



802 Smiles 牙齿健康计划 服务同意书（第 1 级和第 2 级）

请填写以下信息，签名后将其交回您孩子的学校。

孩子的名字和姓氏： _____ 出生日期： _____

我孩子的 802 Smiles 牙齿健康计划提供哪些治疗？

您学校的 802 Smiles 牙齿健康计划提供牙科筛查、洗牙和氟化物涂层（如有）。

我们建议，如果您已为孩子安排“牙科之家”，请优先在该处接受护理，而不是通过学校的 802 Smiles 牙齿健康计划。

治疗同意书：

是，我想让我的孩子参加 802 Smiles 牙齿健康计划。我了解，如果此表格上列有牙医，他们将收到 802 Smiles 牙科保健师的检查结果报告。我了解，根据 802 Smiles 牙科保健师的评估，我的孩子可能接受以下任何或所有服务，而无需咨询牙医：

- 牙科筛查
- 洗牙
- 氟化物涂层

否，我不想让我的孩子参加 802 Smiles 牙齿健康计划。

信息共享同意书：

与您孩子的牙医共享信息：如果您的孩子登记有牙医，并且您选择通过 802 Smiles 计划接受牙科护理，则该计划所提供服务的信息将与他们共享**此信息共享为强制性**：

是，我想让我孩子的信息与所登记的牙医共享。

否，我不想让我孩子的信息与所登记的牙医共享。我理解，我的孩子将无法通过 802 Smiles 计划接受牙科护理。

与佛蒙特州卫生局共享信息：佛蒙特州卫生局希望使用您孩子的信息来评估该计划的有效性。您是否也允许 802 Smiles 牙科保健师提供您孩子的牙科治疗记录给佛蒙特州卫生局？**此共享并非强制性**：

是，我允许 802 Smiles 牙科保健师**提供我孩子的牙科记录**给佛蒙特州卫生局。

否，我不允许 802 Smiles 牙科保健师**提供我孩子的牙科记录**给佛蒙特州卫生局。

如果您是**寄养父母**或**与他人共同监护该儿童**，请勾选此处：

家长/监护人签名： _____ 日期： _____

家长/监护人姓名（正楷）： _____

如果您允许您的孩子参加 802 Smiles 牙齿健康计划，请继续填写下一页。



802 Smiles 牙齿健康计划 服务同意书（第 1 级和第 2 级）

孩子的牙科病史：

您孩子最近一次看牙医是什么时候？

- 过去一年内 一年以上 从未看过牙医

您孩子的主要牙医是谁（如果有）？ _____

您的孩子持有哪种类型的牙科保险？任何儿童都不会因其保险涵盖情况而被拒绝提供服务。请注意，802 Smiles 牙科保健师可能会向 Medicaid 报销为您孩子提供服务的费用。

- Medicaid/Dr. Dynasaur – 您孩子的 Medicaid ID 号码： _____
 私人牙科保险（即 Delta Dental） Tricare
 无保险 其他 _____
 不知道

您的孩子是否有任何过敏？（即药物、食物、乳胶、银等） 是 否

如果有，是哪种类型的过敏？ _____

孩子的病史：

您的孩子是否有身体、心理、学习或情绪方面的健康问题或残疾？

- 是 否 我不知道 不愿回答

如果您对上一个问题回答“是”，那么我们如何在牙科就诊期间更好地照顾您的孩子？

人口统计信息（可选）：

出生时分配的性别： 男性 女性 非二元性别 不愿回答

接下来这个问题是关于您孩子的种族和族裔身份。我们之所以询问这个问题，是因为我们想确保我们的计划为所有种族和族裔的人们提供服务。我们明白，答案选项可能无法准确代表您孩子的身份。

以下哪项最能描述您的孩子？（请勾选所有适用项。）

- 阿贝纳基或其他美洲原住民或阿拉斯加原住民身份
 亚裔或亚裔美国人，例如华人、印度人、尼泊尔人或越南人
 黑人或非洲裔美国人
 西班牙裔，或拉丁裔男性、拉丁裔女性或非二元性别拉丁裔，例如墨西哥人、委内瑞拉人或巴西人



802 Smiles 牙齿健康计划 服务同意书（第 1 级和第 2 级）

- 中东裔或北非裔（列表在下一页继续）
- 夏威夷原住民或其他太平洋岛原住民
- 白人或欧洲裔美国人
- 其他种族或族裔，请说明： _____
- 我不想回答

关于您的孩子，您还有什么需要我们了解的吗？

请将填妥并签名的表格交回您孩子的学校。