



فحص الأسنان المجاني/الاطلاء بالفلورايد قسمة الموافقة للبرنامج

تقدم فحوصات الأسنان المجانية وخدمات المعالجة بالفلورايد الان في مدرسة طفلك. تعد المعالجة بالفلورايد طريقة سريعة وسهلة لحماية الأسنان من التسوس. يقوم بالفحص وعلاج بالفلورايد مختصو رعاية أسنان لما يصل عدده إلى أربعة مرات سنويا.

اسم الطفل: _____		
(الاسم المفضل)	(اللقب)	(الاسم الأول)
تاريخ الميلاد / الشهر / السنة	/	الجنس: □ ذكر □ أنثى

فحص الأسنان: هو نظرة سريعة داخل فم طفلك لفحص كامل صحة أسنانهم

نعم لا

طلاء الفلورايد: يوضع على الأسنان لمنع حصول التسوس

نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، فيرجى إكمال تعبئة المعلومات المطلوبة والتوقيع أدناه.

معلومات الاتصال	
الوالد/الوصي القانوني:	
أفضل رقم هاتف للاتصال بك:	موافقتك على تلقي رسائل نصية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
عنوان البريد الإلكتروني:	
العنوان البريدي:	

يرجى تزويدنا بالمعلومات التالية من أجل خدمة طفلك على النحو الأفضل:

يتناول ولدي أدوية (أدرج أسماء الأدوية):	لا شيء: <input type="checkbox"/>
يعاني ولدي من حساسية من التالي:	لا شيء: <input type="checkbox"/>
هل هنالك أية مشاكل طبية حالية:	لا شيء: <input type="checkbox"/>
معلومات أخرى لتساعدنا على خدمة أطفلك على النحو الأفضل:	لا شيء: <input type="checkbox"/>

يرجى إكمال القسم أدناه. لن تصلك فاتورة.

هذه الخدمات مجانية!	التأمين الصحي:
	<input type="checkbox"/> الرقم التعريفي في Medicaid Oregon Health Plan (OHP) _____
	<input type="checkbox"/> شركة تأمين أسنان خاصة _____ <input type="checkbox"/> لا يوجد تأمين صحي

بتوقيعي أدناه:

بصفتي الوالد(ة)/الوصي القانوني، فأنا أوافق بموجب هذا على نشر المعلومات وتبادلها، بما في ذلك أية معلومات صحية شخصية ذات صلة فيما يتعلق بالخدمات المقدمة، بين كادر طب الأسنان، كادر المدرسة، القطاع المدرسي لمدرسة طفلك المستقبلية أو ESD، شركات التأمين، طبيب أسنان الطفل، منظمة الرعاية المنسقة (Coordinated Care Organization) المعنية و/أو منظمة رعاية الأسنان (Dental Care Organization) الموجودة في السجل. لقد استلمت نسخة من "إخطارات ممارسات الخصوصية". تتوفر ممارسات الخصوصية على الموقع الإلكتروني الخاص بدينتال 3 <http://dental3.net/forms>. كما أفهم أنه قد يقدم العلاج طالب في مجال طب الأسنان أو التمريض تحت إشراف مهني مجاز في طب الأسنان عن كثب.

توقيع الوالد(ة)/الوصي _____ التاريخ _____