

Pag-urong sa Oral Health Assessment na Kinakailangan

Mangyaring punan ang form na ito kung kailangan mong ipagpaliban ang iyong anak sa kinakailangan sa pagtatasa ng kalusugan ng bibig.

Lagdaan at ibalik ang form na ito sa paaralan kung saan ito ay papanatiliing kumpidensyal.

Seksyon 1: Impormasyon ng Bata (Pinunan ng magulang o tagapag-alaga)

Pangalan ng bata:	Apelyido:	Gitnang Inisyal:	Petsa ng Kapanganakan ng Bata: MM – DD – YYYY
Address:			Apt.:
Lungsod:		ZIP code: 	
Pangalan ng Paaralan:	Guro:	Baitang:	Taong ang bata ay nagsisimula sa kindergarten Y Y Y Y
Pangalan ng Magulang/Tagapag-alaga:	Pangalan ng Magulang/Tagapag-alaga:		Kasarian ng Bata <input type="radio"/> Lalaki <input type="radio"/> Babae
Lahi/Etnisidad ng Bata:	<input type="radio"/> Puti <input type="radio"/> Katutubong Amerikano <input type="radio"/> Itim/Aprikano Amerikano <input type="radio"/> Maramihang lahi <input type="radio"/> Hispaniko/Latino <input type="radio"/> Katutubong Hawaiian/Pacific Islander <input type="radio"/> Asyano <input type="radio"/> Hindi alam <input type="radio"/> Iba pa (mangyaring tukuyin)		

Ipinagpatuloy sa Susunod na Pahina

Seksyon 2: Dapat punan ng magulang o tagapag-alaga LAMANG KUNG humihiling na huwag siyang isali siya sa kinakailangang ito

Mangyaring ipagpaliban ang aking anak mula sa pagtatasa dahil (lagyan ng tsek ang kahon na pinakamahusay na naglalarawan sa dahilan):	
<input type="checkbox"/>	Wala akong mahanap na dental na opisina na kukuha ng dental insurance plan ng aking anak. Ang plano ng seguro sa ngipin ng aking anak ay: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Covered California <input type="checkbox"/> Healthy Kids <input type="checkbox"/> Wala <input type="checkbox"/> Iba pa _____
<input type="checkbox"/>	Hindi ko kayang bayaran ang pagtatasa para sa aking anak.
<input type="checkbox"/>	Hindi ako makahanap ng oras para makapunta sa isang dentista (hal., hindi makakuha ng oras sa trabaho, ang dentista ay walang maginhawang oras ng opisina).
<input type="checkbox"/>	Hindi ako madaling makapunta sa isang dentista (hal., walang transportasyon, lokasyon ay masyadong malayo).
<input type="checkbox"/>	Hindi ako naniniwala na ang aking anak ay makikinabang sa isang pagtatasa.
<input type="checkbox"/>	Iba pa (mangyaring tukuyin ang dahilan na hindi nakalista sa itaas kung bakit ka naghahanap ng waiver ng pagtatasa na ito para sa iyong anak):
Kung humihingi ng pagpapaliban sa kinakailangang ito:	
▶ _____ MM – DD – YYYY Lagda ng magulang o tagapag-alaga Petsa	

Ang batas ay nagsasaad na dapat panatilihin ng paaralan na pribado ang impormasyon sa kalusugan ng mag-aaral. Ang pangalan ng iyong anak ay hindi magiging bahagi ng anumang ulat bilang resulta ng batas na ito. Ang impormasyong ito ay maaari lamang gamitin para sa mga layuning nauugnay sa kalusugan ng iyong anak. Kung mayroon kang mga katanungan, mangyaring tawagan ang iyong paaralan.

Ibalik ang form na ito sa paaralan nang hindi lalampas sa Mayo 31 ng unang taon ng pag-aaral ng iyong anak.

Ang orihinal ay dapat itago sa talaan ng paaralan ng bata.