

يُرجى ملء المعلومات أدناه والتوقيع عليها وإعادتها إلى مدرسة طفلك.

الاسم الأول واسم العائلة للطفل: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

ما العلاجات التي يتم توفيرها من خلال برنامج 802 Smiles Dental Health Program لطفلي؟

يقدم برنامج 802 Smiles Dental Health Program في مدرستك فحوصات الأسنان وتنظيفها وورنيش الفلورايد وفلورايد ثنائي أمين الفضة (SDF) (محتوى باللغة الإنجليزية) وواقبات تسوس الأسنان (محتوى باللغة الإنجليزية). للحصول على فلورايد ثنائي أمين الفضة (SDF)، تحتاج إلى ملء نموذج موافقة إضافي؛ اقرأ المزيد عن علاج فلورايد ثنائي أمين الفضة (SDF) في هذا النموذج.

نوصي بأن يتلقى طفلك الرعاية من خلال عيادة الأسنان المتواجدة لديك، إذا كان لديك واحدة، وليس من خلال برنامج 802 Smiles Dental Health Program بمدرستك.

الموافقة على العلاج:

نعم، أريد أن يشارك طفلي في برنامج 802 Smiles Dental Health Program. أدرك أنه إذا كان هناك طبيب أسنان مدرج في هذا النموذج، فسوف يحصل على تقرير بالنتائج من أخصائي صحة الأسنان في برنامج 802 Smiles. أدرك أن طفلي قد يتلقى أيًا من الخدمات التالية أو جميعها بناء على تقييم أخصائي صحة الأسنان في 802 Smiles، دون استشارة طبيب الأسنان:

- فحص الأسنان
- ورنيش الفلورايد
- فلورايد ثنائي أمين الفضة
- تنظيف الأسنان
- واقبات تسوس الأسنان

لا، لا أريد أن يشارك طفلي في برنامج 802 Smiles Dental Health Program.

الموافقة على مشاركة المعلومات:

مع طبيب الأسنان لطفلك: إذا كان لدى طفلك طبيب أسنان مسجل واخترت الحصول على رعاية الأسنان من خلال برنامج 802 Smiles، فستتم مشاركة المعلومات حول الخدمات المقدمة معه. مشاركة المعلومات هذه إلزامية:

نعم، أريد مشاركة معلومات طفلي مع طبيب الأسنان المسجل في الملف.

لا، لا أريد في مشاركة معلومات طفلي مع طبيب الأسنان المسجل في الملف. أدرك أن طفلي لن يتلقى رعاية الأسنان من خلال برنامج 802 Smiles.

مع Vermont Department of Health (وزارة الصحة في فيرمونت): تود Vermont Department of Health (وزارة الصحة في فيرمونت) استخدام معلومات طفلك لتقييم فعالية هذا البرنامج. هل ستمنح الإذن أيضًا لأخصائي صحة الأسنان في 802 Smiles لمشاركة سجلات علاج أسنان طفلك مع Vermont Department of Health (وزارة الصحة في فيرمونت)؟ هذه المشاركة اختيارية:

نعم، أسمح لأخصائي صحة الأسنان في 802 Smiles بمشاركة سجلات أسنان طفلي مع Vermont Department of Health (وزارة الصحة في فيرمونت).

لا، لا أسمح لأخصائي صحة الأسنان في 802 Smiles بمشاركة سجلات أسنان طفلي مع Vermont Department of Health (وزارة الصحة في فيرمونت).

يُرجى وضع علامة هنا إذا كنت أحد الوالدين بالتبني، أو إذا كنت قد شاركت حضانة هذا الطفل:

توقيع ولي الأمر/الوصي: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

اسم ولي الأمر/الوصي بأحرف واضحة: \_\_\_\_\_

إذا منحت الإذن لطفلك بالمشاركة في برنامج 802 Smiles Dental Health Program، فيُرجى المتابعة إلى الصفحة التالية.

## تاريخ أسنان الطفل:

متى كانت آخر زيارة لطبيب الأسنان لطفلك؟

- خلال العام الماضي  منذ أكثر من عام  لم يذهب إلى طبيب الأسنان

من هو طبيب الأسنان الأساسي لطفلك إذا كان لديه طبيب أسنان؟

ما نوع تأمين الأسنان الذي يتمتع به طفلك؟ لن يُحرم أي طفل من الخدمة بسبب التغطية التأمينية. لاحظ أن أخصائي صحة الأسنان في 802 Smiles قد يقوم بإصدار فاتورة لبرنامج Medicaid مقابل الخدمات المقدمة لطفلك.

- Medicaid/Dr. Dynasaur – رقم معرف Medicaid الخاص بطفلك: \_\_\_\_\_  
 تأمين الأسنان الخاص (مثل Delta Dental) Tricare   
 لا يوجد تأمين  غير ذلك \_\_\_\_\_  
 لا أعلم

هل يعاني طفلك من أي حساسية؟ (مثل الأدوية، والأطعمة، والمطاط، والفضة، وما إلى ذلك)  نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، فما نوعها؟ \_\_\_\_\_

## التاريخ الطبي للطفل:

هل يعاني طفلك من حالة صحية أو إعاقة جسدية أو عقلية أو تعليمية أو عاطفية؟

- نعم  لا  لا أعرف  أفضل عدم الإجابة

إذا كانت إجابتك على السؤال السابق بنعم، فكيف يمكننا استيعاب طفلك بشكل أفضل في أثناء زيارته لطبيب الأسنان؟ \_\_\_\_\_

## معلومات ديموغرافية اختيارية:

الجنس المحدد عند الولادة:  ذكر  أنثى  غير ثنائي  أفضل عدم الإجابة

السؤال التالي يسأل عن الهوية العرقية والإثنية لطفلك. نطرح هذا السؤال لأننا نريد التأكد من أن برنامجنا يخدم الأشخاص من جميع الأعراق والأجناس. نتفهم أن خيارات الإجابة قد لا تمثل هوية طفلك بدقة.

أي مما يلي أفضل وصف لطفلك؟ (يرجى التحقق من كل ما ينطبق.)

- أبنياكي أو هوية أمريكية أصلية أخرى أو من سكان ألاسكا الأصليين  
 آسيوي أو أمريكي آسيوي، على سبيل المثال، صيني أو آسيوي هندي أو نيبالي أو فييتنامي  
 أسود أو أمريكي من أصل أفريقي  
 إسباني أو لاتيني، على سبيل المثال، مكسيكي، أو فنزويلي، أو برازيلي  
 شرق أوسطي أو شمال أفريقي (تابع القائمة في الصفحة التالية)

- من سكان هاواي الأصليون أو جزر المحيط الهادئ الأخرى
- أبيض أو أمريكي من أصل أوروبي
- عرق أو أصل عرقي إضافي، يُرجى مشاركته: \_\_\_\_\_
- أفضل عدم الإجابة

هل هناك أي شيء آخر تريد منا معرفته عن طفلك؟

---

---

---

أعد النموذج المكتمل بعد توقيعه إلى مدرسة طفلك.