

အရေးကြီးသည်- ဤအခမဲ့ဝန်ဆောင်မှုကိုရယူအသုံးပြုရန် လက္ခတ္တိုးထားသော ခြံငှာပိုင်ခွင့်ရရှိသူ ပျံ့နှံ့ပေးပါ။

အခမဲ့ ဖလိုဂိုဒုဆေးခွင့် သြားဝေရာဂါစုစုဆေးမးတို့ကို သင့်ကလေး၏ဝေက်ဒုံးတြင့် အခမဲ့ဆေးပြုပေးပါသည်။

သြားဝေရာဂါစုစုဆေးမးသည် သင့်ကလေး၏သြားမား ဝေယဘုယ်ကံနုံးမာဝေရေကိုစုစုဆေးရန် ခံတြင့်ထံသို့ လင့်ပျံ့နှံ့ကည့်ပျံ့ခင်းပျံ့ဖစွါသည်။ ဖလိုဂိုဒုဆေးသည် သြားဝေပင့်တြင့်ထံမှူးသည့်အကာအကြွလေးတစွါ ပျံ့ဖစွါသည်။

အေးသီးစိတု
သိဂ္ဂိုလိုပါကကတြေးပျံ့ထံ
503-521-7166 သို့
ဖုန်းဆက်ကြားပါ။

သင့်ထားသင့်သော အခံကွား-

- ဖလိုဂိုဒုဆေးသည် သြားပိုးမစားအောင့် ကာကြယ့်ည့် လင့်ပျံ့နှံ့တွဲရေသာ နည့်လမှူးပျံ့ဖစွါ
- ဖလိုဂိုဒုဆေးသည်နာကင့်ငါ့
- စုစုဆေးမးမားခွင့် ဖလိုဂိုဒုဆေးတို့ကို သြားဆရာဝန်က ဆေးပြုပေးပါသည်။

ကံနုံးမာဝေသာ အပံ့ကိုဆေးပြုခင်း

- ဝေနှုစတြေးတိုကွပီး သြားပြုထွက်သံပေးပါ။
- ဖလိုဂိုဒု သြားတိုကွဆေးကိုဆေးစေအရယွမာဏ သံပေးပါ။
- သတ္တိခွင့် ဟင့်သီးဟင့်ရကွားကဲ့သို့ ကံနုံးမာဝေသော အဆာပျံ့ပ စားစရာမား ဝေရ်ခံယွပါ။
- ဝေဖံ့ရည့်ဟုတ္တ ဝေရကိုဝေသာကွကည့်ပါ။
- ကံနုံးမာဝေသာ ငတြေးမားဂ္ဂိုပါကအသက္ကကီးလာလင့် သြားဝေရာဂါ ပျံ့နှံ့မား ကာကြယ့်ပေးပါသည်။
- သြားဆရာဝန် အနည့်ဆံပင်း တစုစုထွက်မှုပျံ့ပါ။



Fluoride Varnish for Healthy Teeth

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

Free fluoride varnish and dental screenings are offered at your child's school!

A dental screening is a quick look inside your child's mouth to check the overall health of their teeth. Fluoride varnish is a protective coating brushed on the teeth.

For more information,
please call us at
503-521-7166.

What you need to know:

- Fluoride varnish is a safe and quick way to protect teeth from cavities.
- Fluoride varnish does not hurt.
- Screenings and fluoride varnish are done by dental care professionals.

Keeping a healthy smile:

- Brush and floss every day.
- Use fluoride toothpaste the size of a grain of rice.
- Choose healthy snacks such as fruits and vegetables.
- Try drinking water over juice.
- Healthy baby teeth will help prevent problems in adult teeth.
- See a dentist at least once a year.





အခမဲ့ သွားရောဂါစစ်ဆေးမှု/ဖလိုရိုဒ်ဆေး အစီအစဉ်ခွင့်ပြုချက်စာရွက်

အခမဲ့ သွားရောဂါစစ်ဆေးမှုနှင့် ဖလိုရိုဒ်ဆေး ကုသဝန်ဆောင်မှုများကို ယခုအခါ သင့်ကလေး၏ ကျောင်းတွင် ဆောင်ရွက်ပေးနေပါသည်။ ဖလိုရိုဒ်ဆေးသည် သွားများပိုးမစားအောင် ကာကွယ်ရန် လွယ်ကူလျင်မြန်သော နည်းလမ်းတစ်ခု ဖြစ်သည်။ စစ်ဆေးမှုနှင့် ဖလိုရိုဒ်ဆေးကုသမှုကို သွားရောဂါကုဆရာဝန်များက တစ်နှစ်လျှင် လေးကြိမ်အထိ ဆောင်ရွက်ပါသည်။

ကလေးအမည်- _____ (နောက်ဆုံးစာလုံး)	(ရှေ့စာလုံး)	(ဦးစားပေးအမည်)
ကလေး၏မွေးသက္ကရာဇ် (လ/ရက်/နှစ်)- _____ / _____ / _____	ကျား/မ- <input type="checkbox"/> ကျား <input type="checkbox"/> မ	
ကျောင်း- _____		

သွားရောဂါစစ်ဆေးမှု- သွားများ၏ ယေဘုယျကျန်းမာရေးကို စစ်ဆေးရန် ခံတွင်းထဲသို့ လျင်မြန်စွာကြည့်ရှုခြင်း။

