



Đơn Chứng Nhận Khám Mắt và Khám Răng

Tên học sinh: _____ Ngày sinh: _____ Lớp: _____
(xin viết chữ in: Họ, Tên)

Số ID học sinh: _____

Luật Oregon (OAR 581-021-0031 và OAR 581-021-0017) yêu cầu trẻ em từ 7 tuổi trở xuống và mới bắt đầu lần đầu tiên đi học phải được khám răng và khám mắt. Để biết thông tin về các dịch vụ khám bệnh tại PPS, hãy vào trang web Dịch Vụ Y Tế Trường Học PPS (<https://www.pps.net/Page/1921>).

Phụ huynh/người giám hộ xin vui lòng điền đơn và ký tên **cả hai** đơn chứng nhận khám mắt và khám răng.

CHỨNG NHẬN KHÁM MẮT. “Kiểm tra thị lực” là khám mắt để xác định các vấn đề sức khỏe thị lực tiềm ẩn. (xin đánh dấu vào ô thích hợp)

☐ Con tôi đã được khám thị lực hoặc khám mắt.

Ngày khám mắt mới nhất là: _____

Có nên tiếp tục theo dõi không? (khoanh tròn) Có hay Không

Tên phòng khám bệnh hoặc bác sĩ _____

☐ Tôi đã nộp giấy chứng nhận cho văn phòng trường học tại _____

☐ Tôi không cung cấp giấy chứng nhận khám mắt vì lý do tín ngưỡng tôn giáo của tôi.

Chữ ký Phụ huynh/người giám hộ _____

Ngày _____

CHỨNG NHẬN KHÁM RĂNG (xin đánh dấu vào ô thích hợp)

☐ Con tôi đã có khám răng trong 12 tháng vừa qua.

Ngày khám răng mới nhất là: _____

Tên phòng khám bệnh hoặc nha sĩ: _____

☐ Tôi đã nộp giấy chứng nhận cho văn phòng trường học tại _____

☐ Tôi không cung cấp giấy chứng nhận khám răng vì lý do tín ngưỡng tôn giáo của tôi.

☐ Việc khám răng là một gánh nặng vì:

(A) Chi phí khám răng quá cao;

(B) Học sinh không có nha sĩ

(C) Học sinh không thể làm hẹn với nha sĩ

Chữ ký Phụ huynh/người giám hộ _____

Ngày _____