(Chinese)

华府地区口腔卫生 (牙科医务工作者) 评估表

家长/监护人指导：
第一部分:请填写包括孩子种族或族裔的所有章节。请表明您家庭所在区，家庭医生，牙医，和牙齿保险类型。如果孩子没有牙医也没有保险，请在每个框里写“无”（“None”）。
第二部分: 一旦在此章节签名，家长或监护人允许牙医或牙科部门与孩子的学校、托儿机构、营会、卫生部、或要求此表的单位分享口腔健康信息。所有信息将被保密。**此表如没有家长/监护人的签名和日期便不算完成。家长或监护人必须在这个部分签名、正楷书写、并注署日期。**

第一部分: 孩子个人信息 (由家长/监护人填写)

孩子的姓:	孩子的名和中间名:	生日: 月/日/年	性别: 0 男 0 女	学校或 托儿机构: 年级:
家长/监护人姓名 1:	电话 1: 0 家 0 手机 0 工作	家庭住址:		区:
家长/监护人姓名 2:	电话 2: 0 家 0 手机 0 工作	紧急联系人:		电话:
种族/族裔: 0 白人非西班牙裔 0 黑人非西班牙裔 0 西班牙裔 0 亚洲或太平洋岛民 0 其它				
家庭医师（医疗):	牙医/牙科医务工作者:	牙齿保险种类: 0 医疗补助 0 私人保险 0 无 0 其他		

第二部分:要求家长/监护人签名

家长/监护人发布健康信息。
我允许在此签署的健康检测员/工作人员将含有我孩子信息的此表分享给我孩子的学校、托儿机构、营会、或卫生部。

家长或监护人正楷书写姓名:	家长或监护人签名:	日期:

Dental Provider Instructions(牙医指导，第三和第四部分由牙医填写):
Part 3: Circle Yes or No in findings column. For Yes, please explain in Comments Section.
Part 4 Indicate whether the child has been appropriately examined and if treatment is complete. If treatment is incomplete, refer patient for follow up care. Dentist must sign, date, and provide required information.

Part 3: Child's Findings and Parent Recommendations (please indicate in findings column)

CONFIDENTIAL FORM

	Findings	Comments
Gingival inflammation	Y N	
Plaque and/or calculus	Y N	
Abnormal gingival attachments	Y N	
Malocclusion	Y N	
Treated Dental Caries	Y N	
Untreated dental caries	Y N	O Check box if Urgent
Sealants on permanent molars	Y N	
Cleft lip and palate	Y N	
Preventative services completed	Y N	What kinds of preventative services were completed? O Prophy O Fluoride O Oral Hygiene

Part 4: Final Evaluation/Required Dental Provider Signatures

This child has been appropriately examined. Treatment O is completed O is not completed O under treatment O refused treatment O not necessary. The child has ongoing O urgent O non-urgent treatment needs and is under treatment O by me or O has been referred to:

DDS/DMD Signature:	Print Name:		
Address:	Fax:	Phone:	Date:

华府地区儿童健康证明：
此表格取代以前的为进入华府学校、所有启蒙计划，托儿所、营会、课外教育计划、体育活动或运动参与，或任何要求身体检查的其它华府活动的牙科考核表。表格为华府卫生部（DC Department of Health）批准并遵循美国儿童牙科学会(AAPD) 强制性入学口腔健康检查指南。美国儿童牙科学会建议在孩子长第一颗牙齿的 6 个月内，并且不超过他或她的一岁生日前做牙科检查。华府卫生部（DC Department of Health）建议所有 3 岁和 3 岁以上的孩子接受由持有执照的牙医所做的口腔健康检查，并填写华府口腔健康评估表（DC Oral Health Assessment Form）。此表为保密文件。保密性是根据针对医务工作者所颁发的 1996 年健康保险流通与责任法案(HIPAA) 和针对华府学校和其它提供者的家庭教育权利和隐私法案 (FERPA)。