

# MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS

## 프리킨더가든/Head Start 치아검사 허가서 (Dental Permission Form for Prekindergarten/Head Start)

Montgomery County Department of Health and Human Services(DHHS)  
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
Rockville, Maryland 20850

### 기재방법

학생이 등록할 때, 학교 양호담당 교사가 치아건강을 포함한 학생의 건강 관련 정보를 검토하게 됩니다. 건강 상의 문제가 있을 경우, 학교 양호담당 교사는 학생과 학부모님/후견인을 도와 치과를 포함한 적절한 보건기관을 안내합니다.

1부와 2부를 작성한 후, 자녀의 치과 또는 치과 위생사에게 이 양식의 3부 작성과 서명을 부탁드립니다. (만약 자녀의 치과 의사/치과 위생사가 없을 경우, 이 항목을 빈공간으로 남겨주세요) 서류를 완성하여 자녀 학교의 양호담당 교사에게 제출합니다.

프리 킨더가든/Head Start 프로그램에 있는 동안 모든 학생은 치경을 사용한 치과검진을 받게 됩니다. 검진을 받은 후, 치과치료가 필요한 경우, 치과 의사/치과 위생사가 학부모/후견인에게 이를 알리게 됩니다. 치과 위생사는 치과 의사를 찾도록 학부모/후견인을 도와드립니다. 질문이 있으신 분은 DHHS Health Services Coordinator(240-777-1645)로 문의하십시오.

### 1부: 학부모/후견인이 작성

학생 이름	학생번호	
학교 이름	생년월일	학년

### 2부: 학부모/후견인이 작성

아래의 예, 아니요 중 하나에 표시해 주세요. 치아검사/체크업, 칫솔질, 불소바니쉬 치료는 치과 위생사가 교실에서 제공합니다.

저는 본인의 자녀가 치아검사를 받도록 허락합니다.  예  아니요

저는 본인 자녀의 치아를 치과 위생사가 칫솔질하도록 허락합니다.  예  아니요

본인은 DHHS에게 본인 자녀의 치과/치과 위생사 치료를 확인하도록 허락합니다.  예  아니요

본인은 Fluoride Varnish treatment를 받도록 허락합니다. (head Start와 가능한 경우 풀타임 프리킨더가든 학생)  예  아니요

귀하의 자녀는 아래의 사항이 있습니까? 예 또는 아니요에 표시해 주세요:

알레르기 (음식, 벌레, 약, 라텍스, 계절성)  예  아니요

(알레르기가 있을 경우, 이를 이 패키지에 포함되어 있는 서류인 MCPS Form 565-1와 MCPS Form 525-13 또는 525-14에 기재해야 합니다)

치과 의사/치과 위생사 이름 \_\_\_\_\_

전화번호# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 마지막 치과 방문일 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

자녀가 메디컬 어시스턴스(Medical Assistance)/보험(Insurance)/Care for Kids/개인 건강보험 (Private Health Insurance)이 있나요?  예  아니요

### 3부: 부모/후견인 승인

본인은 이 양식의 비밀보장이 된다는 것을 이해합니다.

부모/후견인 이름 \_\_\_\_\_

학부모/후견인 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

서류를 완성하여 자녀 학교의 양호담당 교사에게 제출합니다.