



**PHIẾU ĐỒNG Ý TRÁM RĂNG**

Tại trường của con quý vị hiện đang có một chương trình trám răng miễn phí dành cho tất cả học sinh học bậc lớp hai. Con quý vị sẽ được khám răng để xác định răng nào cần phải trám. Việc trám răng sẽ được thực hiện bởi các nha sĩ chuyên nghiệp. Trám răng đã được chứng minh là phương pháp an toàn và hiệu quả cao để kiểm soát sâu răng. Mọi thao tác trám răng đều tuân theo tiêu chuẩn chăm sóc răng (găng, khẩu trang, dụng cụ khử trùng). Những học sinh tham gia sẽ được hướng dẫn về cách vệ sinh răng miệng và được tặng bàn chải đánh răng. Con quý vị vẫn cần phải tiếp tục đánh răng và dùng chỉ nha khoa mỗi ngày và khám răng định kỳ dù răng đã được trám răng.

**Vui lòng cho biết sự đồng ý tham gia chương trình này:**

Tên con quý vị: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Vâng, tôi đồng ý cho con tôi được khám răng miễn phí và được trám răng. Tôi đã đọc và hiểu những thông tin kèm theo.  
 \_\_\_ Không, tôi không đồng ý cho con tôi được khám và trám răng.

Chữ ký của phụ huynh hoặc người giám hộ: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Tên phụ huynh/ người giám hộ (xin viết chữ in) \_\_\_\_\_

Địa chỉ : \_\_\_\_\_ Thành phố: \_\_\_\_\_ Số Zip: \_\_\_\_\_

Điện thoại nhà: \_\_\_\_\_ Điện thoại làm việc: \_\_\_\_\_ Điện thoại cell phone: \_\_\_\_\_

Ngày sinh của con quý vị: \_\_\_\_\_ Nam \_\_\_\_\_ Nữ \_\_\_\_\_

Trường của con quý vị: \_\_\_\_\_ Tên giáo viên: \_\_\_\_\_

Nhân chủng: Mễ tây cơ/La-tin \_\_\_\_\_ Không phải Mễ tây cơ/La-tin \_\_\_\_\_

Con quý vị có bảo hiểm về răng không? Tự nhân \_\_\_\_\_ Bảo hiểm y tế trẻ em (CHIP) \_\_\_\_\_ Medicaid \_\_\_\_\_  
 Không \_\_\_\_\_ Không biết rõ \_\_\_\_\_

Lần cuối cùng con quý vị đi nha sĩ khám là lúc nào? \_\_\_\_\_

Chủng tộc: Người da trắng \_\_\_\_\_ Người da đen/ Người Mỹ gốc Phi châu \_\_\_\_\_ Người Mỹ gốc da đỏ/ gốc A-las-ka \_\_\_\_\_  
 Người Á châu \_\_\_\_\_ Người Hawai/ đảo Pa-ci-fic \_\_\_\_\_ Người gốc khác \_\_\_\_\_

Con quý vị có bị một trong những bệnh sau đây không? (Đánh dấu vào “Có” hoặc “Không”)

	<b>CÓ</b>	<b>KHÔNG</b>		<b>CÓ</b>	<b>KHÔNG</b>
Viêm khớp cấp	_____	_____	AIDS/HIV dương tính	_____	_____
Dị tật tim	_____	_____	Suyễn	_____	_____
Động kinh/co giật	_____	_____	Tiểu đường	_____	_____
Viêm gan	_____	_____	Lao	_____	_____
Dị ứng	_____	_____	Nếu có, dị ứng với gì?	_____	

Con quý vị có bị dị ứng với chất latex không? **CÓ** \_\_\_\_\_ **KHÔNG** \_\_\_\_\_

Con quý vị có đang dùng thuốc gì không? **CÓ** \_\_\_\_\_ **KHÔNG** \_\_\_\_\_

Nếu có hãy kể ra: \_\_\_\_\_

Có điều gì mà chúng tôi cần phải biết về tình trạng sức khoẻ của con quý vị không? \_\_\_\_\_