သင့်ကလေး၏ ကျောင်းရှိ အခမဲ့ သွားဘက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ

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 | **ကြွေဖြည့်ပြီး**

<u>ပြဿနာ- သွားပိုးစားခြင်း</u>

- သွားပိုးစားခြင်းသည် ကလေးဘဝတွင် အဖြစ်အများဆုံး ရောဂါဖြစ်သည်။
- အသက် ၅-၁၁ နှစ်ကြားရှိ ကလေးများ၏ 50% ခန့်တွင် အနည်းဆုံး သွားအခေါင်းပေါက်တစ်ခု ရှိကြသည်[1]။

<u>ဖြေရှင်းနည်း- ကြွေဖြည့်ဆေးများ</u>

- ကြွေဖြည့်သော ကျောင်းသားများက မဖြည့်သူများထက် သွားပိုးစားခြင်း 50% ပိုနည်းသည်[2]။
- ဖလိုရိုက်သုံးခြင်းက သွားပိုးစားခြင်းကို ကြီးသွားများတွင် 43% နှင့် ငယ်သွားများတွင် 37% ကာကွယ်ပေးသည်[3]။

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

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

2023 မေလတွင် အပ်ဒိတ်လုပ်ထားသည်။

FREE DENTAL SERVICES AT YOUR CHILD'S SCHOOL

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

Services include:

- Free dental screening: Our dental professional looks in the student's mouth to check the overall health of teeth and gums.
- Free dental sealants: Coatings put on the student's back teeth to prevent cavities.
- Free 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 cavity[1].

The Solution: Dental Sealants

- Students who receive sealants have 50% fewer cavities than students who do not[2].
- Fluoride application prevents 43% of cavities in permanent teeth and 37% of cavities in baby teeth[3].

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

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

Revised May 2023

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 အောက်ပါ<u>အကွက်တစ်ကွက်</u>ကို 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-	
သင့်ထံ ဆက်သွယ်ရန် အသင့်တော်ဆုံး ဖုန်းနံပါတ်-	မက်ဆေ့ချ်ပို့ရန်ခွင့်ပြုချက်- ☐ ရပါသည် ☐မရပါ
အီးမေးလ်လိပ်စာ-	
စာပို့ရန်လိပ်စာ-	

သင့်ကလေးကို ပိုမိုကောင်းမွန်စွာ ဝန်ဆောင်မှုပေးနိုင်အောင် အောက်ပါအချက်အလက်များ ဖော်ပြပါ-

ကျွန်ုပ်၏ကလေး မှီဝဲနေသောဆေးများ (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 **အခမဲ့**ဖြစ်သည်။

ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ ကျန်းမာရေး အချက်အလက်တစ်ခုခု အပါအဝင် အချက်အလက်များကို သွားပေါက်ဖာထေးပေးသည့် ဝန်ထမ်းများ၊ ကျောင်းဝန်ထမ်းများ၊ အာမခံ ကုမ္ပဏီများ၊ ကလေး၏ သွားဆရာဝန်၊ သက်ဆိုင်ရာညှိနှိုင်းကုသမှုပေးသော အဖွဲ့အစည်း နှင့်/သို့မဟုတ် သွားရောဂါကုသမှု အဖွဲ့အစည်းတို့အကြား မှတ်တမ်းမှတ်ရာအတွက် ထုတ်ပြန်ခြင်းနှင့် မျှဝေခြင်းကို တရားဝင်မိဘ/အုပ်ထိန်းသူအနေဖြင့် ဤတွင် ကျွန်ုပ်သဘောတူ ခွင့်ပြုပါသည်။ "ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုဆိုင်ရာ လုပ်ထုံးလုပ်နည်း အသိပေးချက်များ" မိတ္တူကို ကျွန်ုပ်လက်ခံရရှိခဲ့ပါသည်။ ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုဆိုင်ရာ လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများကို All Smiles Community Oral Health ဝက်ဘ်ဆိုက် AllSmilesCOH.org/forms တွင် ရရှိနိုင်ပါသည်။

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:	
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 hereby consent to the release and sharing of information, including any 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." Privacy Practices are available on the All Smiles Community Oral Health website AllSmilesCOH.org/forms.

Parent/Guardian Signature: ______________________________ Date: ____________

ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအချက်အလက်ဆိုင်ရာ ကျင့်သုံးမှုအသိပေးချက် အကျဉ်းချုပ်

သင်၏ ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးအချက်အလက်ကို သင်၏ ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းဟုလည်းခေါ်ပြီး All Smiles Community Oral Health တွင် ထိပ်တန်းဦးစားပေး ဖြစ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် အကြောင်းရင်းများစွာကြောင့် ဤအချက်အလက်ကို အသုံးပြုခြင်း သို့မဟုတ် အခြားသူများကို ထုတ်ပြောခြင်းတို့လိုအပ်နိုင်ပါသည်။ သင်၏ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းထဲမှ အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုပြီး ထုတ်ပြောနိုင်သော နည်းလမ်းများကို သင့်အားအသိပေးရန် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအချက်အလက်ဆိုင်ရာ ကျင့်သုံးမှုအသိပေးချက်ကို ပေးအပ်ထားပါသည်။

