

# Đơn Thẩm Định Sức Khỏe Răng Miệng của D.C.

DC Oral Health Assessment Form (Vietnamese)



## Phần Hướng Dẫn Phụ Huynh/Giám Hộ:

**Phần 1:** Xin điền đầy đủ tất cả các phần, bao gồm chủng tộc hoặc dân tộc của trẻ em. Xin cho biết phường của địa chỉ nhà quý vị, liệt kê tên của tổ chức cung ứng dịch vụ y tế chính, tổ chức cung ứng dịch vụ nha khoa và loại bảo hiểm nha khoa. Nếu trẻ em không có tổ chức/nha sĩ cung ứng dịch vụ nha khoa và không có bảo hiểm, xin viết “None” (không) vào trong mỗi ô.

**Phần 2:** Qua chữ ký tên của phụ huynh hoặc giám hộ ở phần này là quý vị đã cho phép nha sĩ hoặc các cơ sở được chia sẻ thông tin sức khỏe răng miệng trong đơn này với trường học của con em, nơi chăm sóc trẻ em (nhà trẻ), nơi cắm trại, Sở Y Tế, hay các cơ quan đại diện có hồ sơ này. Tất cả các tin tức sẽ được giữ kín (bảo mật). **Đơn này sẽ được xem như chưa hoàn tất nếu không có chữ ký của phụ huynh/người giám hộ học sinh. Phụ huynh/người giám hộ học sinh phải viết tên, ký tên, và để ngày vào phần này.**

## Phần 1. Thông Tin Cá Nhân Trẻ Em (phụ huynh/người giám hộ học sinh cần điền hoàn tất phần này)

|                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                 |                                                                        |                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Họ của Trẻ Em:                                                                                                                                                                                                                                                     | Tên và Tên Lót của Trẻ Em:                                                                                        | Ngày Sinh:<br>Tháng/Ngày/Năm                                                                                                                                                                    | Phái tính:<br><input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ | Tên Trường hoặc Tên Cơ Sở<br>Chăm Sóc Trẻ Em:      Lớp: |
| Tên của Phụ huynh/Giám hộ 1:                                                                                                                                                                                                                                       | Số Điện thoại 1:<br><input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Cầm tay <input type="checkbox"/> Sở làm | Địa chỉ Nhà:                                                                                                                                                                                    | Phường:                                                                |                                                         |
| Tên của Phụ huynh/Giám hộ 2:                                                                                                                                                                                                                                       | Số Điện thoại 2:<br><input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Cầm tay <input type="checkbox"/> Sở làm | Liên lạc Trường hợp Khẩn cấp:                                                                                                                                                                   | Số Điện thoại:                                                         |                                                         |
| Chủng tộc/Dân tộc: <input type="checkbox"/> Trắng không phải Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Đen không phải Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Tây Ban Nha<br><input type="checkbox"/> Á châu hay Các Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Khác hơn |                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                 |                                                                        |                                                         |
| Tên Tổ Chức Cung Ứng Dịch Vụ Chăm Sóc<br>Y tế chính:                                                                                                                                                                                                               | Tên Tổ Chức Cung Ứng Dịch Vụ<br>Nha khoa/ Nha sĩ:                                                                 | Loại Bảo hiểm Nha Khoa<br><input type="checkbox"/> Trợ cấp Y Tế (Medicaid) <input type="checkbox"/> Bảo hiểm Tư<br><input type="checkbox"/> Không có Bảo hiểm <input type="checkbox"/> Khác hơn |                                                                        |                                                         |

## Phần 2. Đòi hỏi phải có Chữ ký của Phụ huynh/ Người Giám hộ Học sinh

|                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                           |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------|
| <b>Phụ huynh hoặc Người Giám hộ Học sinh Đồng Ý Cho Phép Phổ biến các Thông Tin Y Tế:</b><br>Tôi cho phép người khám hay cơ sở y tế ký tên dưới đây được chia sẻ các thông tin y tế trong đơn này với trường học của con tôi, nơi chăm sóc trẻ em (nhà trẻ), nơi cắm trại, hoặc Sở Y Tế. |                                           |       |
| Tên của Phụ huynh/ Người Giám hộ Học sinh VIẾT BẰNG CHỮ IN:                                                                                                                                                                                                                              | Phụ huynh/ Người Giám hộ Học sinh KÝ TÊN: | Ngày: |

## Phần Hướng dẫn cho Tổ chức Cung cấp Dịch vụ Nha khoa:

**Phần 3:** Cho biết bằng cách khoanh tròn Có hay Không vào Cột Phát Hiện. Đối với câu trả lời Có, xin giải thích trong Phần Đề Nghị.

