



牙医进校啦！ 享受免费*校内牙齿保健服务。

*适用于马萨诸塞州全民保健计划或儿童医疗安全计划覆盖的患者

在线注册！
www.MySchoolDentist.com



牙齿保健对儿童健康很重要。

简易便捷--持有州执照的牙医将定期对儿童的口腔和牙齿进行检查，并同时提供洗牙、X光检查(如必要)、氟化物治疗和运用密封剂(如需要)。也可提供补牙等额外的保健服务。您的孩子可将牙科报告卡带回家。许可书包括首次牙齿保健和随访。请于今日签名并将其返还学校！



请填写

儿童姓名		出生日期	☐ 男 ☐ 女
地址	城市	州	邮政编码
学校	老师	年级	
家长/监护人姓名		电话 ()	
电邮		备用电话 ()	

重要的健康问题

您的孩子是否有任何既往史或现病史、残障、行为问题或其他问题？如您的孩子患有以下疾病，请勾选并于空白处说明。如有需要此表可附上额外信息。如否，请留空：

- | | | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| ☐ 流行传染病
(包括 COVID-19) | ☐ 食物过敏 / 季节性 | ☐ 出血性疾病 | ☐ 糖尿病 | ☐ 肾脏疾病 |
| ☐ 哮喘 | ☐ 药物过敏 | ☐ 呼吸困难 | ☐ 心脏病 | ☐ 肝脏疾病 |
| ☐ 其他 | ☐ 行为问题 | ☐ 牙科问题 | ☐ 免疫性疾病 | ☐ 癫痫 |
- 说明

列出当前用药和/或牙科方面的问题：

最近一次牙科就诊的大约日期 您的孩子目前是如何进行牙齿保健的？

若儿童已加入马萨诸塞州全民保健计划/儿童医疗安全计划

在这里输入儿童
接受方 ID 编号 (RIN)：

或者儿童的社会安全号码 # (若可获取)

			-			-			
----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

如儿童已购买私人牙科保险

保险公司名称 (非低收入医疗保险)

Ins.电话

集团 #

雇主姓名

Co.电话

受保人姓名

受保人出生日期

成员 ID/政策 #

受保人社会安全号码 #

如儿童没有购买牙科保险

(请在下文勾选一项)

如需支付本表格中的服务费、主要支票或汇票并需付款至：Smile Massachusetts。

☐ 每次随访本人会支付洗牙、检查或氟化物治疗的差额成本。

拨打 855-481-8639 使用信用卡支付。

13 岁或以下：\$90.00 14 岁或以上：\$111.00

☐ 本人申请捐赠医疗费用，以支付孩子的洗牙、检查和氟化物治疗的成本

(我们会向您发送一份捐赠医疗费用申请表。每学年只提供一次用于预防护理。)

如您的孩子定期进行牙科检查，且您想继续让该牙医进行护理，请您这么做。

阅读下文并在下述签字

本人知悉并授权 Jessica Marn DDS, Big Smiles Massachusetts P.C. (医疗提供者)、其附属牙医或牙齿保健师在学校向上文提及的儿童(本人为享有该儿童监护权的一方父母或法定监护人)提供牙科服务，包括检查、洗牙、氟化物治疗、密封剂、X光检查和氟化银使用(如需要)。(使用银二胺氟化物可能会使蛀牙变为棕色或黑色。详情请查看网页。)本人还授权任何其他牙科服务，如补牙、拔出问题乳牙、牙髓切断术(乳牙抽牙神经)、麻醉口腔和牙齿和其他必要程序。本人已经阅读了上文的“重要健康问题”且会向 855-481-8639 报告本人的孩子发生的任何重大健康变化。本人已经阅读了本页背面的“重要通知”且知悉并同意其条款。

