

Բերանի Առողջապահության Գնահատման Ձև

Քալիֆորնիայի օրենքի համաձայն (*Կրթական Օրենսգիրքի Հատված 49452.8*), ձեր երեխան պետք է ատամների քննության ենթարկվի իր հանրային դպրոց հաճախելու առաջին տարվան **Մայիս 31**-ից առաջ: Քննությունը պետք է կատարի իր մասնագիտության գծով գործող և Քալիֆորնիայի մեջ արտոնագրված ատամների մի մասնագետ , որ նաև պետք է լրացնի այս ձևի 2-րդ Բաժինը:

Բաժին 1: Տեղեկություն Երեխայի Մասին (Լրացրած ծնողի կամ խնամակալի միջոցով)

Երեխայի Անունը`	Մականունը`	Միջնանունի սկզբնատառը`	Երեխայի ծննդյան թվականը`
Հասցե`			Յարկաբաժին`
Քաղաք`			Թղթատարական Թվանիշ (<i>գիփ քոստ</i>)`
Դպրոցի Անունը`	Ուսուցիչի`	Դասարանը`	Երեխայի Սեռը` <input type="checkbox"/> Տղա <input type="checkbox"/> Աղջիկ
Ծնողի/Խնամակալի Անունը`	Երեխային ցեղային/ազգային ծագումը <input type="checkbox"/> Սպիտակ <input type="checkbox"/> Մեկ/Ափրոամերիկացի <input type="checkbox"/> Սպանախոս/Լատինամերիկացի <input type="checkbox"/> Ասիացի <input type="checkbox"/> Բնիկ Ամերիկացի <input type="checkbox"/> Բազմացեղ <input type="checkbox"/> Այլ _____ <input type="checkbox"/> Բնիկ Հաուայիցի/Խաղաղ Ովկիանոսցի <input type="checkbox"/> Անձանոթ		

Բաժին 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)

Բերանի Առողջապահության Տեղեկոյթի Հավաքում (Կամրոջանա Քալիֆորնիայի մեջ արտոնագրված ատամների մասնագետի միջոցով)

IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.

ԿԱՐԵՎՈՐ ԾԱՆՈԹՈՒԹՅՈՒՆ՝ Առանձին ուշադրություն դարձրեք ամեն մեկ քառակուսիի: Նշեք Յուրաքանչյուր քառակուսի:

Assessment Date: Գնահատման Թվական`	<u>Caries Experience</u> Ատամի <u>Ոսկրափտություն</u> (Visible decay and/or fillings present) (Կայ ակնհայտ փտություն և/կամ լցոններ) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<u>Visible Decay Present:</u> <u>Առկա է Ակնհայտ Փտություն</u> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<u>Treatment Urgency:</u> <u>Բուժման Հրատապությունը`</u> <input type="checkbox"/> No obvious problem found <input type="checkbox"/> Որևէ նկատելի խնդիր գտնված չէ <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation) <input type="checkbox"/> Կհանձնարարվի կանուխ ատամնաբուժական խնամք (Առանց ցավի կամ վարակի ոսկրափտություն կամ երախան պիտի օգտվի գնումներից կամ հաւելյալ գնահատումից) <input type="checkbox"/> Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions) <input type="checkbox"/> Կարիք կա հրատապ խնամքի (ցավ, վարակ, ուռուցք կամ փափուկ հյուսվածքների ախտահարում)
<p>_____ Licensed Dental Professional Signature <i>Արտոնագրված Ատամների Մասնագետի Ստորգրք.</i></p> <p>_____ CA License Number <i>Քալիֆորնիայի Արտոնագրի Թիվ</i></p> <p>_____ Date <i>Ամսաթիվ</i></p>			

