치아 실란트 허락 양식 - 템플릿

[PROGRAM NAME]은(는) [INSERT TARGETED GRADES]의 모든 아동을 위한 예방용 치아 실란트 프로그램을 제공합니다. 이 프로그램은 위스콘신 아동건강연맹(Children’s Health Alliance of Wisconsin) 및 위스콘신 보건복지부(Wisconsin Department of Health Services)의 협력 프로그램 위스콘신 씰어스마일(Wisconsin Seal-A-Smile)의 자금 지원을 받습니다. 면허가 있는 치과 의사가 학교를 방문하여 실란트 프로그램을 무료로 제공합니다. 이 프로그램에서는 실란트를 시술할 수 있는지를 평가하고, 해당하는 경우 실란트를 시술하며, 불소 치료를 하고, 새로운 칫솔로 이빨 닦는 법을 설명합니다. 어떤 치료를 완료했으며 향후 어떤 치료를 권장하는지 설명하는 후속 서신을 자택으로 보냅니다. 모든 시술은 미국 치과협회(American Dental Association) 및 질병관리예방센터(Centers for Disease Control and Prevention)의 권장 사항을 따릅니다. 본 허락은 1년 후 검사에서 상실된 실란트를 교체하고 올해 적용되지 않았던 이빨에 실란트를 적용하기 위하여 [TIME]부터 유효합니다.

어린이의 성: _____ **이름**: _____ **생년월일** _____/_____/_____

어린이의 선생님: _____ **학년**: _____ **한 군데에 동그라미:** **남성** **여성**

◯ **예,** 내 자녀가 학교 기반 치과 예방 프로그램에 참가하기를 원하며 Forward Health 또는 기타 보험회사에서 청구 가능한 서비스에 대해 청구하는 것을 허락합니다. 학교에서 학교 기반 프로그램과 위스콘신주 학생증 번호를 공유하는 것을 허락합니다.
(양식의 나머지 부분을 작성한 다음 자녀의 학교로 반송하십시오)

◯ **아니요,** 내 자녀가 학교 기반 치과 예방 프로그램에 참가하는 것을 원하지 않습니다. (서명 후 자녀의 학교로 반송하십시오)

_____/_____ 날짜 _____/_____/_____
(정자체) 부모/보호자 (서명) 부모/보호자

참가를 원하지 않는 이유는 무엇입니까? _____

귀하의 자녀는 어떤 유형의 치과 보험에 가입했습니까? *보험 가입 여부를 기반으로 학생에 대한 서비스 제공을 거부할 수 없습니다.*

○ Forward Health/Medicaid/BadgerCare ○ 민간 보험(예: Delta, Cigna) ○ 보험 없음 ○ 기타 _____

민족(하나 선택): ○ 히스패닉계 ○ 비 히스패닉계 ○ 모름

인종: (하나 선택) ○ 백인 ○ 흑인/아프리카계 미국인 ○ 아시아인 ○ 아메리칸 인디언/알래스카 원주민 ○ 하와이 원주민/태평양 제도민 ○ 모름/해당 없음

자녀에 대한 다음 질문에 답해주십시오. (한 군데 동그라미)

1. 귀하의 자녀는 의사의 처방약을 복용하고 있습니까? 예 아니요
   복용하는 경우, 어떤 약물입니까? _____
2. 귀하의 자녀는 의료 서비스가 필요하거나 같은 나이의 다른 아이들보다 치료를 더 많이 받습니까? 예 아니요
3. 귀하의 자녀는 같은 나이의 아이들이 하는 행동을 하는 데 문제가 있습니까? 예 아니요
4. 귀하의 자녀는 물리 치료, 작업 요법, 언어 치료 등 특별한 치료가 필요하거나 그러한 치료를 받고 있습니까? 예 아니요
5. 귀하의 자녀는 행동 문제, 정서 문제를 겪고 있거나, 같은 나이 또래의 아이들이 할 수 있는 걷기, 말하기, 활동이 지체되어 상담 또는 치료가 필요합니까? 예 아니요

1~5번 문항 중 하나에 대해 '예'라고 답하신 경우: 문제가 12개월 이상 계속되었거나 계속될 것으로 예상하십니까? 예 아니요

귀하의 자녀는 알레르기 증상이 있습니까? (예: 약물 복용, 음식물, 라텍스 등) 예 아니요
있다면 어떤 유형입니까? _____

귀하의 자녀는 치과 진료를 받은 적이 있습니까? ○ 예, 1년 이내에 ○ 예, 1년 이전에 ○ 받은 적이 없음
자녀의 치과 주치의 이름: _____

귀하의 자녀에 관하여 기타 알려주고 싶은 사항이 있습니까?

***귀하의 자녀가 이 프로그램을 통해 받는 치료는 정규적인 치과 치료를 대체하지 않습니다. 본 학교 기반 구강 건강 프로그램을 완료한 후 권장될 수 있는 후속 치료를 포함하여 치과 병원(주치의)을 찾아 정규적인 치과 치료를 받을 것을 강력히 권장합니다.**