在这里签字并填写日期

此同意书将授权首次及后续牙科检查。

日期

为了您的隐私，
请折叠并做好保护工作。



问题：855-481-8639 传真：888-330-4331 访问网址：mobiledentists.com

Jessica Marn, DDS & Dental Director
Jessica Marn DDS, Big Smiles Massachusetts P.C., 245 First Street, 18th Floor, Cambridge, MA 02142
© Jessica Marn DDS, Big Smiles Massachusetts P.C., 2026

重要通知和同意

本人知悉并授权 Jessica Marn DDS, Big Smiles Massachusetts P.C. (医疗提供者) 和其附属牙医或牙齿保健师向上文提及的儿童 (本人为享有该儿童监护权的一方父母或法定监护人) 提供如下服务, 包括牙齿检查和口腔卫生指导、洗牙、氟化物治疗、X 光检查和牙齿密封剂和运用氟化银治疗蛀牙。本人还授权该牙医填充任何腔体或放置牙箍, 拔出任何有问题的乳牙、进行牙髓切断术 (乳牙抽牙神经)、放置牙齿矫正器或进行其他必要的牙齿治疗操作。本人知悉, 牙齿治疗存在风险, 包括治疗或局麻可能产生的肿胀或疼痛, 或过敏反应。(如需获得与治疗风险和替代治疗方法相关的额外信息, 请拨打所提供的电话号码。) 本人知悉本人孩子的牙齿检查可能采取部分远程操作, 且临床信息 (如 X 光检查) 可能会电子汇总发送至其他地点以供牙医评估。本人同意上述诸项远程牙科服务并知悉尽管适用机密保护, 但使用第三方电子传输可能会带来其他隐私风险。本人知悉本人有权访问与远程牙科服务相关的医疗信息。本人授权并指示医疗提供者向任何医疗补助计划、保险公司或其他付款人开票并获得其付款。本人授权本人孩子所在学校向医疗提供者及其开票代理提供本人孩子的保险信息以就相关服务向付款人开票。若本人有私人牙科保险, 可就任何自付额和/或分摊付款额向本人开票且本人同意支付上述款项。校内牙医治疗可能会影响您的孩子获得私人保险、医疗补助或 儿童医疗保险计划 (CHIP) 提供的未来福利。除非本人已预先安排出席, 并在服务时到场, 否则可在本人不在场的情况下提供服务。本人同意医疗提供者发送学校牙科计划的有关短信。本人知悉短信不是一种安全的通讯方式, 还会带来额外的隐私风险。(您的无线服务提供商可收取消息和/或数据费; 如需停止接收消息, 请对从我方处收到的消息回复“停止”。您还同意接收此同意书上所提供的座机和/或手机号码拨出的预先录制和/或自动拨打的有关学校牙科计划的电话。) 本人已收到本表格所附的《隐私惯例通知》(NPP), 并同意公开本人孩子的医疗记录资料, 包括其他服务医疗提供者提供的记录, 以及任何有关艾滋病毒、传染病、性病、毒品和酒精以及贫血的信息。本人授权医疗提供者就如下目的向任何负责的付款人和/或行政服务医疗提供者和其他分包商公开此等信息: 与本人孩子的治疗相关的使用和披露、服务付款和医疗操作。若在本同意书上签字, 则表明本人授权相关人士对本人的孩子进行首次和后续牙科检查。本人可在任何时候以书面形式撤回该授权。

银二胺氟化物 (SDF) ——一种对抗蛀牙的新型治疗方法

SDF 的好处: 蛀牙问题在儿童中比较普遍, 但是现在我们的有一种安全、无痛的替代方法, 可以替代传统的蛀牙填补术, 采用安全无痛的银二胺氟化物 (SDF) 疗法。银二胺氟化物是 FDA 批准的抗生素液体, 用于帮助防止蛀牙形成, 生长或扩散到其他牙齿。牙医只需在后牙上刷 SDF。

