

# Véc ni Florua cho Răng Khỏe

**Quan trọng: Vui lòng gửi lại giấy phép có chữ ký để được nhận dịch vụ miễn phí này.**

**Dịch vụ khám răng và bôi véc ni florua đang được cung cấp tại trường học của con quý vị.**

Khám răng là kiểm tra nhanh bên trong miệng của con quý vị để kiểm tra sức khỏe tổng thể của răng. Véc ni florua là một lớp phủ bảo vệ được bôi trên răng.

Để biết thêm chi tiết, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số **503-521-7166.**

## **Những điều quý vị cần biết:**

- Véc ni florua là một biện pháp an toàn và nhanh để bảo vệ răng khỏi sâu răng.
- Bôi véc ni florua không đau.
- Việc khám răng và bôi véc ni florua được thực hiện bởi các chuyên gia nha khoa.

## **Giữ Nụ cười Tươi, Khỏe**

- Đánh răng, dùng chỉ nha khoa mỗi ngày.
- Dùng lượng kem đánh răng florua bằng với kích thước hạt gạo.
- Chọn đồ ăn nhẹ lành mạnh như trái cây và rau quả.
- Cố gắng uống nước lạnh thay vì nước trái cây.
- Răng sữa khỏe mạnh sẽ giúp ngăn ngừa vấn đề cho răng người lớn.
- Khám nha sĩ ít nhất mỗi năm một lần.



# 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.



# Khám Nha khoa Miễn phí/Véc-ni Floride Giấy Cho phép Tham gia Chương trình

Dịch vụ khám nha khoa và bôi véc-ni floride đang được cung cấp miễn phí tại trường học của con quý vị. Véc-ni floride là một biện pháp nhanh chóng và dễ dàng để bảo vệ răng khỏi sâu răng. Việc khám răng và bôi véc-ni floride được thực hiện bởi các chuyên gia nha khoa tối đa bốn lần một năm.

Tên Trẻ: _____ (Họ) (Tên) (Tên Thường gọi)
Ngày sinh của Trẻ (mm/dd/yy): _____ / _____ / _____ Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
Trường học: _____

**Khám Nha khoa: Kiểm tra nhanh bên trong miệng để đánh giá sức khỏe tổng quát của răng.**

CÓ  KHÔNG

**Véc-ni Floride: Bôi lên răng để ngăn ngừa sâu răng.**

CÓ  KHÔNG

**Nếu Quý vị Đồng ý, Vui lòng Điền và Ký tên Bên dưới:**

<b>Thông tin Liên lạc</b>	
Tên 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"/>
Thông tin khác để giúp chúng tôi phục vụ con quý vị tốt hơn: _____	Không có: <input type="checkbox"/>

**Vui lòng điền đầy đủ 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 <b>MIỄN PHÍ!</b>
Với tư cách là phụ huynh/người giám hộ hợp pháp, tôi theo đây đồng ý với việc chia sẻ và trao đổi thông tin, bao gồm bất cứ thông tin sức khỏe cá nhân có liên quan, giữa các nhân viên nha khoa, nhân viên chương trình Head Start, nhân viên học khu tương lai của con quý vị hoặc ESD, các công ty bảo hiểm, nha sĩ của trẻ, Tổ chức Chăm sóc Phối hợp nếu có, 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". Chính sách Thực hành Quyền riêng tư được đăng trên trang web của All Smiles Community Oral Health <a href="https://AllSmilesCOH.org/forms">AllSmilesCOH.org/forms</a> . Tôi cũng hiểu rằng một chuyên viên về vệ sinh răng hoặc sinh viên y tá tập sự, dưới sự giám sát chặt chẽ của một nha sĩ chuyên nghiệp có bằng cấp, có thể sẽ cung cấp dịch vụ điều trị này.	
<b>Chữ ký Phụ huynh/Người giám hộ:</b> _____ <b>Ngày:</b> _____	

Внимание: эта форма доступна на русском языке по адресу [AllSmilesCOH.org/forms](https://AllSmilesCOH.org/forms)

Chú ý: Mẫu này có sẵn bằng Tiếng Việt tại [AllSmilesCOH.org/forms](https://AllSmilesCOH.org/forms)

注意: 此表格可通过以下网址获得中文版本: [AllSmilesCOH.org/forms](https://AllSmilesCOH.org/forms)

Sửa đổi tháng 5 năm 2023



# 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:**

<b>Contact Information</b>	
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 <b>FREE!</b>
--	---------------------------------

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](http://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](http://AllSmilesCOH.org/forms)

Chú ý: Mẫu này có sẵn bằng tiếng Việt tại nhà [AllSmilesCOH.org/forms](http://AllSmilesCOH.org/forms)

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

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.