nha sĩ của con em tôi sẽ đảm trách bịt răng.
❒ Thứ khác (xin mô tả): _____

Luật pháp của tiểu bang đòi hỏi bệnh lý căn bản cho mỗi đứa trẻ nhận dịch vụ.

Ngày sanh: _____ Lớp: _____ Giới tính: ❒ Nam ❒ Nữ
(Tháng / Ngày / Năm)

Giáo Viên: _____ Tên Phụ Huynh/Giám Hộ: _____

Số điện thoại tốt nhất để có thể nói chuyện với quý vị trong những ngày trường học mở cửa: _____
_____

1. Con em của tôi đang dùng (ghi các thứ thuốc): _____
2. Con em của tôi dị ứng về: _____
3. Con em của tôi có:
   - ❒ Giải phẫu tim hoặc mệt tim (murmur) ❒ Hen suyễn ❒ Áp huyết cao
   - ❒ Động kinh ❒ Tiểu đường
   - ❒ Bệnh khác (xin mô tả) _____
   - ❒ Sự suy xét về hành vi (xin mô tả)_____

Phụ Huynh/Giám Hộ KÝ TÊN CHỖ NÀY ✍ _____ **Ngày:** _____

*Nếu con em của quý vị cần điều trị gấp, y tá tại trường học sẽ được thông báo. Người này có thể trợ giúp quý vị đến khám răng với nha sĩ càng sớm càng tốt.

Tài liệu này có thể được cung cấp theo sự yêu cầu trong một hình thức thay thế dành cho những người bị khuyết tật hoặc bằng ngôn ngữ khác tiếng Anh dành cho những người không thông thạo Anh văn. Để yêu cầu ấn bản này trong một hình thức hoặc ngôn ngữ khác, hãy liên lạc với Chương Trình Vệ Sinh Miệng tại số điện thoại 971-673-0348 hoặc 971-673-0372 dành cho TTY (điện thoại dành cho người điếc hoặc khuyết tật về phát âm).

Oregon Health Authority
PUBLIC HEALTH DIVISION
Center for Prevention and Health Promotion
Oral Health Program

SEAL YOUR SMILE

FOOMKA OGOLAANSHAHA

Ma rabtaa in cunugaaga helo dahaarida ilkaha oo LACAG LA'AAN AH?

Barnaamijka ka hortag ahaaneed ee **LACAG LA'AANYTA AH** ee dahaarida ilkaha waxaa laga bixiyaa dugsiga cunugaaga iyagoo kaashanaya Barnaamijka Caafimaadka Afka ee Gobolka Oregon. Dahaarida ilkuhu waxay ka hortagi kartaa in ay ilkuhu dalool yeeshaan.

Fadlan daabad.
Magaca cunugu:_____
(Magaca dambe) (Magaca hore) (Magaca dhexe)

Fadlan calaamadee sanduuqa HAA ama MAYA:

❒ **HAA, WAAN RABAA** in cunugayga baaritaan lagu sameeyo ilkahana loo dahaaro, haddii loo baahdo.
✍ ***Buuxi <u>dhamaan</u> foomka waxaanad saxiixdaa hoosta.***

❒ **MAYA, MA RABO** in cunugayga baaritaan lagu sameeyo ilkahana loo buuxiyo.
✍ ***Kor ku qor magaca cunugaaga oo KALIYA hoostana saxiix.***

DUGSIGA KU SOO CELI:

Haddii aad calaamadaysay **MAYA**, fadlan waxaad calaamadaysaa sanduuqyada soo socda si aad nooga caawiso in aanu wanaajino barnaamijka. **Waad mahadsan tahay!**
❒ Ilmahaygu isla hadaba dabool ayaa ilkihiisa saaran. ❒ dhakhtarka ilkaha si joogta ah ayuu u arkaa.
❒ Dhakhtarka ilkaha ee ilmahayga ayaa samayn doona ilko daboolida.
❒ Wixii kale (fadlan sharaxaad ka bixi):_____

Sharciga gobolka ayaa u baahan taariikhda guud ee caafimaad ee cunug kasta oo helaya adeeg.

Taariikhda dhalasho: _____ Heerka: _____ Jinsi: ❒ Lab ❒ Dhedig
(Bisha / Maalinta / Sanadka)

Macalinka: _____ Magaca Waalidka/Horjoogaha: _____

Telefoonka munaasibka ah ee lagaa heli karo wakhtiga dugsiga lagu jiro: _____

1. Cunugaygu wuxuu qaadanayaa (qor daawooyinka): _____
2. Cunugaygu wuxuu aleerjig ku qabaa: _____
3. Cunugaygu wuxuu qabaa:
   ❒ Qaliin wadnaha ah ama garaacada wadnaha oo aan caadi ahayn ❒ Neef ❒ Dhiig kar
   ❒ Suuxdin ❒ Sonkoroow
   ❒ WIxii kale (fadlan sharaxaad ka bixi) _____
   ❒ Waxyaalo la xiriirka dhanka dabeecada (fadlan sharaxaad ka bixi) _____
   _____

Waalidka/Horjoogaha HALKAN SAXIIX ✍ _____ **Taariikhda:** _____

*Haddii cunugaagu yeesho baahi daawayn oo degdeg ah, markaa waxaa la ogaysiin doonaa kalkaaliyaha/kalkaalisada dugsiga. Isaga ama ayada waxaa suurtagal ah in kaa caawiyaan sidii aad sida ugu dhakhsaha badan u aadi lahayd dhakhtar ilkood.

Haddii la codsado waxaa la helayaa dukumeentigaa oo ah noocyo kale oo loogu talagalay dadka naafada ah ama ku qoran luqad aan ahayn af Ingiriiska iyadoo loogu talagalay dadka aan ku hadlin luqadda af Ingiriiska. Si aad u codsato daabacaadan oo qaab ama luqad kale ah, kala xiriir Barnaamiika Caafimaadka Afka 971-673-0348 ama 971-673-0372 ee TTY.