

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