

华府地区口腔健康 (牙医) 评估表



为家长/监护人提供的说明:

第1部分: 请完整填写包括孩子的种族或民族的所有栏目。请写明您家庭住址的所在区域、家庭医生、牙医和牙科保险的种类。如果孩子既没有牙医也没有保险, 请在每个方框里填写“无”。

第2部分: 通过在本栏签名, 家长或监护人允许牙医或牙科诊所与孩子的学校、托儿机构、营会、卫生部、或要求此表的单位分享口腔信息。所有信息将被保密。此表如没有家长或监护人的签名便不算完成。家长/监护人必须在本栏签名、正楷书写姓名并写上日期。

第1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:	出生日期: 月/日/年	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	学校或托儿所名称: 年级:
家长/监护人姓名 1:	电话 1: <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 工作	家庭地址:		区:
家长/监护人姓名 2:	电话 2: <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 工作	紧急状况联系人:	电话:	
种族: <input type="checkbox"/> 白人非西班牙裔 <input type="checkbox"/> 黑人非西班牙裔 <input type="checkbox"/> 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 亚洲或太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 其他				
家庭医生 (医疗):	牙医/牙科诊所:	牙科保险的种类: <input type="checkbox"/> 州医疗保险 <input type="checkbox"/> 私人保险 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 其他		

第2部分: 要求家长/监护人签名

家长或监护人公布健康信息。

我允许在此签名的医检人员/机构与我孩子的学校、托儿机构、营会、或卫生部分享这份表格上有关我孩子健康的信息。

家长或监护人正楷书写姓名:

家长或监护人签名:

日期:

为牙医提供的说明:

第3部分: 在“检查结果”一栏圈出是或否。如果是, 请在“评注”一栏说明。

第4部分: 说明孩子是否做过适当的检查以及治疗是否完成。如果治疗没有完成, 推荐病人接受跟踪护理。牙医必须签名、签署日期并提供要求的信息。

第3部分: 孩子的检查结果和家长的建议 (请在检查结果一栏中写明)

保密的表格

	检查结果	评注
牙龈发炎	是 否	
斑块/或结石	是 否	
异常牙龈附着物	是 否	
牙齿错位咬合	是 否	
治疗的龋齿	是 否	
未经治疗的龋齿	是 否	<input type="checkbox"/> 若是紧急的, 请在方框里打勾
在白齿上涂密封剂	是 否	
唇腭裂	是 否	
接受预防性治疗	是 否	完成了哪一种预防性治疗? <input type="checkbox"/> 抛光 <input type="checkbox"/> 氟化物 <input type="checkbox"/> 口腔卫生

第4部分: 最终评估/需要牙医签名

这个孩子已经接受了合适的检查。治疗 已完成 尚未完成 正在治疗 拒绝治疗 没有必要。

这个孩子有持续的 紧急的 非紧急的治疗需要并正在接受治疗 在我的诊所或 已被转诊到:

牙医签名:

正楷书写姓名:

地址:

传真:

电话:

日期:

华府健康证明 (District of Columbia Health Certificate):

此表取代以前的为进入华府学校、所有启蒙计划、托儿所、营会、所有学校计划、体育活动或运动的参与或任何要求体检的其他华府活动的华府口腔健康 (牙医) 评估表。该表获华府卫生部批准并遵循美国儿科学会 (AAPD) 强制性入学口腔健康检查指导。该学会建议孩子在长第一颗牙齿的 6 个月内和不迟于他或她的一岁生日做口腔健康检查。华府卫生部建议所有 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, 并让牙医填写华府口腔健康评估表。此表为保密文件。保密性遵守适用于医务工作者的 1996 年健康保险流通与责任法案 (HIPAA) 和适用于华府学校和其他提供者的家庭教育权利和隐私法案 (FERPA)。