替代品

- 无需治疗: 牙齿可能继续腐烂并引起疼痛。
- 其他选择: 氟化物清漆、填充物或牙冠, 或拔牙。

风险

- 银二胺氟化物治疗不能完全替代传统补牙。
- 银二胺氟化物通常会将蛀牙染成棕色或黑色, 这意味着它在起作用。
- 牙齿健康部分不会被染色。
- 如果 SDF 接触到皮肤, 会造成暂时性的染色。这种污渍是无害的, 应该在一周之内消失。
- 银二胺氟化物可能会伴随短暂的金金属味。



蛀牙



采用银二胺氟化物



问题? 拨打 855-481-8639 联系我们的医疗协调负责人。

请保留以作记录

JESSICA MARN, DDS, DENTAL DIRECTOR

Dana Burkett, DMD, Monika Pronczuk, DMD, Naima Qureshi, DMD, Scott Schmidhauser, DMD

《隐私惯例通知》

本《通知》说明您的医疗信息的使用方式和披露方式及您获得本信息的方式。请仔细检查。请保留以作记录

我们的法定职责

您的医疗信息隐私对我们很重要。适用联邦法和适用州法要求我们保护您的健康信息隐私。我们还必须向您提供本《通知》, 说明我们的隐私惯例、我方的法律责任以及您的健康信息权利。在本《通知》有效期内, 我们必须遵守所述之隐私惯例。若有人违反我们的无担保医疗信息, 我们将会通知您。

我们保留在任何时候对我们的隐私惯例和本《通知》条款进行更改的权利, 但该等变更须得适用法律允许。对于对我们维护的所有健康信息 (包括在进行更改之前创建或接收的健康信息), 我们保留对隐私惯例和本通知的新条款进行更改的权利。在我们对隐私惯例进行重大变更之前, 我们会变更本《通知》, 并根据要求提供新《通知》。

您可随时要求我们提供《通知》副本。如需了解有关我们隐私惯例的更多信息, 或如需本《通知》的额外副本, 请通过本《通知》末尾所载之信息与我们联系。

健康信息的使用与披露

我们使用及披露您的健康信息, 用于治疗、付款和医疗操作。如:

治疗: 我们可使用您的健康信息, 或向您提供治疗的医生、学校护士/医疗保健协调员其他医疗保健服务提供者披露您的健康信息。

付款: 我们可能使用和披露您的健康信息, 就我们向您提供的服务, 以获得支付款项。

医疗操作: 我们可使用及披露与我们营业 (例如: 审核医疗专业人员的能力或资格, 以及评估从业者 and 医疗提供者的表现) 相关的您的健康信息。

您的授权: 本《通知》中未另行阐述的使用或披露, 仅可能在获取您书面授权的情况下进行。另外, 我们必须获得您的书面授权, 才能向您销售物品或服务为目的出售您的医疗信息, 或使用、披露您的信息, 并有偿向您支付通信费用。如您向我们授权, 您可在任何时候以书面形式撤销该授权。如撤销该授权, 则在授权有效期内, 经您授权的任何使用或披露行为将不影响。除非您向我们授予书面授权, 否则, 我们不得以任何理由使用或披露您的健康信息, 但本通知所述之情况除外。

致您医疗计划中涉及的家人、朋友及其他人士: 如有必要, 我们可向您的医疗计划中涉及的家庭成员、朋友或其他人士披露您的健康信息, 以协助管理您的医疗计划或为您的医疗服务付款。我们还可向灾难救济组织披露您的医疗信息, 以便在发生灾难时帮助相关组织找到个人。我们还可使用或披露您的医疗信息, 用来通知或协助通知家庭成员、个人代表或负责在您的所在地照顾您、您的一般情况或死亡的人员。若您不希望我们在这些情况下向家庭成员或其他人披露您的医疗信息, 请拨打 888-833-8441, 通知我们的 HIPAA 人员。

