Oregon Health Authority
PUBLIC HEALTH
Oral Health Program

DO YOU WANT YOUR CHILD TO GET FREE DENTAL SEALANTS?

Permission Form

Name of Child: _____
(Last) **(First)** **(Middle Initial)**

My Child's School: _____

PLEASE CHECK YES OR NO

☐ **YES!** I WANT my child to be screened and get sealants, if needed.

State law requires a basic medical history for each child receiving service. Please fill out this form and sign at the bottom.

Date of Birth: / /	**Grade:**
Gender: ❑ Male ❑ Female	
Teacher:	
Parent/Guardian Name:	
My child is taking (list medications):	
My child is allergic to:	
My child has:	
❑ Heart murmur or has had surgery	❑ Epilepsy ❑ Asthma
❑ High blood pressure	❑ Diabetes ❑ Other (describe):
❑ Behavioral Considerations (please describe): _____	
Hygienists Use Only:	

☐ **NO** I DO NOT want my child to be screened and get sealants.

If no, please check the following to help us improve the program.

❑ My child already has sealants.

❑ My child regularly sees a dentist.

❑ My child's dentist will provide sealants.

❑ Other (please describe): _____

SIGN BELOW & RETURN BY:

_____

Parent/Guardian Signature: _____ **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. For more information, visit www.healthoregon.org/schooloralhealth.

¿QUIERE QUE SU HIJO/A RECIBA SELLADORES DENTALES GRATIS?

SEAL YOUR SMILE

Oregon Health Authority

PERMISO

Nombre del menor: _____

(Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)

La escuela de mi hijo/a: _____

FAVOR DE MARCAR SÍ O NO

☐ **SÍ** QUIERO que le revisen los dientes a mi hijo y que le apliquen sellador si es necesario.

La ley estatal exige una historia clínica básica de cada menor que reciba el servicio. Favor de llenar este formulario y firmar al pie.

Fecha de nacimiento: / /	**Año escolar:**
Sexo: ❑Hombre ❑Mujer	
Profesor:	
Padre/Tutor:	
Mi hijo/a está tomando (lista de medicamentos):	
Mi hijo/a es alérgico/a a:	
Mi hijo/a tiene:	
❑ Soplo cardíaco o ha tenido una cirugía	❑ Epilepsia ❑ Asma
❑ Presión alta	❑ Diabetes ❑ Otro (indique)
❑ Consideraciones relativas al comportamiento (describa): _____	
Sólo para uso de los higienistas:	

☐ **NO** NO QUIERO que le revisen los dientes a mi hijo/a ni que se le apliquen sellador.

Si elijió "no," favor de marcar lo siguiente para ayudarnos a mejorar el programa.

- ❑ 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) _____

FIRME ABAJO Y DEVUÉLVALO A MAS TARDAR:

_____

Firma del padre/tutor: _____ **Fecha:** _____

Si su hijo tiene una necesidad de tratemiento urgente, entonces la enfermera escolar será notificada. El o ella le podrá ayudar en concertar una cita con su dentista lo más pronto posible.

De solicitarse, este documento se facilitará en otros formatos a personas con discapacidades o en otros idiomas aparte del inglés para las personas con un nivel limitado de inglés. 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). Para obtener más información visite www.healthoregon.org/schooloralhealth.

Spanish

Oregon Health Authority

هل تريد أن يحصل طفلكم على خِتام سنّي (واقي الطواحن) مجاني؟

نموذج إعطاء الإذن

SEAL YOUR SMILE

اسم الطفل(ة): _____

(الأخير) (الأول) (الحرف الأول من الاسم الأوسط)

اسم مدرسة طفلي: _____

يرجى وضع علامة على نعم أو لا

☐ **نعم!** أريد أن يُفحص طفلي وأن يحصل على خِتام سنّي، إذا كان يحتاج لذلك.

☐ **لا** لا أريد أن يُفحص طفلي وأن يحصل على خِتام سنّي.

يفرض قانون الولاية وجوب أخذ تاريخ طبي أساسي لكل طفل يتلقّى خِتام سنّي. يرجى تعبئة هذا النموذج وتوقيع اسمك في الأسفل.

تاريخ الميلاد: / /	**الصف:**
الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى	
المعلم(ة):	
اسم الوالد(ة)/وليّ الأمر:	
يتناول طفلي الأدوية التالية:	
يعاني طفلي من حساسية ضد الأشياء التالية:	
يعاني طفلي من: ☐ نفخة قلبية أو أجرى عملية ☐ الصرع ☐ الربو ☐ ارتفاع ضغط الدم ☐ السكّري ☐ غير ذلك (صف)	
☐ اعتبارات سلوكية (يرجى التوضيح): _____	
Hygienists Use Only (لاستخدام اختصاصي حفظ الأسنان فقط):	

إذا أجبت بلا، فيرجى وضع علامة على التالي لتساعدنا على تحسين البرنامج.