**Phần 4:** Cho biết rõ trẻ em đã được khám răng một cách thích đáng hay không, và nếu có chữa trị thì đã hoàn tất chưa. Nếu điều trị chưa được hoàn tất thì đề nghị bệnh nhân tiếp tục. Nha sĩ phải ký tên, để ngày, và cung cấp các tin tức đòi hỏi.

## Phần 3: Phát hiện và Đề nghị với Phụ huynh (xin xác định trong cột Phát Hiện)

ĐƠN NÀY ĐƯỢC BẢO MẬT

|                                                                   | Phát Hiện | Đề Nghị                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Viêm lợi (Gingival Inflammation)                                  | Có Không  |                                                                                                                                                                            |
| Đóng bợn vàng chân răng và/hoặc Đóng vôi (Plaque and/or Calculus) | Có Không  |                                                                                                                                                                            |
| Màng nướu răng lợi bất thường (Abnormal Gingival Attachments)     | Có Không  |                                                                                                                                                                            |
| Răng mọc không đối xứng (Malocclusion)                            | Có Không  |                                                                                                                                                                            |
| Răng bị sâu đã được điều trị (Treated Dental Caries)              | Có Không  |                                                                                                                                                                            |
| Răng bị sâu không được điều trị (Untreated dental caries)         | Có Không  | <input type="checkbox"/> Đánh dấu vào ô trống nếu Khẩn cấp                                                                                                                 |
| Trám bịt kín vĩnh viễn (Sealants on permanent molars)             | Có Không  |                                                                                                                                                                            |
| Sứt môi, lợi bị chẻ (Cleft lip and palate)                        | Có Không  |                                                                                                                                                                            |
| Dịch vụ phòng ngừa đã hoàn tất (Preventive services completed)    | Có Không  | Dịch vụ phòng ngừa nào đã hoàn tất?<br><input type="checkbox"/> Phòng ngừa <input type="checkbox"/> Bọc chất Fluoride <input type="checkbox"/> Vệ sinh/làm sạch răng miệng |

## Phần 4: Lượng định Hoàn tất / Đòi hỏi phải có Chữ ký của Tổ chức Cung ứng Dịch vụ Nha Khoa:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |                |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------|-------|
| Em này đã được khám răng một cách thích đáng. Điều trị <input type="checkbox"/> đã hoàn tất <input type="checkbox"/> chưa hoàn tất <input type="checkbox"/> đang điều trị <input type="checkbox"/> từ chối điều trị <input type="checkbox"/> không cần thiết.<br>Em có tiếp tục điều trị <input type="checkbox"/> khẩn cấp <input type="checkbox"/> không cần điều trị khẩn cấp và đang điều trị <input type="checkbox"/> do tôi điều trị hoặc <input type="checkbox"/> đã được giới thiệu tới: |                       |                |       |
| Chữ ký của Nha Sĩ (DDS/DMD):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Viết tên bằng chữ in: |                |       |
| Địa chỉ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Số Fax:               | Số Điện thoại: | Ngày: |

## Chứng Chỉ Y Tế của DC: (District of Columbia Health Certificate)

Đơn Thẩm Định Sức Khỏe Răng Miệng của DC (của Tổ chức Cung ứng Dịch vụ Nha khoa) này thay thế cho mẫu đơn trước kia, được sử dụng để đi học ở các trường D.C., chương trình Head Start, Nhà Trẻ, nơi cắm trại, chương trình sau giờ học, tham dự thể thao hay điền kinh, hoặc bất kỳ sinh hoạt nào khác của D.C. cần phải khám sức khỏe. Đơn này được Sở Y Tế DC chấp thuận và theo Hướng Dẫn của Viện Nha Khoa Nhi Đồng Hoa Kỳ (AAPD) bắt buộc phải Khám Sức Khỏe Răng Miệng cho trẻ em khi đi học. AAPD đề nghị rằng trẻ em phải được khám răng miệng trong vòng 6 tháng khi mọc răng đầu tiên, và không trễ hơn ngày sinh nhật đầu tiên của các em. Sở Y Tế DC đề nghị tất cả trẻ em 3 tuổi trở lên phải đi khám răng miệng với một nha sĩ chuyên môn, có bằng hành nghề và hoàn tất Đơn Thẩm Định Sức Khỏe Răng Miệng của DC (DC Oral Health Assessment Form). Đơn này là hồ sơ bảo mật. Việc bảo mật này gắn liền với Đạo luật về Trách nhiệm Hồ tương và Phẩm chất Bảo hiểm Y tế 1996 (HIPPA) đối với các tổ chức cung ứng dịch vụ y tế và Đạo luật Các Quyền Hạn Giáo Dục và Bảo Mật Riêng Tư Gia Đình (FERPA) dành cho các trường học và các tổ chức cung ứng khác ở DC.