

ԽՈՐՀՐԴԻ ԱՆԴԱՄՆԵՐ

SCOTT M. SCHMERELSON, ՆԱԽԱԳԱՀ
KELLY GONEZ
KARLA GRIEGO
SHERLETT HENDY NEWBILL
NICK MELVOIN
TANYA ORTIZ FRANKLIN
DR. ROCÍO RIVAS



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
ADMINISTRATIVE OFFICES
333 South Beaudry Avenue, 24th Floor
Los Angeles, California 90017
<եռախոս> (213) 241-7000 | <ֆաքս> (213) 241-8442
ALBERTO M. CARVALHO
ՎԵՐԱԿԱՑՈՒ

LAUSD-ի ատամնաբուժական զննման ծարայությունից հրաժարում

Անցումային մանկապարտեզի, նախապատրաստական կամ 1-ին դասարանի ԼԱՄԴՇ-ի աշակերտի հարգելի ծնող/օրինական խնամակալ/կրթական իրավունքների կրող (ծնող)

Ձեր երեխայի դպրոցը կարող է հնարավորություն ունենալ տեղում անցկացնել անվճար **ԱՏԱՄՆԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԶՆՆՈՒՄ** 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

ԱՏԱՄՆԱԲՈՒԺԱԿԱՆ



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 ԶԷ: 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 մասնակցի ատամնաբուժական զննումին, խնդրում ենք լրացնել այս նամակի ստորև բերված հատվածը և այն վերադարձնել դպրոց **մինչև սեպտեմբերի երկրորդ շաբաթը:** Այս վերջնաժամկետից **հետո** ստացված ձևաթուղթը կարող է 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 ԼԱՄԴՇ-ին տեղեկատվություն տրամադրել լիցենզավորված բուժաշխատողին՝ լրացնելով ստորև բերված տվյալները և ուղարկելով այս ձևի պատճենը դպրոց **ոչ ուշ, քան սեպտեմբերի առաջին շաբաթը:**

*Ծնողի անունը, ազգանունը տպատառերով

*Ծնողի ստորագրություն

Ամսաթիվ

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

Դպրոցի անվանում

For Office Use Only: To input Information into MiSiS -> Miscellaneous tab -> Health Screening->Scroll Middle of Page-
External Partner Dental (select from drop down menu)-Opt-in

LAUSD Dental Screening Opt-out (Armenian)