

لطفاً اطلاعات زیر را تکمیل نمایید، امضا کنید و آن را به مدرسه فرزندتان برگردانید.

نام و نام خانوادگی کودک: \_\_\_\_\_ تاریخ تولد: \_\_\_\_\_

### چه خدماتی از طریق برنامه 802 Smiles Dental Health فرزندم ارائه می‌شود؟

برنامه 802 Smiles Dental Health مدرسه شما غربالگری دندان، جرم‌گیری دندان و وارنیش فلوراید (در صورت وجود) را ارائه می‌دهد.

توصیه می‌کنیم که فرزند شما در صورت داشتن دندانپزشک ثابت، مراقبت‌های خود را از طریق آن دندانپزشک دریافت کند، نه از طریق برنامه 802 Smiles Dental Health مدرسه.

### رضایت به درمان:

**بله**، می‌خواهم فرزندم در برنامه 802 Smiles Dental Health شرکت کند. می‌دانم که اگر دندانپزشک در این فرم ذکر شده باشد، گزارش یافته‌های کمک‌دندانپزشک برنامه 802 Smiles را دریافت خواهد کرد. می‌دانم که بر اساس ارزیابی کمک‌دندانپزشک برنامه 802 Smiles، ممکن است فرزندم هر یک یا همه خدمات زیر را بدون نیاز به مشورت با دندانپزشک دریافت کند:

- غربالگری دندان
- جرم‌گیری دندان
- وارنیش فلوراید

**خیر**، نمی‌خواهم فرزندم در برنامه 802 Smiles Dental Health شرکت کند.

### رضایت به اشتراک‌گذاری اطلاعات:

با دندانپزشک فرزندتان: اگر فرزند شما از قبل یک دندانپزشک تعیین شده دارد و شما تصمیم می‌گیرید که از طریق برنامه 802 Smiles مراقبت‌های دندانپزشکی دریافت کنید، اطلاعات مربوط به خدمات ارائه شده با دندانپزشک او به اشتراک گذاشته خواهد شد. این اشتراک‌گذاری اطلاعات اجباری است:

**بله**، می‌خواهم اطلاعات فرزندم با دندانپزشک تعیین شده او به اشتراک گذاشته شود.

**خیر**، نمی‌خواهم اطلاعات فرزندم با دندانپزشک تعیین شده او به اشتراک گذاشته شود. می‌دانم که فرزندم مراقبت دندانپزشکی از طریق برنامه 802 Smiles دریافت نخواهد کرد.

با اداره بهداشت ورمونت: اداره بهداشت ورمونت می‌خواهد از اطلاعات فرزند شما برای ارزیابی اثربخشی این برنامه استفاده کند. آیا به کمک‌دندانپزشک برنامه 802 Smiles نیز اجازه می‌دهید که پرونده‌های درمان دندانپزشکی فرزند شما را با اداره بهداشت ورمونت به اشتراک بگذارد؟ این اشتراک‌گذاری اختیاری است:

**بله**، اجازه می‌دهم کمک دندانپزشک برنامه 802 Smiles پرونده‌های درمان دندانپزشکی فرزند من را با اداره بهداشت ورمونت به اشتراک بگذارد.

**خیر**، اجازه نمی‌دهم کمک دندانپزشک برنامه 802 Smiles پرونده‌های درمان دندانپزشکی فرزند من را با اداره بهداشت ورمونت به اشتراک بگذارد.

اگر شما ولی خوانده یا دارای حضانت مشترک این کودک هستید، لطفاً اینجا را علامت بزنید:

امضای ولی/قیم: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

نام ولی/قیم با حروف بزرگ: \_\_\_\_\_

اگر به فرزند خود اجازه می‌دهید تا در برنامه 802 Smiles Dental Health شرکت کند، لطفاً به صفحه بعد بروید.

### سابقه دندانپزشکی کودک:

آخرین ویزیت دندانپزشکی فرزند شما چه زمانی بوده است؟

- در یک سال گذشته  بیش از یک سال پیش  هرگز به دندانپزشک مراجعه نکرده است

دندانپزشک اصلی فرزند شما در صورت وجود کیست؟

فرزند شما چه نوع بیمه دندانپزشکی دارد؟ هیچ کودکی به دلیل پوشش بیمه‌ای از خدمات محروم نخواهد شد. توجه داشته باشید که بهداشتکار دهان و دندان Smiles 802 ممکن است هزینه خدمات ارائه شده به فرزند شما را از Medicaid درخواست کند.

- Medicaid/دکتر Dynasaur – شماره شناسه Medicaid فرزند شما: \_\_\_\_\_  
 بیمه دندانپزشکی خصوصی (مثلاً Delta Dental)  Tricare  بدون بیمه  
 نمی‌دانم  سایر \_\_\_\_\_

آیا فرزند شما به چیزی حساسیت دارد؟ (به‌عنوان مثال، دارو، غذا، لاتکس، نقره و غیره)  بله  خیر

اگر بله، چه نوعی؟ \_\_\_\_\_

### سابقه پزشکی کودک:

آیا فرزند شما دارای یک بیماری جسمی، روانی، یادگیری یا عاطفی یا معلولیت است؟

- بله  خیر  نمی‌دانم  ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

اگر به سوال قبلی پاسخ «بله» دادید، چگونه می‌توانیم کودک شما را در طول مراجعه دندانپزشکی بهتر پشتیبانی کنیم؟ \_\_\_\_\_

### اطلاعات جمعیت‌شناختی اختیاری:

جنسیت تعیین شده در بدو تولد:  مرد  زن  غیرباینری  ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

سوال بعدی در مورد هویت نژادی و قومی فرزند شما می‌پرسد. ما این سوال را می‌پرسیم زیرا می‌خواهیم مطمئن شویم که برنامه ما به افراد از همه نژادها و قومیت‌ها خدمات ارائه می‌دهد. ما درک می‌کنیم که گزینه‌های پاسخ ممکن است به‌درستی هویت فرزند شما را نشان ندهند.

کدام یک از موارد زیر فرزند شما را به بهترین وجه توصیف می‌کند؟ (لطفاً همه موارد مربوط به آن را علامت بزنید.)

- آبنکی یا هویت دیگری از بومیان آمریکا یا آلاسکا  
 آسیایی یا آسیایی-آمریکایی، مانند چینی، هندی، نیپالی یا ویتنامی  
 سیاه‌پوست یا آفریقایی آمریکایی  
 اسپانیایی یا لاتین، لاتینا یا لاتینکس، مانند مکزیکی، ونزوئلایی یا برزیلی  
 خاورمیانه‌ای یا شمال آفریقایی (فهرست در صفحه بعد ادامه دارد)

هاوایی بومی یا جزیره دیگری از اقیانوسیه

سفیدپوست یا اروپایی آمریکایی

نژاد یا قومیت دیگری، لطفاً به اشتراک بگذارید: \_\_\_\_\_

ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

آیا چیز دیگری وجود دارد که بخواهید در مورد فرزندتان بدانیم؟

---

---

---

فرم تکمیل‌شده و امضا شده را به مدرسه فرزندتان برگردانید.