

فيرفيلد بولاية كونيتيكت 06824

الصحة العامة التمريض الهاتف 3150-256-203
100 منى تراس فاكس 3172-256-203

الأسنان تطبيق CLINIC - إشعارا نهائيا

TO: الوالد / ولي الأمر
من: مدينة من مدير فيرفيلد الصحة

وتوفر المدينة من وزارة الصحة فيرفيلد تنظيف الأسنان وعلاجات الفلورايد الموضوعي عن طريق الأسنان
HYGIENIST لجميع الطلاب تلبية المبادئ التوجيهية الدخل. بالإضافة إلى ذلك، محدودية التمويل للطلاب المؤهلين الذين
هم من سكان فيرفيلد متاح للرعاية من قبل أطباء الأسنان المشاركين لمشاكل مثل تسوس الأسنان أو قلع الأسنان.

إذا كنت ترغب في تطبيق لتنظيف وعلاجات الفلورايد، أو خدمات طبيب الأسنان لطفلك، واستكمال المعلومات الواردة أدناه
وعودة هذا النموذج لك الطفل ممرضة المدرسة AS SOON AS ممكن.
ALL ITEMS يجب أن تكتمل.
اسرع

لم طفلك على خدمات الأسنان في المدرسة في العام الماضي؟ _____ نعم لا

إذا كنت لا ترغب في تقديم طلب، يرجى الإشارة أدناه:

_____ لا، أنا لا أريد طفلي للمشاركة في برنامج الأسنان.

الطفل الاسم: _____ المدرسة:

_____ العلمية / الدرجة:

العنوان: _____ Phone _____

كليفون

#: _____

هل يعاني طفلك من مشكلة في القلب أو حالة طبية أخرى تتطلب المضادات الحيوية قبل العمل الأسنان؟

_____ نعم لا

تحقق من كل ما ينطبق: طفل له: _____ HUSKY التأمين

_____ المساعدة الطبية (عنوان 19) ID # _____

_____ هوية شخصية#

_____ التأمين الأسنان الخاص

_____ لا شيء مما سبق

هل تقدمت مؤخرا عن المساعدة الطبية (عنوان 19) أو كلب الاسكيمو التأمين؟

Husky

_____ نعم فعلا

_____ لا

تقديم معلومات الدخل والتوقيع على بيان إذن أدناه. سيتم إعلامك من أهليتك:

- أسرة الحد الأقصى السنوي المعدل الإجمالي \$ الدخل _____

- عدد من أهل _____

أعطي إذن مني للطفل المذكور اسمه في الحصول على أسنان لتنظيف ومعالجة الفلورايد من قبل أخصائي صحة الأسنان في المدرسة إذا هو / هي مؤهلة للحصول على هذه الخدمات.

الوالد / الوصي التوقيع _____ التسجيل:

النهار هاتف #: _____

DH-2A-سبتمبر 2012