ယခုစာမျက်နှာသည် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအချက်အလက်ဆိုင်ရာ ကျင့်သုံးမှု အသိပေးချက် အပြည့်အစုံမဟုတ်ပါ။ အသိပေးချက် အပြည့်အစုံကို တောင်းဆိုလျှင် ရရှိနိုင်ပါသည်။သင်၏အချက်အလက်များကို ကာကွယ်ရန် ကျွန်ုပ်တို့၏ ရေရှည်တည်တံ့သောကတိကဝတ်ပြုမှုအပြင် ဖက်ဒရယ်ဥပဒေအရလည်း ကျွန်ုပ်တို့ထံတွင် တိကျသည့်တာဝန်ခံမှုများ ရှိပါသည်။ ထိုသို့သောတာဝန်ခံမှုတစ်ခုမှာ သင့်ကိုဤအသိပေးချက် ပေးအပ်ရန် ဖြစ်ပါသည်။

ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအချက်အလက်ဆိုင်ရာ ကျင့်သုံးမှုအသိပေးချက် အပြည့်အစုံ၌ ရှင်းပြထားသော အချက်များ

- **သင်၏ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များကို သင့်ခွင့်ပြုချက်မရှိဘဲ ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုမျှဝေနိုင်ပုံ-**
  - သင့်အား ကုသမှုပေးခြင်း
  - သင့်အတွက်ဆောင်ရွက်ပေးသော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ငွေတောင်းခံရယူခြင်း
  - ဖက်ဒရယ်၊ ပြည်နယ်နှင့် ဒေသဆိုင်ရာ အေဂျင်စီများနှင့် အခြားသူများထံ အစီရင်ခံစာ တင်ပြရန် ဥပဒေအရလိုအပ်ပါက အစီရင်ခံစာ တင်ပြခြင်း
  - ပြည်သူ့ကျန်းမာရေး၊ လုံခြုံရေးနှင့် သုတေသန ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် အစီရင်ခံစာ တင်ပြခြင်း သို့မဟုတ် အချက်အလက်မျှဝေခြင်း။
- **သင်ကန့်ကွက်ပိုင်ခွင့် ပေးထားမှသာ သင့်အချက်အလက်များကို သင့်ခွင့်ပြုချက်ဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့မျှဝေနိုင်ပုံ-**
  - သင်ရရှိသည့်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ငွေပေးချေရန် သင့်အားကုသမှုတွင် ပါဝင်ပတ်သက်သော မိသားစု၊ အသိမိတ်ဆွေ သို့မဟုတ် အခြားသူများအား သင့်အကြောင်း အချက်အလက်များ မျှဝေခြင်း
  - သဘာဝဘေးအန္တရာယ် ဖြစ်ပွားပါက အချက်အလက်မျှဝေကာ သင်ရှိသည့်နေရာနှင့် သင်၏အထွေထွေအခြေအနေကိုသင့်မိသားစုနှင့် အသိမိတ်ဆွေများအားအသိပေးရန်
- **အထက်ဖော်ပြပါ အချက်များမဟုတ်ဘဲ ထုတ်ပြောရန်အတွက် သင့်ခွင့်ပြုချက် ရမှသာ သင်၏ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုမျှဝေနိုင်ပုံ-**
- **ဖက်ဒရယ် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာဆိုင်ရာဥပဒေများအရသင်၏တရားဝင်ခွင့်အရေးများထဲတွင် အောက်ပါ အခွင့်အရေးများ ပါဝင်ပါသည်-**
  - သင်၏ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကိုကြည့်ရှုပြီး မိတ္တူကူးယူရန် တောင်းဆိုခြင်း
  - သင်၏ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များထဲမှ မှားယွင်းသော သို့မဟုတ် မပြည့်စုံသောအချက်အလက်များကို ပြင်ဆင်ခိုင်းခြင်း
  - ငွေပေးချေမှု၊ ကုသမှု သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လုပ်ငန်းများအတွက်သင့်ခွင့်ပြုချက်ဖြင့် ပေးပို့ခြင်းမဟုတ်ပါက သင့်အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ပေးပို့ထားသော နေရာများစာရင်းကို တောင်းဆိုခြင်း
  - ကုသမှု၊ ငွေပေးချေမှု သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လုပ်ငန်းများအတွက် ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြု မျှဝေသော အချက်အလက် သို့မဟုတ် သင်၏ကုသမှုတွင် ပါဝင်ပတ်သက်သော မိသားစုဝင်များနှင့် အခြားသူများအား ကျွန်ုပ်တို့ မျှဝေသော အချက်အလက်ကို ကန့်သတ်ရန် တောင်းဆိုခြင်းသင့်တောင်းဆိုမှုကို ကျွန်ုပ်တို့သည် မဖြစ်မနေသဘောတူရမည် မဟုတ်ပါ
  - လျှို့ဝှက်ထားရှိသောပုံစံဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့သည် သင်နှင့်ဆက်သွယ်ပြောဆိုရန်
  - ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ ကျင့်သုံးမှု အသိပေးချက်မိတ္တူစာရွက်ကို အချိန်မရွေး တောင်းဆိုခြင်း
  - မလုံခြုံသော၊ ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များ ချိုးဖောက်မှုရှိပါက အသိပေးချက်ရယူခြင်း
  - သင့်ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အခွင့်အရေးများ ချိုးဖောက်ခံရသည်ဟုယူဆပါက တိုင်ကြားချက်ဖွင့်ခြင်း
  - ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနည်းလမ်း သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုအတွက် အပြည့်အဝ ငွေစိုက်ထုတ်ပေးချေကာ ထိုသီးသန့်နည်းလမ်း သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုကို သင့်ကျန်းမာရေးအစီအစဉ် ဆောင်ရွက်ပေးသူအားထုတ်ဖော်ပြောရန်ကန့်သတ်ခြင်း

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 any time.
  - 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.