



請將此表格交給牙醫

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. 父母或監護人：

貴子女於 __-__-__ 在學校接受了牙科檢查，並需要額外的牙科護理。請將此表格交給您孩子的牙醫。如需協助獲得牙科保險，請詢問您學校的家長協調人員或致電 311。

需要緊急牙科治療
請在 7 天內帶您的孩子去看牙醫。

需要非緊急牙科治療
請務必在 30 天內帶您的孩子去看牙醫。您可以：

帶您的孩子去看您社區中的牙醫。

--或--

讓您的孩子在學校接受牙科護理。請參閱隨附的資訊。

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: _____