



Отнесите эту анкету стоматологу

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. Родители или опекуны:

В результате стоматологического осмотра, который проходил в школе ____ . ____ . ____, выяснилось, что ваш ребенок нуждается в дополнительной стоматологической помощи. Отнесите эту анкету стоматологу вашего ребенка. Если вам нужна помощь с получением стоматологической страховки, обратитесь к школьному координатору по работе с родителями или позвоните по номеру 311.

НЕОБХОДИМО СРОЧНОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Отведите своего ребенка к стоматологу в течение семи дней.

ТРЕБУЕТСЯ НЕСРОЧНОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Отведите своего ребенка к стоматологу в течение 30 дней. Вы можете:

отвести своего ребенка к местному стоматологу
--ИЛИ--

позволить ребенку получить стоматологические услуги в школе. См. прилагаемую информацию.

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: _____