

Quan trọng: Vui lòng gửi lại giấy cho phép đã ký để sử dụng dịch vụ miễn phí này.

Các dịch vụ bao gồm:

- Khám nha khoa miễn phí- Chuyên gia chăm sóc nha khoa của chúng tôi sẽ khám miệng của học sinh để kiểm tra sức khỏe tổng thể của răng và nướu.
- Chất trám răng miễn phí- Lớp phủ đặt trên răng phía sau của học sinh để ngăn ngừa sâu răng.
- Fluoride Miễn phí- Được chải trên răng, vitamin này giúp răng chắc khỏe hơn và ngăn ngừa sâu răng.

Tại sao quý vị nên đăng ký cho con mình các dịch vụ miễn phí:

- Hàm răng khỏe mạnh rất quan trọng đối với sức khỏe tổng thể của quý vị.
- Khi việc trám răng được thực hiện ở trường, quý vị sẽ ít phải nghỉ làm hơn, và con quý vị cũng ít phải nghỉ học hơn.
- Việc trám răng được thực hiện bởi các chuyên gia chăm sóc nha khoa.
- Gặp nha sĩ của quý vị ít nhất một lần một năm.



Fluorua được phủ lên răng bằng một bàn chải nhỏ.

Để biết thêm thông tin, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số

503-521-7166.

Trước khi Trám



Sau khi Trám



Vấn đề: Sâu răng

- Sâu răng là bệnh phổ biến nhất ở trẻ em.
- Khoảng 50% trẻ em từ 5-11 tuổi có ít nhất một chỗ sâu¹.

Giải pháp: Chất trám kín Nha khoa

- Những học sinh nhận được chất trám răng có tình trạng sâu răng ít hơn 50% so với những học sinh không nhận².
- Thoa fluoride ngăn ngừa 43% tình trạng sâu răng ở răng vĩnh viễn và 37% tình trạng sâu răng ở răng sữa³.

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

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. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No: CD002279. DOI: 10.1002/14651858

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.

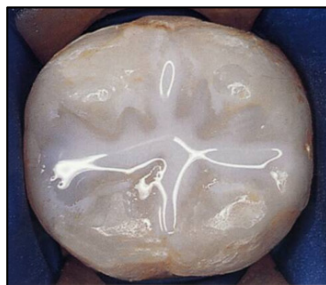
For more information, please
call us at

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 cavity¹.

The Solution: Dental Sealants

- Students who receive sealants have 50% fewer cavities than students who do not².
- Fluoride application prevents 43% of cavities in permanent teeth and 37% of cavities in baby teeth³.

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

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

Giấy cho Phép cho các Dịch vụ Nha khoa Miễn phí



Tại trường học của con quý vị, con quý vị có thể khám nha khoa miễn phí, trám bít răng và đánh răng bằng fluoride. Các dịch vụ này được thực hiện bởi các chuyên gia chăm sóc nha khoa và sẽ giúp ngăn ngừa sâu răng.

Tên của Trẻ: _____		
(Họ)	(Tên)	(Tên Thường gọi)
Ngày sinh của Trẻ (mm/dd/yy): ____ / ____ / ____		
Giáo viên: _____		Lớp: _____
Trường: _____		

Đánh dấu **MỘT** bên dưới để đăng ký dịch vụ miễn phí này:

- Có, để sàng lọc, trám bít và sử dụng fluoride
- Có, để sàng lọc và trám bít
- Có, để sàng lọc và sử dụng fluoride
- Có, chỉ để sàng lọc

* GHI CHÚ: Nếu nhiều hơn một ô "có" được đánh dấu, tất cả các dịch vụ đã được chấp thuận sẽ được cung cấp.

KHÔNG, không cung cấp bất kỳ dịch vụ nha khoa nào cho con tôi

Thông tin Liên hệ	
Phụ huynh/Người giám hộ:	
Số điện thoại tốt nhất để liên lạc với quý vị:	Cho phép Nhắn tin: <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
Địa chỉ email:	
Địa chỉ gửi thư:	

Vui lòng cung cấp thông tin sau để chúng tôi có thể phục vụ con quý vị tốt hơn:

Con tôi đang dùng (liệt kê các loại thuốc):	Không có: <input type="checkbox"/>
Con tôi bị dị ứng với:	Không có: <input type="checkbox"/>
Bất kỳ vấn đề y tế hiện tại nào:	Không có: <input type="checkbox"/>
Bất kỳ cân nhắc nào về hành vi:	Không có: <input type="checkbox"/>
Thông tin khác để giúp chúng tôi phục vụ con quý vị tốt hơn:	Không có: <input type="checkbox"/>

Vui lòng hoàn thành phần bên dưới. Quý vị sẽ không nhận được hóa đơn.