按法律要求: 当法律有所要求时, 我们可使用或披露您的健康信息。

公共安全: 我们可能需要向执法人员披露医疗信息, 如回应搜查证或大陪审团传票, 或帮助执法人员识别或找到个人, 以通知其可能因违法行为产生的死亡和我们经营场所中发生的违法行为。

虐待或忽视: 如我们合理地认为您是受虐待、忽视或家暴或其他犯罪行为的潜在受害者, 我们可向相关当局披露您的健康信息。我们可在必要的情况下披露您的健康信息, 以避免对您他人的健康或安全造成严重威胁。

预约提醒: 我们可使用或披露您的健康信息, 向您提供预约提醒 (如语音信息、明信片、信函、电邮或短信)。

健康监督活动: 我们可就法律授权的活动向健康监督机构披露健康信息。这些监督活动包括: 如, 审查、调查、检查和执照调查。这些活动是政府监督医疗保健系统、疾病爆发、政府项目、民权法的遵守情况和改善提升治疗效果的必要措施。

诉讼和纠纷: 应法院或行政命令, 我们可披露有关您的健康信息。我们可披露有关您的健康信息, 以回应传票、发现请求或其他法律程序。

其他使用和披露: 经法律允许或要求, 我们可使用或披露您的医疗信息用于如下情况: 用作研究目的; 向处理和监督器官捐献和移植的机构使用或披露您的医疗信息; 用作工人补偿或类似情况, 以遵守与提供工伤或职业病福利的工人补偿或类似情况相关的法律; 用作公共健康活动, 如, 防止或控制疾病、伤害或残疾; 用作报告药物滥用反应或产品问题; 用作通知相关人员召回他们正在使用的产品; 用作通知可能已经接触或存在感染或传播疾病风险的人; 向医疗检查人员提供您的医疗信息, 以便识别死亡人员或确定死因; 或向丧事人员提供您的医疗信息, 以便其履行职责。

患者权利

查阅: 您有权查看或获得您的健康信息副本, 但有少数例外。如需获取您的健康信息, 您须提交一份书面请求, 并根据本《通知》结尾提供的号码传真您的请求。

披露记录: 您有权获得一份披露清单, 该清单记载着我们或我们的业务合作伙伴对您的健康信息做出的一些披露。如您在 12 个月内不止一次地请求本记录, 我们可就回应这些额外请求向您收取合理的且以成本为基础的费用。

限制: 您有权请求我们对您的健康信息的使用或披露进行限制。我们不必同意您的要求, 除非在披露您的健康计划时, 您 (或您的健康计划除外, 代表您的某人士) 已经足额支付了您的医疗服务费用; 披露与付款或医疗操作相关, 或披露非法律另行规定的要求。但是, 如果我们同意您的限制, 我们会遵守该约定 (紧急情况除外)。

其他通讯方式: 您有权书面要求我们通过其他方式或书面请求中指定的其他地点与您就您的健康信息进行沟通。

修改: 您有权要求我们修改您的健康信息。您必须以书面形式作出要求, 且必须解释信息需要修改的原因。在某些情况下我们可以拒绝您的请求。

电子通知: 如您在我们的网页上或通过电子邮件 (电邮) 收到本《通知》, 经要求, 您有权获得一份书面形式的本《通知》。

问题与投诉

若您想了解更多有关我们隐私惯例的信息, 或您有任何疑问或疑虑, 请与我们联系。若您担心我们可能侵犯了您的隐私权, 您可以利用本通知末尾所载之联系信息, 向我们投诉。您也可以向美国卫生与公众服务部民权办公室提交书面投诉, 方式是写信到 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, 致电 1-877-696-6775, 或者访问 www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints 如您选择对我们或美国卫生和人类服务部提交投诉信, 我们不会以任何方式进行报复。

联系人员: HIPAA 官员

电话: 888-833-8441

传真: 888-330-4331

电子邮箱: HIPAAOfficer@mobiledentists.com

有效日期: 2022 年 11 月 1 日