

**Dental Permission Form for Prekindergarten/Head Start**

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

**HƯỚNG DẪN**

Các chuyên gia y tế trường học kiểm điểm thông tin y tế, bao gồm dịch vụ nha khoa, khi các học sinh đăng ký tại trường. Khi các vấn đề sức khỏe được nhận biết, các chuyên gia y tế tại trường học giúp các học sinh và phụ huynh/giám hộ nhận lãnh các dịch vụ y tế thích hợp, bao gồm dịch vụ nha khoa.

Yêu cầu hoàn thành Phần I và II của mẫu đơn này và yêu cầu nha sĩ của con quý vị hoặc nhân viên vệ sinh nha khoa hoàn thành và ký vào Phần III của mẫu đơn này (nếu con không có nha sĩ/nhân viên vệ sinh nha khoa, yêu cầu để trống phần này). Gửi trả đơn đã hoàn tất cho phòng y tế tại trường con quý vị.

Khi ở trong Chương trình Prekindergarten/Head Start, tất cả trẻ em sẽ được nhân viên vệ sinh nha khoa khám/kiểm tra với kính nha khoa. Khi khám cho thấy cần điều trị nha khoa, phụ huynh/người giám hộ sẽ được nhân viên vệ sinh nha khoa thông báo. Nhân viên vệ sinh nha khoa sẽ hỗ trợ Phụ huynh/Người giám hộ trong việc tìm nơi điều trị nha khoa. Nếu quý vị có bất cứ câu hỏi nào, xin liên lạc với Phối Hợp Viên DHHS Health Services tại 240-777-1645.

**PHẦN I: Do phụ huynh/giám hộ điền**

Tên Học Sinh	Số ID Học Sinh	
Tên Trường Học	Ngày Sinh	Lớp

**PHẦN II: Do phụ huynh/giám hộ điền**

Xin quý vị hãy ghi vào khung thích hợp CÓ hay KHÔNG dưới đây. Xin lưu ý rằng khám/kiểm tra răng, đánh răng và điều trị Fluoride Varnish sẽ được thi hành trong lớp học bởi Nhân viên Vệ sinh Nha khoa.

- Tôi cho phép con tôi được khám răng  Có  Không
- Tôi cho phép con tôi được Nhân viên Vệ sinh Nha khoa đánh răng  Có  Không
- Tôi cho phép DHHS xác minh sự điều trị với nha sĩ của con tôi/nhân viên vệ sinh nha khoa  Có  Không
- Tôi cho phép con tôi được điều trị bằng Fluoride Varnish (cho các học sinh Head Start và có thể là học sinh PreK nguyên ngày)  Có  Không

Con quý vị có bất cứ điều nào sau đây không? Xin đánh dấu vào Có hay Không dưới đây:

- Dị ứng (Thức ăn, Sâu bọ, Thuốc, Nhựa, Mùa)  Có  Không  
(Lưu ý, nếu con quý vị có dị ứng, điều này cần được ghi trên đơn MCPS Form 565-1 bao gồm trong tập này và các đơn MCPS Form 525-13 hay 525-14).

Tên của Nha sĩ/Nhân Viên Vệ Sinh Nha Khoa \_\_\_\_\_

Điện thoại # \_\_\_\_\_ Ngày Khám Răng lần cuối \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Con quý vị có Trợ Cấp Y Tế/Bảo Hiểm/Chăm Sóc cho Trẻ Em/Bảo Hiểm Y Tế Cá Nhân?  Có  Không

**PHẦN III: Cho Phép của Phụ Huynh/Giám Hộ**

Tôi hiểu rằng thông tin nêu trong mẫu đơn này sẽ được giữ bí mật.

Tên Phụ Huynh/Giám Hộ \_\_\_\_\_

Chữ ký Phụ huynh/Giám hộ \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**YÊU CẦU GỬI TRẢ ĐƠN ĐÃ HOÀN TẤT CHO PHÒNG Y TẾ TẠI TRƯỜNG CON QUÝ VỊ.**