

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS

ቅድመ-መግለጫናት/ሄድስታርት- Prekindergarten/Head Start የጥርስ ህክምና ፈቃድ መስጫ ቅጽ

Montgomery County Department of Health and Human Services (DHHS)
የሞንትጎመሪ ካውንቲ የጤና እና የሰብአዊ አገልግሎት ዲፓርትመንት
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

መመሪያዎች

ተማሪዎች በትምህርት ቤት በሚመዘገቡበት ወቅት የትምህርት ቤት የጤና ባለሙያዎች የተማሪውን/ዋን የጥርስ ጤንነትን ጨምሮ፣ የጤና መረጃ ይመለከታሉ። የጤና ችግሮች ከተገኙ፣ የት/ቤት የጤና ባለሙያዎች ተማሪዎችንና ወላጆች/አሳዳጊዎችን ተገቢ የጤና አገልግሎቶች፣ የጥርስ እንክብካቤን ጨምሮ፣ እንዲያገኙ ያግዟቸዋል።

እባክዎ የዚህን ቅጽ ክፍል I እና II ከሞሉ በኋላ የልጅዎን የጥርስ ኃኪም ወይም የጥርስ ሃይጅን ባለሙያ የዚህን ቅጽ ክፍል III እንዲሞሉ-እንድትሞሉ ይጠይቁ (የእርስዎ ልጅ የጥርስ ኃኪም ወይም የጥርስ ሃይጅን ባለሙያ ከሌለው/ከሌላት ይህንን ክፍል ባደውን ይተውት)። የተሞላውን ቅጽ በልጅዎ ትምህርት ቤት ለጤና ክፍል ይመልሱ።

በቅድመ-መግለጫናት/ሄድስታርት ፕሮግራም ላይ እያሉ ሁሉም ልጆች በጥርስ ሃይጅን ባለሙያ አማካይነት የጥርስ መስታወት በመጠቀም ጥርሳቸውን ይመረመራሉ። በምርመራው ወቅት የጥርስ ህክምና እንደሚያስፈልግ ከታወቀ፣ በጥርስ ሃይጅን ባለሙያ አማካይነት ለወላጅ/ሞግዚት ይገለጽላቸዋል። የጥርስ ህክምና ለመፈለግ የጥርስ ሃይጅን ባለሙያው(ዋ) ወላጅን/ሞግዚትን ይረዳሉ። ማንኛውም ጥያቄ ካለዎት፣ የጤና እና የሰብአዊ አገልግሎት ዲፓርትመንት አስተባባሪ/የDHHS Health Services Coordinator በስልክ ቁጥር:- 240-777-1645 ያነጋግሩ።

ክፍል I:- በወላጅ/አሳዳጊ የሚሞላ

የተማሪው/ዋ ስም	የተማሪ መታወቂያ	
የትም/ቤት ስም	የትውልድ ቀን	ክፍል

ክፍል II:- በወላጅ/አሳዳጊ የሚሞላ

እባክዎ ከዚህ በታች በሚገኘው አዎ/YES ወይም አይደለም/NO በተገቢው ሳጥን ላይ ምልክት ያድርጉ። እባክዎ ልብ ይበሉ፣ የጥርስ ምርመራ፣ ጥርስ መሰረሽ፣ እና የ Fluoride ማጽዳት/ፍሎራይድ ቫርኒሽ ህክምናዎች በክፍል ውስጥ የሚካሄደው በጥርስ ሃይጅን ባለሙያ አማካይነት ነው።

- ለልጄ የጥርስ ምርመራ እንዲደረግለ(ላ)ት ፈቃድ ሰጥቻለሁ አዎ/Yes አይደለም/No
- የልጄ ጥርስ በጥርስ ሃይጅን ባለሙያ አማካይነት ብሩሽ እንዲደረግለ(ላ)ት ፈቃድ ሰጥቻለሁ አዎ/Yes አይደለም/No
- የልጄን የጥርስ ህክምና በልጄ የጥርስ ሃይጅን ባለሙያ መደረጉን እንዲረጋገጥ ለጤና እና ሰብአዊ አገልግሎት ዲፓርትመንት ፈቃድ ሰጥቻለሁ አዎ/Yes አይደለም/No
- ለልጄ ጥርስ "Fluoride" የማጽዳት ህክምና/Fluoride Varnish treatment ፈቃድ ሰጥቻለሁ (ለሄድስታርት እና ከሆነም ለሙሉ ቀን ቅድመ-መግለጫናት ተማሪዎች/Head Start and possibly full-day PreK students) አዎ/Yes አይደለም/No

የእርስዎ ልጅ ከሚከተሉት ማንኛውም ሁኔታ አለበት? እባክዎ ከዚህ በታች ባለው አዎ/Yes ወይም አይደለም/No በሚለው ምልክት ያድርጉ:-
አለርጂክ-እንደምች የሚሆንበ(ባ)ት ነገር አለ Allergies (Food, Insects, Medication, Latex, Seasonal) አዎ/Yes አይደለም/No
(ልብ ይበሉ፣ የእርስዎ ልጅ አለርጂ-የሰውነት ቁጡነት -አንዳንድ ምግቦችን/መድኃኒቶችን ወዘተ አለመቀበል ካለው/ካላት፣ ከዚህ ጋር አባሪ በተደረገው MCPS Form 565-1 ላይ እና MCPS ቅጽ 525-13 ወይም 525-14 ላይ መገለጽ አለበት)።

የጥርስ ኃኪም/የጥርስ ሃይጅን ባለሙያ ስም _____
የስልክ ቁጥር# _____ - _____ - _____ በጥርስ ሃኪም የታየ(ች)በት መጨረሻው ቀን _____ - _____ - _____

የእርስዎ ልጅ ህክምናን በሚመለከት "Medical Assistance/Insurance/Care for Kids/Private Health Insurance" አለው/አላት? አዎ/Yes አይደለም/No

ክፍል III:- የወላጅ/የሞግዚት ፈቃድ

በዚህ ቅጽ ላይ የተገለጸው መረጃ በሚስጥር እንደሚጠበቅ እንከባለሁ።

የወላጅ ወይም የአሳዳጊ ስም _____

ወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ _____ ቀን ____/____/____