



Community Dental Care's School Based Sealant Program

စီးလင့်ပရိုဂရမ်ခေါ် (sealant program) ကျောင်းများပေါ် အခြေခံသောလူထုတွင်းသွားကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအစီအစဉ် ချစ်ခင်လေးစားအပ်ပါသောမိဘများသို့

သွားနှင့်ပတ်သက်သောစီးလင့်အစီအစဉ်လုပ်ဆောင်ချက်တစ်ရပ်ကို သင့်ကလေး၏ကျောင်းတွင်ကမ်းလှမ်းလျက် ရှိပါ သည်။ ၎င်းအစီအစဉ် မှသင့်ကလေးကိုသွားပိုးစားခြင်းမှ ကာကွယ်ရန်အတွက်စီးလင့်ခေါ် ပါးလွှာသောပလတ်စတစ်အလွှာကို အစာကြိတ်ဝါး သော သွား၏မျက်နှာပြင်ပေါ်တွင်တပ်ဆင်ပေးခြင်းဖြစ်သည်။ ပါဝင်လုပ်ဆောင်မည့်ကျောင်းသူ၊ ကျောင်း သားများကိုသွားသန့်စင်မှုနှင့်ဖလူ အိုရိုက်တို့ ကိုပေးမည်ဖြစ်သည်။ သွားစစ်ဆေးမှု၊ မှရသောအဖြေ ကိုသင့်ကလေးနှင့် အိမ်သို့ ပို့ ပေးပြီးတပ်ဆင်ပေးသောစီးလင့်အရေ အတွက် နှင့်သွားဆရာဝန်ထံသို့ တွေ့ ဆုံနိုင်မည့်ထောက်ခံစာကိုလိုအပ်ပါကပေးပေးမည်။ စီးလင့်တပ်ဆင်ပေးပြီး 2လမှ 22နှစ်အတွင်း အခြေအနေကိုသုံးသပ်ကာလိုအပ်ပါကပြန်လည်တပ်ဆင်ပေးမည်ဖြစ်သည်။ ၎င်းစစ်ဆေးမှုကိုသွားအပြည့်အစုံစစ်ဆေးမှု ဟုမမှတ်ယူ သင့်ပါ။ သင့်ကလေးကိုတစ်နှစ်လျှင်အနည်းဆုံးတစ်ခါခန့် သွားဆရာဝန်ထံတွင် သွားအပြည့်အစုံစစ်ဆေးမှု ပြုသင့်သည်။

- သဘောတူပါသည်။** ကျွန်တော်၊ ကျွန်မ၏ ကလေး၏ သွားများကို ကာကွယ်ပေးနိုင်သော စီးလင့်ဖြင့် တပ်ဆင်ဖို့ သဘောတူပါသည်။ သင့်ကလေးပါဝင်ဖို့ သဘောတူလျှင်၊ ဤ စာရွက်၏ အစွဲ ရှာဖွေမှုများ၊ အနောက်စာမျက်နှာ နှစ်ဖက်စလုံးကိုဖြည့်ပေးရမည်။ လက်မှတ်ထိုးပြီးသင့်ကလေး၏ ဆရာ၊ ဆရာမထံတွင်ပြန်ပေးပါ။
- သဘောမတူပါ။** ကျွန်တော်၊ ကျွန်မ၏ကလေးကို သွားများကို ကာကွယ်ပေးနိုင်သောဝန်ဆောင်မှုရရှိရန်သို့ မ ဟုတ်စီး လင့် ကိုတပ်ဆင်ဖို့ သဘောမတူပါ။

အထွေထွေအကြောင်းအရာ ကျေးဇူးပြု၍ကျန်းမာရေးအကြောင်းအရာထည့်သွင်းဖော်ပြပေးပါ။ ။

ကလေးအမည် _____ မွေးနေ့ သက္ကရာဇ် ____/____/____ ကျား ___ မ ___

ကျောင်း _____ ဆရာ၊ ဆရာမ _____ အတန်း _____

နေရပ်လိပ်စာ _____ အိမ်ဖုန်းနံပါတ် _____

အိမ်သုံးဘာသာစကား _____

- သင့်ကလေးရောဂါတမျိုးမျိုးသို့ မဟုတ်ဖျားနာမှုတမျိုးမျိုးကြောင့် သမားတော်နှင့်ပြသနေရပါသလား? မှန် / မမှန်
အကယ်၍အဖြေမှန်ပါက ဖော်ပြပါရန် _____
- သင့်ကလေးသည်ဆေးတမျိုးမျိုးသောက်သုံးမှုရှိခဲ့ပါသလား? ရှိသည်/မရှိပါ
အကယ်၍သောက်သုံးနေရပါက ဆေးအမည်များကိုဖော်ပြပါရန် _____
- သင့်ကလေးမှာဆိုးရွားသောကျန်းမာရေးခွဲခွဲမှုတစ်ခုခုရှိခဲ့ပါသလား? ရှိသည်/မရှိပါ
- သင့်ကလေး၌ပြင်းထန်သောရောဂါတမျိုးမျိုးရှိပါသလား? မှန် / မမှန်
အကယ်၍ရှိပါကဖော်ပြပါ _____
- သင့်ကလေး၌မတည့် သောအစာတနှင့် ဆေးတမျိုးမျိုးရှိပါသလား (အဖြေကိုပိုင်းပေးပါ) မှန် / မမှန်
အကယ်၍ရှိပါကဖော်ပြပါ _____
- သင့်ကလေးကို သွားဆရာဝန်ထံပုံမှန်စေ့ဆေးပြသခဲ့ပါသလား? ရှိ / မရှိ
ပြသသောနေ့ရက် _____

