



视力和牙科筛查证明表格

学生姓名: _____ 出生日期: _____ 年级: _____
(请打印: 姓, 名)

学生 ID: _____

俄勒冈州法律 (OAR 581-021-0031 和 OAR 581-021-0017) 要求 7 岁或以下首次入学的儿童进行牙科和视力检查。有关 PPS 筛查服务的信息, 请访问 PPS 学校健康服务网站 (<https://www.pps.net/Page/1921>)。

请家长们/监护人同时填写并签署视力和牙齿筛查证明。

视力筛查证明 “视力测试” 是用以确定潜在视力健康隐患的眼科检查。(请在合适的方框打勾)

☐ 我的孩子已经接受了视力筛查或视力测试。

最近筛查或眼科检查日期: _____

是否建议进行后续检查? (打圆圈) 是 或 否

诊所或服务提供者的名字: _____

☐ 我之前已经提交证明给学校办公室 _____

☐ 因为我的宗教信仰, 我不提供视力筛查/检查。

家长/监护人签名

日期

牙齿筛查证明 (请在合适的方框打勾)

☐ 我的孩子在过去12个月已经接受了牙齿检查。

最近筛查或牙齿检查日期: _____

诊所或服务提供者的名字: _____

☐ 我之前已经提交证明给学校办公室 _____

☐ 因为我的宗教信仰, 我不提供牙齿筛查/检查

☐ 牙科筛查是一个负担, 因为:

(A) 获得牙科筛查的成本太高;

(B) 学生没有机会与筛查者联系或者;

(C) 学生不能与筛查者预约

家长/监护人签名

日期