Bảo hiểm Sức khỏe: <input type="checkbox"/> Chương trình Bảo hiểm Y tế của Oregon (OHP) / Số ID Medicaid _____ <input type="checkbox"/> Công ty bảo hiểm nha khoa tư nhân _____ <input type="checkbox"/> Không có bảo hiểm sức khỏe	Các dịch vụ này là MIỄN PHÍ!
Với tư cách là phụ huynh/người giám hộ hợp pháp, tôi đồng ý cho phép tiết lộ và chia sẻ thông tin, bao gồm mọi thông tin sức khỏe cá nhân, giữa nhân viên trám răng, nhân viên trường học, hãng bảo hiểm, nha sĩ của trẻ, Tổ chức Chăm sóc Phối hợp, và/hoặc Tổ chức Chăm sóc Nha khoa trong hồ sơ. Tôi đã nhận được một bản sao của "Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư". Các Biện pháp Thực hành Quyền riêng tư có sẵn trên trang web của Cơ quan Sức khỏe Răng miệng Cộng đồng All Smiles Community Oral Health AllSmilesCOH.org/forms .	
Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ: _____	Ngày: _____

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: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Email address: _____	
Mailing address: _____	

Please provide the following information so we can better serve your child:

My child is taking (list medications): _____	None: <input type="checkbox"/>
My child is allergic to: _____	None: <input type="checkbox"/>
Any current medical conditions: _____	None: <input type="checkbox"/>
Any behavioral considerations: _____	None: <input type="checkbox"/>
Other information to help us better serve your child: _____	None: <input type="checkbox"/>

Please complete the section below. You will not receive a bill.

Health Insurance: <input type="checkbox"/> Oregon Health Plan (OHP) / Medicaid ID# _____ <input type="checkbox"/> Private dental insurance company _____ <input type="checkbox"/> 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:** _____

Việc bảo mật các thông tin y tế được bảo vệ của quý vị, còn được gọi là hồ sơ y tế, là ưu tiên hàng đầu tại All Smiles Community Oral Health. Chúng tôi có thể cần sử dụng thông tin này hoặc tiết lộ nó cho người khác vì một số lý do. Thông báo về Chính sách Quyền riêng tư này nhằm mục đích thông báo cho quý vị về việc chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin từ hồ sơ y tế của quý vị như thế nào. **TRANG NÀY KHÔNG HIỂN THỊ TOÀN BỘ NỘI DUNG CỦA THÔNG BÁO VỀ CHÍNH SÁCH QUYỀN RIÊNG TƯ.** Thông báo đầy đủ sẽ có sẵn theo yêu cầu. Ngoài cam kết lâu dài của chúng tôi trong việc bảo vệ thông tin của quý vị, chúng tôi cũng phải tuân thủ một số nghĩa vụ nhất định theo luật liên bang. Một trong những nghĩa vụ đó là cung cấp cho quý vị Thông báo này.

NHỮNG ĐIỀU ĐƯỢC GIẢI THÍCH TRONG THÔNG BÁO VỀ CHÍNH SÁCH QUYỀN RIÊNG TƯ ĐẦY ĐỦ

- **Các trường hợp chúng tôi có thể sử dụng và chia sẻ thông tin y tế của quý vị mà không cần sự cho phép của quý vị:**
 - Cung cấp dịch vụ điều trị cho quý vị.
 - Thu tiền phí các dịch vụ chúng tôi đã cung cấp cho quý vị.
 - Lập báo cáo cho các cơ quan liên bang, tiểu bang, địa phương và các cơ quan khác khi pháp luật yêu cầu báo cáo như vậy.
 - Lập báo cáo hoặc chia sẻ thông tin cho các mục đích y tế công cộng, an toàn và/hoặc nghiên cứu.
- **Các trường hợp chúng tôi có thể chia sẻ thông tin của quý vị mà không cần sự cho phép của quý vị, nhưng chỉ khi chúng tôi cho quý vị cơ hội phản đối:**
 - Chia sẻ thông tin về quý vị với gia đình, bạn bè hoặc các bên liên quan trong quá trình chăm sóc của quý vị để thanh toán tiền phí của các dịch vụ quý vị nhận được.
 - Chia sẻ thông tin trong trường hợp xảy ra thiên tai để cho gia đình và bạn bè của quý vị biết quý vị đang ở đâu và tình hình của quý vị nói chung.
- **Các trường hợp khác không được liệt kê ở trên mà chúng tôi có thể sử dụng và chia sẻ thông tin y tế của quý vị chỉ với sự cho phép của quý vị**
- **Quyền pháp lý của quý vị theo luật riêng tư liên bang bao gồm quyền:**
 - Yêu cầu xem và sao chép thông tin y tế của quý vị.
 - Yêu cầu chỉnh sửa các thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ trong hồ sơ y tế.
 - Yêu cầu danh sách những nơi mà chúng tôi đã gửi thông tin của quý vị đến, trừ các trường hợp có sự cho phép của quý vị, cho mục đích thanh toán, điều trị hoặc điều hành việc chăm sóc sức khỏe.
 - Yêu cầu chúng tôi giới hạn thông tin chúng tôi sử dụng hoặc chia sẻ cho các hoạt động điều trị, thanh toán hoặc chăm sóc sức khỏe, hoặc giới hạn thông tin chúng tôi chia sẻ với các thành viên gia đình hoặc các bên có liên quan đến việc chăm sóc của quý vị. Chúng tôi không bắt buộc phải chấp thuận yêu cầu của quý vị.
 - Yêu cầu chúng tôi liên lạc với quý vị một cách bí mật.
 - Yêu cầu một bản sao của Thông báo về Chính sách Quyền riêng tư này bất cứ lúc nào.
 - Được thông báo trong trường hợp thông tin y tế được bảo vệ bị xâm phạm.
 - Nộp khiếu nại nếu quý vị nghĩ rằng quyền riêng tư của quý vị đã bị xâm phạm.
 - Trả toàn bộ bằng tiền túi một dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào đó và hạn chế việc tiết lộ thông tin về dịch vụ cụ thể đó với bên cung cấp bảo hiểm sức khỏe của quý vị.



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 your 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.