



치과 제출용

For Official Use Only		
Student's Last Name	Student's First Name	Birth Date (MM/DD/YYYY) ____/____/____
District Borough Number (Example: 12M345)		Office of Student Information Systems Number (OSIS)

1. 부모 또는 보호자:

귀하의 자녀가 ___-___-___ 학교에서 치과 검진을 받았으며, 추가적인 치과 치료가 필요합니다. 이 양식을 자녀의 치과의사에게 제출하시기 바랍니다. 치과 보험 가입에 도움이 필요하실 경우, 학교의 학부모 상담사(parent coordinator) 또는 311번으로 전화하십시오.

긴급 치과 치료 필요

7일 이내에 자녀를 데리고 치과를 방문하시기 바랍니다.

일반 치과 치료 필요

30일 이내에 자녀가 치과 치료를 받도록 하시기 바랍니다. 다음 중 선택:

자녀를 데리고 지역 사회 내 치과를 방문하십시오.

--또는--

학교에 마련된 치과 치료 서비스를 이용하십시오. (첨부된 정보 참조 요망)

2. Dentist:

A. Complete and sign the box below

<input type="checkbox"/> No treatment is necessary
<input type="checkbox"/> Treatment is in progress
<input type="checkbox"/> Treatment is complete
Dentist's Name (Print): _____ Phone: _____ - _____ - _____
Address: _____ City: _____ State: _____ ZIP: _____
Dentist's Signature: _____ Date: _____

B. Fax this form to the School-Based Dental Provider:

Name: _____

Fax Number: _____