DREJTORIA ARSIMORE E FILADELFIAS

The School District of Philadelphia

RAPORT I KONTROLLIT DENTAR PRIVAT/*REPORT OF PRIVAT DENTAL EXAMINATION*

Shkolla */Name of School*	ID Nxënësit */Student ID*	Data e Lëshimit*/Date Issued*

Emri i Nxënësit */Name of Student*	Datëlindja */DOB*	Dhoma/Libri */Rm/Sec/Bk)*	Klasa */Grade*

PER DENTISTIN/***To the dentist***

Ligji i Pensilvanisë kërkon që fëmijët të cilët ndjekin shkollën, t'ëmarrin kontroll periodik dentar sipas intervaleve t'ëcaktuara (kur fillojnë shkollën, në klasën e tretë dhe në klasën e shtatë). Këto kontrolle janë ëkërkesë për ndjekjen e shkollës. Pagesat për këto kontrolle janë përgjegjësi e prindit/kujdestarit. Nëse familja e nxënësit nuk ka siguracion shëndeti, infermieri i shkollës do ta ndihmojë familjen t'ëaplikojë për siguracion shëndeti. Ju kutemi jepni një kopje t'ëkontrollit, ose i mbani në rekorde t'ë dhënat e mëposhtëme. Ju faleminderit për bashkëpunimin tuaj./ Pennsylvania law requires that students attending school in the Commonwealth receive periodic dental examinations at stated intervals (upon original entry, while in third grade, and while in seventh grade). These examinations are required for school attendance. Payment for these examinations is the responsibility of the parent/guardian. If the student/family does not have health insurance, the school nurse will help the family apply for health insurance. Please attach a copy of the student's dental examination or record the data below. Thank you for your cooperation.

Nën trajtim/Puna ka filluar*/Under Treatment/Work Begun*	**Punë e kryer/Nuk ka nevojë për trajtim *Complete of Work/No Treatment Necessary***
Data e fillimit t'ëpunës */Date Work Begun*	☐ Nuk ka nevojë për trajtim*/No treatment Required now*
Takimi i ardhshëm i planifikuar */Scheduled follow-up appointments*	☐ Të gjitha punët dentare janë kryer */All necessary dental work completed*
Data e kontrolit dentar */Date of dental exam*	Pritet t'ëpërfundojë në datën */Expected completion date*

Komente/Trajtime nëVazhdim/Udhëzime t'ëVeçanta për shkollën*/Comments/follow-up treatment/Special instructions to school*

Emri i dentistit */Name of dentist*	Telefon */Telephone*
Firma e dentistit */Signature of dentist*	Data e firmosjes */Date signed*
Adresa */Address*	Faks */Fax*

E Rëndësishme:/*Important*:
Kthejeni këtëformular tek:/*Return this form to:*

_____
Infermieri i Shkollës */Certified school nurse/practitioner*

_____
Shkolla/*School*

_____
Adresa e Shkollës */School Address*

_____
Telefon */Telephone*

Për informacione dhe dokumente t'ëtjerë t'ëpërkthyera nëGjuhën Shqipe, ju lutemi vizitoni uebsajtin: www.philasd.org/language/albanian