

ԽՈՐՀՐԴԻ ԱՆԴՊՄՆԵՐ

JACKIE GOLDBERG, PRESIDENT
KELLY GONEZ
DR. GEORGE J. MCKENNA III
NICK MELVOIN
TANYA ORTIZ FRANKLIN
DR. ROCÍO RIVAS
SCOTT M. SCHMERELSON



ԼՈՍ ԱՆՉԵԼԵՍԻ ՄԻԱՅՅԱԼ ԳՊՐՈՑԱԿԱՆ
ՇՐՋԱՆ
ՎԱՐՉԱԿԱՆ ԳՐԱՄԵՆՅԱԿՆԵՐ

333 South Beaudry Avenue, 24th Floor
Los Angeles, California 90017
<եռախոս՝ (213) 241-7000 | Ֆաքս՝ (213) 241-8442

ALBERTO M. CARVALHO
ՎԵՐԱԿԱՅՈՒ

ԼԱՄԴԾ-ի նախապատրաստական կամ 1-ին դասարանի աշակերտի հարգելի ծնող/օրինական խնամակալ/կրթական իրավունքների կրող (ծնող)

Ձեր երեխայի դպրոցը կարող է հնարավորություն ունենալ տեղում անցկացնել անվճար **ԱՏԱՄԱՐՈՒԺԱԿԱՆ ՉՆՆՈՒՄ** նախապատրաստական կամ 1-ին դասարանի աշակերտների համար լիցենզավորված ատամնաբույժի կամ գրանցված ատամնաբուժական մասնագետի կողմից: Այս սքրինինգային միջոցառման նպատակն է բացահայտել երեխայի ատամնաբուժական կարիքները, կապ հաստատել բժշկական ծառայության հետ և վերացնել ուսման համար առողջական խոչընդոտները: Եթե ձեր երեխան հետազոտվի և պարզվի, որ նա ունի հրատապ խնդիր, նրան կտրվի համապատասխան նամակ տուն տանելու համար: Եթե դուք նման նամակ ստանաք, կարևոր է, որ երեխային տանեք ատամնաբուժական մասնագետի մոտ՝ հետազոտման համար:

Դպրոցում ատամնաբուժական սկրինինգին մասնակցելը բազմաթիվ առավելություններ ունի.

- ✓ Պետք չէ ազատ ժամեր վերցնել աշխատանքից
- ✓ Չկան բաց թողնված աշխատանքային կամ դպրոցական օրեր ձեր կամ երեխայի (երեխաների) համար
- ✓ **ԱՆՎՃԱՐ** ատամնաբուժական հետազոտություն լիցենզավորված ատամնաբույժի կողմից
- ✓ Սքրինինգի ժամանակ ոչ մի գործիք չի օգտագործվելու, պարզապես արագ նայելու են ձեր երեխայի ատամներին
- ✓ Անհրաժեշտության դեպքում **ԱՆՎՃԱՐ** ուղեգիր ատամնաբույժի մոտ

Այս անվճար ատամնաբուժական զննման միջոցառումների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք սկանավորել այս QR կոդը.

Կամ այցելեք <http://achieve.lausd.net/dentalscreening>:



Եթե ցանկանում եք, որ ձեր երեխան մասնակցի ատամնաբուժական զննումին, ՀԱՎԵԼՅԱԼ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆ ՊԵՏՔ ՉԷ: Երեխայի անունը, ծննդյան ամսաթիվը, դասարանը, դպրոցի անունը և ձեր անունը, հեռախոսահամարը և հասցեն ինքնաբերաբար կփոխանցվեն զննումն անցկացնող բուժաշխատող(ներ)ին:

Եթե դուք *ՉԵՔ* ցանկանում, որ ձեր երեխան անցնի ատամնաբուժական զննում, խնդրում ենք լրացնել այս նամակի ներքևի մասը և այն վերադարձնել դպրոց *ոչ ուշ, քան ուրբաթ, սեպտեմբերի 13, 2024թ.*: Այս վերջնաժամկետից *հետո* ստացված ձևաթղթերը կարող են չկանխել ծառայությունների մատուցումը:

Լրացրեք և ստորագրեք ձևաթուղթն այս գծի տակ միայն այն դեպքում, եթե չեք ցանկանում, որ երեխան ատամնաբուժական զննում անցնի:

Աշակերտի անուն, ազգանուն՝ _____ Ծնվ.՝ _____

Ես **ՉԵՔ** ցանկանում, որ իմ երեխան մասնակցի դպրոցի անվճար ատամնաբուժական ստուգմանը:

*Ծնողի ստորագրություն _____ Ամսաթիվ

***Անօթևան աշակերտների համար,** Կալիֆորնիայի օրենքի համաձայն, ընտանիքները **պետք է համաձայնեն տեղեկատվության փոխանակումը:** Եթե ցանկանում եք, որ ձեր երեխան մասնակցի, կարող եք թույլատրել ԼԱՄԴԾ-ին տեղեկատվություն տրամադրել լիցենզավորված բուժաշխատողին՝ լրացնելով ստորև բերված տվյալները և ուղարկելով այս ձևի պատճենը երեխայի դպրոց **ոչ ուշ, քան ուրբաթ, սեպտեմբերի 13, 2024թ.**:

*Ծնողի անունը, ազգանունը տպատառերով

*Ծնողի ստորագրություն

Ամսաթիվ

*Աշակերտի անունը, ազգանունը և ծննդյան ամսաթիվը (ամիս/օր/տարի)տպատառերով

Դպրոցի անվանում

For Office Use Only: MiSiS Instructions: MiSiS -> Miscellaneous tab -> Health Screening -> External Partners -> External Partner Dental Screening -> select -> Opt Out (drop down menu)