- ☐ تمّ وضع خِتام سنّي على أضراس طواحن طفلي سابقاً.
- ☐ يزور طفلي بانتظام طبيب الأسنان.
- ☐ سيقوم طبيب أسنان طفلي بتزويد الخِتام السنّي.
- ☐ غير ذلك (يرجى التوضيح) _____

يرجى توقيع الاسم أدناه وردّ النموذج إلينا بتاريخ لا يتعدّى:

_____

توقيع الوالد(ة)/ولي الأمر _____ التاريخ: _____

إذا كان يتطلّب طفلك العلاج بشكل ضروري، فسيتم عندها إبلاغ ممرض(ة) المدرسة بهذا.
قد يساعدك الممرّض(ة) في الحصول على زيارة إلى طبيب أسنان في أقرب وقت ممكن.

يمكن تزويد هذه الوثيقة عند الطلب بتنسيق بديل للأفراد ذوي إعاقة أو لغة غير اللغة الإنجليزية للأشخاص ذوي مهارات محدودة في اللغة الإنجليزية. لكي تطلب هذه النشرة في تنسيق آخر أو لغة أخرى، يجب عليك الاتصال ببرنامج صحة الفم (Oral Health Program) على رقم الهاتف 971-673-0348 أو 971-673-0372 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني: www.healthoregon.org/schooloralhealth.

KOJ PUAS XAV KOM KOJ TUS ME NYUAM TAU COV TSHUAJ PLEEV TIV THAIV COV HNIAV PUB DAWB?

Daim Ntawv Tso Lus

Tus Me Nyuam lub Npe: _____

(Lub Xeem) **(Lub Npe)** **(Thawj tus tsiaj ntawv rau npe nrab)**

Kuv tus Me Nyuam lub Tsev Kawm Ntawv: _____

THOV KHIJ LO LUS TAU LOS SIS TSIS TAU

☐ **TAU!** Kuv XAV kom lawv kuaj thiab pleev cov tshuaj tiv thaiv cov hniav, yog tias toob kas ua li ntawd.

Lub xeev txoj kev cai yuam kom kuaj keeb kwm mob nkees rau txhua tus me nyuam uas txais txoj kev pab no. Thov koj uas daim ntawv no thiab xees npe nram qab no.

Hnub yug: / / **Hoob kawm:**

Hom neeg: ❑ Txiv neej ❑ Poj niam

Xib hwb qhia ntawv:

Niam txiv/Tus Neeg Saib Xyuas lub Npe:

Kuv tus me nyuam tab tom noj (sau cov tshuaj ntawm no):

Kuv tus me nyuam phiv cov no:

Kuv tus me nyuam muaj yam no:

- ❑ Lub plawv dhia tsis thwj los sis tau raug phais
- ❑ Qaug dab peg
- ❑ Mob ntsws nqias
- ❑ Ntshav siab
- ❑ Ntshav qab zib
- ❑ Lwm yam (piav yog li cas):

❑ Tej Yam Txawv ntawm tus Cwj Pwm (thov piav seb yog li cas): ____

_____

_____

Hygienists Use Only (Cov Kws Txhuam Hniav Tsuas Siv Qhov Chaw No Xwb):

☐ **TSIS TAU** Kuv TSIS TAU xav kom lawv kuaj thiab pleev tshuaj tiv thaiv rau kuv tus me nyuam.

Yog tias tsis xav tau, thov khij nram qab no kom pab peb kho qhov kev pab no kom zoo dua.

- ❑ Kuv tus me nyuam twb pleev tshuaj tiv thaiv cov hniav lawm.
- ❑ Kuv tus me nyuam ib sij mus ntsib ib tug kws kho hniav.
- ❑ Kuv tus me nyuam tus kws kho hniav yuav pleev cov tshuaj tiv thaiv cov hniav.
- ❑ Lwm yam (thov piav seb yog li cas): ____

_____

XEES NPE NRAM QAB NO thiab XA ROV QAB TUAJ UA NTEJ:

_____

Niam Txiv/Tus Neeg Saib Xyuas Xees Npe:_____ **Hnub Tim:** _____

Yog tias koj tus me nyuam xav tau kev kho sai, ces yuav qhia koj tus me nyuam tus nais maum paub.
Tej zaum nws yuav pab tau koj teem caij mus ntsib tus kws kho hniav sai li sai tau.

Yeej muab tau daim ntawv no yog tias yus thov kom ua lwm yam rau cov neeg uas xiam hoob khab los sis ua lwm yam lus uas tsis yog lus As Kiv rau tib neeg uas tsis tshua txawj lus As Kiv. Yog xav tau daim ntawv no uas lwm yam los sis lwm yam lus, tiv tauj mus rau qhov Kev Pab Qhov Ncauj Muaj Kev Noj Qab Nyob Zoo nyob ntawm 971-673-0348 los sis 971-673-0372 rau TTY. Yog xav paub ntxiv, xyuas hauv www.healthoregon.org/schooloralhealth.