ရပါသည် မရပါ

ဖလိုရိုဒ်ဆေး- သွားပိုးမစားအောင်ကာကွယ်ရန် သွားများတွင် သုတ်လိမ်းခြင်း။

ရပါသည် မရပါ

ရပါသည်ဟု ဖြေလျှင် အောက်တွင် ဖြည့်စွက်ပြီး လက်မှတ်ထိုးပါ-

ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက်များ	
မိဘ/အုပ်ထိန်းသူအမည်- _____	
သင့်ထံဆက်သွယ်ရန် အသင့်တော်ဆုံး ဖုန်းနံပါတ်- _____	မက်ဆေ့ချ်ပို့ရန် ခွင့်ပြုချက်- <input type="checkbox"/> ရပါသည် <input type="checkbox"/> မရပါ
အီးမေးလ်လိပ်စာ- _____	
စာပို့ရန်လိပ်စာ- _____	

သင့်ကလေးကို ပိုမိုကောင်းမွန်စွာ ဝန်ဆောင်မှုပေးနိုင်အောင် အောက်ပါအချက်အလက်များ ဖော်ပြပါ-

ကျွန်ုပ်၏ကလေး ဦးစွာနေသောဆေးများ (ဆေးဝါးများစာရင်း)- _____	မရှိပါ- <input type="checkbox"/>
ကျွန်ုပ်၏ကလေး ဓာတ်မတည့်သောအရာများ- _____	မရှိပါ- <input type="checkbox"/>
လက်ရှိ ကျန်းမာရေးပြဿနာတစ်ခုခု ရှိမရှိ- _____	မရှိပါ- <input type="checkbox"/>
သင့်ကလေးကို ပိုမိုကောင်းမွန်စွာ ဝန်ဆောင်မှုပေးနိုင်အောင် အကူအညီပေးသော အခြားအချက်အလက်များ- _____	မရှိပါ- <input type="checkbox"/>

အောက်ပါအပိုင်းကို ဖြည့်စွက်ပါ။ သင့်ထံ ငွေတောင်းခံလွှာ မပို့ပါ။

ကျန်းမာရေးအာမခံ- <input type="checkbox"/> Oregon Health Plan (OHP) / Medicaid ID# _____ <input type="checkbox"/> ပုဂ္ဂလိက သွားကျန်းမာရေး အာမခံကုမ္ပဏီ _____ <input type="checkbox"/> ကျန်းမာရေးအာမခံ မရှိပါ	ဤဝန်ဆောင်မှုများသည် အခမဲ့ ဖြစ်သည်။
ပေးအပ်သော ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ပတ်သက်သည့် သက်ဆိုင်ရာ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ ကျန်းမာရေး အချက်အလက်တစ်ခုခု အပါအဝင် အချက်အလက်များကို သွားရောဂါကုဝန်ထမ်းများ၊ Head Start ဝန်ထမ်းများ၊ အနာဂတ်တွင် သင့်ကလေး၏ ကျောင်းတည်ရှိရာခရိုင် သို့မဟုတ် ESD၊ အာမခံ ကုမ္ပဏီများ၊ ကလေး၏ သွားဆရာဝန်၊ သက်ဆိုင်ရာဦးစီးဌာနသို့ ပေးသော အဖွဲ့အစည်း နှင့်/သို့မဟုတ် သွားရောဂါကုသမှု အဖွဲ့အစည်းတို့အကြား မှတ်တမ်းမှတ်ရာအတွက် ထုတ်ပြန်ခြင်းနှင့် ဖလှယ်ခြင်းကို တရားဝင်မိဘ/အုပ်ထိန်းသူအနေဖြင့် ဤတွင် ကျွန်ုပ်သဘောတူ ခွင့်ပြုပါသည်။ "ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုဆိုင်ရာ လုပ်ထုံးလုပ်နည်း အသိပေးချက်များ" မိတ္တူကို ကျွန်ုပ်လက်ခံရရှိခဲ့ပါသည်။ ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုဆိုင်ရာ လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများကို All Smiles Community Oral Health ဝက်ဘ်ဆိုက် AllSmilesCOH.org/forms တွင် ရရှိနိုင်ပါသည်။ လိုင်စင်ရ သွားဆရာဝန်က အနီးကပ်ကြီးကြပ်ပြီး သွားကျန်းမာသန့်ရှင်းရေး သို့မဟုတ် သူ့နာပြု သင်တန်းသားက ကုသမှုပေးနိုင်သည်ကိုလည်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ်- _____ နေ့စွဲ- _____	



Free Dental Screening/Fluoride Varnish Program Permission Slip

Free dental screenings and fluoride varnish services are now offered at your child's school. Fluoride varnish is a quick and easy way to protect teeth from cavities. The screening and fluoride varnish are done by dental care professionals up to four times a year.

Child's Name: _____ (Last) (First) (Preferred Name)
Child's Date of Birth (mm/dd/yy): _____ / _____ / _____ Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
School: _____

Dental Screening: A quick look inside the mouth to check the overall health of teeth.

YES NO

Fluoride Varnish: Applied to teeth to prevent cavities.

YES NO

If Yes, Please Complete and Sign Below:

Contact Information	
Parent/Guardian Name: _____	
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 problems: _____	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 exchange of information, including any relevant personal health information regarding the services provided, between the dental staff, Head Start staff, your child's future school district or ESD, 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. I also understand a dental hygiene or nursing student closely supervised by a licensed dental professional may provide treatment.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Внимание: эта форма доступна на русском языке по адресу AllSmilesCOH.org/forms

Chú ý: Mẫu này có sẵn bằng tiếng Việt tại nhà AllSmilesCOH.org/forms

注意：此表格可通過以下網址獲得中文版本: AllSmilesCOH.org/forms

Revised May 2023



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.