Insurance Information ကျန်းမာရေးကူညီရှောက်မှုသင်ရှိနေသောအမှတ်သားတစ်ခုကို မှတ်ပေးပါထိုသို့အားလုံးသည်ကုန်ကြစရိတ်များကိုကူညီပေးသွားမည်ဖြစ်သည်။

သင့်ကလေးကိုကူညီခဲ့သော Insurance တခုကိုဝိုင်းပြီးထို Insurance နံပါတ်ကို ရေးသားပေးပါ။



Insurance ID # _____

အခြားကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အစီအစဉ်၏အမည်နှင့်မှတ်ပုံတင်အမှတ် Insurance ID # _____

ကျွန်ုပ်ကလေး၌ အာမခံကြေးမရှိပါ။ စီးလင့်သွားကျန်းမာရေးကုန်ကျစရိတ်ကို အခြားပညာသင်ထောက်ပံ့စရိတ် အသေးစားထောက်ပံ့မှု မှ ကုန်ကျစရိတ်ခံဖို့ အလိုရှိပါသည်။

အရေးပေါ်ဆက်သွယ်ရမည့် အချက်အလက်
အရေးပေါ်အခြေအနေတွင် ဆက်သွယ်နိုင်မည့် သူ၏ အမည်နှင့် ဖုန်းနံပါတ်ကိုဖော်ပြရန်
ဆက်သွယ်ရမည့်သူအမည် _____ ဖုန်းနံပါတ် _____
ကျောင်းသားနှင့်ဆွေမျိုးတော်စပ်ပုံ _____
ကုသမှုကိုသဘောတူခြင်း

ကျောင်းခြေခံစီးလွဲ (Sealant)အစီအစဉ်နှင့်အခြေခံသွားစောက်ရှောက်ခြင်းအဖွဲ့တို့၏ အစီအစဉ်သည်သွားများစေ့ဆေးရန်နှင့်ကာကွယ်ရေးစနစ်အဖြစ်သွားများကိုသန့်ရှင်းပေးခြင်း၊သွားအတွက်ဆေး(Fluoride Treatment)အားဖြစ်ကုသပေးခြင်း၊Insurance ထံမှကုန်ကျစရိတ်များကိုစုစောင်းပေးခြင်း၊သွားစေ့ဆေးချက်အပေါ်အကြောင်းအရာများရရှိခြင်း၊ သွားစေ့ဆေးချက်အကြောင်းအရာများသည်ကျောင်းကျန်းမာရေးဌာနတို့ရရှိရေး၊ထိုစေ့ဆေးချက်များအပေါ်အခြေခံပြီးကုသမှုပေးနိုင်ခြင်းနှင့်ကုန်ကျစရိတ်အတွက်တောင်းခံနိုင်ရေး၊ ကျွန်ုပ်၏ Insurance သို့မဟုတ်ကျွန်ုပ်၏ Account ထံမှကျန်းမာရေးကုသမှုအကြောင်းအရာများ ကျွန်ုပ်ထံမှဆက်သွယ်တင်ပြနိုင်ရေးအတွက်၎င်းတို့အားလုံးတို့သည်သဘောတူပါသည်။ဒီအတွက်လက်မှတ်ထိုးခြင်းအားဖြင့်ကျွန်ုပ်ကလေးသည်ကျွန်ုပ်တို့အစီအစဉ်ထံမှကုသမှုရရှိရန်ကျွန်ုပ်သလက်ခံဥဘောတူသည်။အခြေခံသွားစောက်ရှောက်ခြင်းအဖွဲ့ထံမှသူတို့၏ အကြောင်းကြားချက်မိတ္တူကို သည်းသန်သိရှိခဲ့ပြီးဖြစ်သည်။ထိုနည်းတူမိတ္တူကြောင်းကြားချက်ထံ၌သူတို့၏ လုပ်ဆောင်ရရှိသောအချက်အလက်များသည်၊ကျောင်းကျန်းမာရေးဌာန၌တောင်းခံစေ့ဆေးကုသမှုရရှိနိုင်သည်။ဒီသဘောတူညီချက်သည်နှစ်နှစ်တွင်း၌ နောက်ဆက်တွဲအစဉ်အစဉ်များအတွက်အသုံးပြုရန်ရန်ဆဲဖြစ်သည်။

မိဘ အုပ်ထိန်းသူ၏အမည် (ပရင့်ထုတ်ရန်) _____

မိဘ အုပ်ထိန်းသူ၏လက်မှတ် _____ နေ့စွဲ _____

ဆက်သွယ်ရန်ကြောင်းအရာများနှင့် မေးခွန်းများရှိပါကကျွန်ုပ်တို့ဖုန်းနံပါတ်ဖြစ် 651-925-8400 Community Dental care ဖြင့်ဆက်သွယ်နိုင်သည်။



(ကျွန်ုပ်တို့စီးလင့်အစီအစဉ်ထောက်ပံ့စရိတ်ကိုအိုတိုဘရီမာဖောင်ဒေးရှင်း၊ ဘော်စတန်သိပ္ပံဌာန၊ အမ်ဒီအိတ်၏ ယူအက်စ်ဒီအိတ်၊ အိပ်ရှ်အာအက်စ်အေ၏ ဒယ်တာသွားနှင့် ခံတွင်းကျန်းမာ ရေးအလုပ် သမားအဖွဲ့ ၏ ထောက်ပံ့ငွေဖြင့်လုပ်ဆောင်ပါသည်)