ЖЕЛАЕТЕ ЛИ ВЫ, ЧТОБЫ ВАШЕМУ РЕБЕНКУ БЕСПЛАТНО НАНЕСЛИ ЗУБНЫЕ СИЛАНТЫ?

SEAL YOUR SMILE

Oregon Health Authority

Форма разрешения

Имя, фамилия ребенка: _____

(Фамилия) **(имя)** **(отчество)**

Школа, которую посещает мой ребенок: _____

ПОЖАЛУЙСТА, ОТМЕТЬТЕ ДА ИЛИ НЕТ

☐ **ДА,** Я ЖЕЛАЮ, чтобы мой ребенок прошел обследование и чтобы, если это необходимо, на его зубы нанесли силанты.

☐ **НЕТ,** Я НЕ ЖЕЛАЮ, чтобы мой ребенок прошел обследование и чтобы, если это необходимо, на его зубы нанесли силанты.

Законы штата требуют получения основных медицинских данных каждого ребенка, пользующегося такими услугами. Пожалуйста, заполните данную форму и подпишите внизу.

Дата рождения: / / **Класс:**

Пол: ❑Мужской ❑ Женский

Учитель:

Имя родителя/опекуна:

Лекарства, которые принимает мой ребенок (перечислите):

У моего ребенка есть алергия на:

У моего ребенка:

- ❑ Шумы в сердце или в прошлом была операция
- ❑ эпилепсия
- ❑ астма
- ❑ повышенное кровяное давление
- ❑ диабет
- ❑ Другое (опишите):

❑ поведенческие проблемы (пожалуйста, укажите)

_____

_____

Hygienists Use Only (Для заполнения только гигиенистом):

Если нет, пожалуйста, отметьте одно из указанного ниже, чтобы помочь нам усовершенствовать нашу программу.

- ❑ Вашему ребенку уже нанесли зубные силанты.
- ❑ Ваш ребенок регулярно посещает зубного врача.
- ❑ Зубной врач нанесет вашему ребенку зубные силанты.
- ❑ прочее (пожалуйста, укажите) _ _____

_____

Подпишите ниже и верните до:

_____

Подпись родителя/опекуна: _____ **Дата:** _____

Если вашему ребенку необходимо срочное лечение, мы уведомим школьную медсестру. Он/она сможет помочь вам назначить визит к стоматологу как можно скорее.

По вашему запросу данный документ может быть предоставлен в альтернативном формате для инвалидов или на другом языке для лиц с ограниченными знаниями английского языка. Для того, чтобы запросить эту брошюру в альтернативном формате или на другом языке, свяжитесь с работником стоматологической программы по тел.971-673-0348 (телетайп для слабослышащих: 971-673-0372). Для получения дополнительной информации, посетите сайт: www.healthoregon.org/schooloralhealth.

您想让孩子接受免费的牙齿窝沟封闭吗？

同意书

Oregon Health Authority

孩子姓名： _____
（姓氏） （名字） （中间名首写）

孩子所在学校： _____

请选择“是”或“否”

☐是！ 我**希望**我的孩子接受筛查和牙齿窝沟封闭（如果需要）。

州法律要求每名接受服务的孩子提供基本病史。 请填写表格，然后在下面签名。

出生日期： / /		**年级：**
性别： ❑ 男 ❑ 女		
教师：		
家长/监护人姓名：		
我的孩子正在服用（列出药物名称）：		
我的孩子对以下物质过敏：		
我的孩子患有：		
❑ 心杂音或已接受手术	❑ 癫痫	❑ 哮喘
❑ 高血压	❑ 糖尿病	❑ 其他（请说明）：
❑ 行为注意事项（请说明）： _____		
Hygienists Use Only (仅供保健专家使用):		

☐否 我**不希望**我的孩子接受筛查和牙齿窝沟封闭。

如果选择“否”，请勾选以下选项，帮助我们改善这项计划。

- ❑ 我的孩子已接受牙齿窝沟封闭。
- ❑ 我的孩子定期看牙医。
- ❑ 孩子的牙医会提供牙齿窝沟封闭。
- ❑ 其他（请说明）： _____

请在下面签名并寄回：

_____

家长/监护人签名： _____ **日期：** _____

如果您的孩子需要接受紧急治疗，我们将通知学校护士。
他或她可以帮您尽快带孩子去看牙医。

我们可以根据申请，以其他格式或其他语言向残障人士或英文能力有限人士提供此文件。 如需申请本文件以其他格式或语言提供，请致电 *971-673-0348* 联系口腔健康计划，*TTY* 专线 *971-673-0372*。 如需了解更多信息，请访问 *www.healthoregon.org/schooloralhealth*。

Simplified Chinese

MA RABTAA IN CUNUGAAGA HELO DA-HAARIDA ILKAHA OO LACAG LA'AAN AH?

FOOMKA OGOLAANSHAHA

Magaca cunugu: _____
(magaca dambe, magaca hore, billawga magaca dhexe)

Dugsiga Cunugayga: _____

FADLAN CALAAMADEE HAA AMA MAYA

☐ **HAA,** WAAN RABAA in cunugayga baaritaan lagu sameeyo ilkahana loo dahaaro, haddii loo baahdo.

Sharciga gobolka ayaa u baahan taariikhda guud ee caafimaad ee cunug kasta oo helaya adeeg. Fadlan buuxi foomkan waxaanad saxiixdaa hoosta.

Taariikhda Dhalasho: / / **Heerka:**

Jinsi: ❑ **Lab** ❑ **Dheddig**

Macalinka:

Magaca Waalidka/Horjoogaha:

Cunugaygu wuxuu qaadanayaa (qor daawooyinka):

Cunugaygu wuxuu aleerjig ku qabaa:

Cunugaygu wuxuu qabaa:

- ❑ Garaaca wadnaha oo aan caadi ahayn iyo qaliin wadnaha ah oo uu maray
- ❑ Suuxdin
- ❑ Neef
- ❑ Dhiig kar
- ❑ Sonkoroow
- ❑ Wixii kale (sharaxaad ka bixi):

❑ Waxyaalo la xiriirka dhanka dabeecada (fadlan sharaxaad ka bixi)
_____
_____

Hygienists Use Only (Loogu Talagalay Qofka Nadaafadda U Qaabilsan Kaliya):

☐ **MAYA,** MA RABO in cunugayga baaritaan lagu sameeyo ilkahana loo buuxiyo.

Haddii ay jawaabtu tahay maya, fadlan waxaad calaamadaysaa kuwo soo socda si aad nooga caawiso in aanu wanaajino barnaamijka.

- ❑ Ilmahaygu isla hadaba dabool ayaa ilkihiisa saaran.
- ❑ dhakhtarka ilkaha si joogta ah ayuu u arkaa.
- ❑ Dhakhtarka ilkaha ee ilmahayga ayaa samayn doona ilko daboolida.
- ❑ Wlxii kale (fadlan sharaxaad ka bixi) ____
_____

HOOSTA SAXIIX SOONA CELI:

_____

Saxiixa Waalidka/Horjoogaha: _____ **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. Wixii macluumaad dheeraad ah, booqo www.healthoregon.org/schooloralhealth.

QUÝ VỊ CÓ MUỐN CON EM MÌNH ĐƯỢC BỊT RĂNG MIỄN PHÍ?

MẪU GIẤY PHÉP

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

Trường Học của con em tôi: _____

XIN ĐÁNH DẤU CÓ HOẶC KHÔNG

☐ **CÓ!** TÔI MUỐN con em của tôi được kiểm tra răng và bịt răng, nếu cần thiết.

Luật pháp của tiểu bang đòi hỏi bệnh lý căn bản cho mỗi đứa trẻ nhận dịch vụ. Xin điền mẫu này và ký tên tại phần cuối.

Ngày Sanh: / / **Lớp:**

Giới Tính: ❑Nam ❑ Nữ

Giáo Viên:

Tên Phụ Huynh/Người Giám Hộ:

Con em tôi đang uống (liệt kê các thuốc):

Con em tôi có dị ứng về:

Con em tôi có:

- ❑ Tiếng Tâm Trương (murmur) hoặc đã được giải phẫu tim
- ❑ Động kinh
- ❑ Hen suyễn
- ❑ Áp huyết cao
- ❑ Tiểu đường
- ❑ Bệnh khác (xin mô tả)

❑ Sự suy xét về hành vi (xin mô tả) _____
_____
_____

Hygienists Use Only (Chỉ Để Vệ Sinh Viên Sử Dụng):

☐ **KHÔNG,** TÔI KHÔNG muốn con em của tôi được kiểm tra và bịt răng.

Nếu không, xin đánh dấu sau đây để giúp chúng tôi cải tiến chương trình.

- ❑ 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.
- ❑ Bệnh khác (xin mô tả) _____
_____

KÝ TÊN DƯỚI ĐAY VÀ PHÁT HOÀN DO:

_____

Chữ ký của Phụ Huynh/Giám Hộ: _____ **Ngày:** _____

Nếu con em của quý vị cần được điều trị cấp bách, y tá tại trường học sẽ thông báo.
Người này có thể trợ giúp quý vị 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). Muốn biết thêm tin tức, hãy truy cập www.healthoregon.org/schooloralhealth.