



Protecting All Smiles જાહેર આરોગ્ય દંત સ્વચ્છતા

માતાપિતા/વાલી સંમતિ ફોર્મ: (કૃપા કરીને સ્પષ્ટપણે લખવું અને આખું ફોર્મ ભરવું)

આવતીકાલે તમારા બાળકના ટીચરને પરત કરવું. બાળક દીઠ એક ફોર્મ.

વધારાના ફોર્મ અમારી વેબસાઇટ: protectallsmiles.com પર ઉપલબ્ધ છે

તમામ માહિતીને ગુપ્ત રાખવામાં આવે છે.

તારીખ: _____

બાળકનું નામ: _____ બાળકનું ઉપનામ, જો કોઈ હોય તો: _____

પ્રથમ નામ

વચ્ચેના નામનો શરૂઆતનો અક્ષર

અંતિમ નામ

સરનામું: _____

સ્ટ્રીટ/એપાર્ટ#

સિટી

રાજ્ય

ઝીપ કોડ

ઘરનો ટેલિફોન: _____ : વાલીનો સેલ: _____ ઇમરજન્સી સંપર્ક નામ/નંબર: _____

ઇમેઇલ એડ્રેસ: _____

જન્મ તારીખ: ____ / ____ / ____ ઉંમર: ☐ પુરુષ ☐ સ્ત્રી બાળકનો ગ્રેડ _____ બાળકનો રૂમ #: _____

જાતિ/વંશીયતા (ફક્ત આંકડાકીય કારણોસર)

☐ હિસ્પેનિક/લેટિનક્સ ☐ બ્લેક/આફ્રિકન ☐ અમેરિકન ભારતીય/અલાસ્કા મૂળ ☐ એશિયન ☐ મૂળ હવાઇયન અથવા અન્ય પેસિફિક આઇલેન્ડર ☐ વ્હાઇટ/કોકેશિયન ☐ અન્ય

બાળક ઘરમાં કઈ ભાષા બોલે છે? _____

મેડિકલ ઇતિહાસ: જો કે ડેન્ટલ કર્મચારી મુખ્યત્વે મોની અંદર અને તેની આસપાસની જગ્યાની સારવાર કરે છે, મોં એ આખા શરીરનો ભાગ ગણાય છે. આરોગ્યને લગતી સમસ્યાઓ અથવા લેવામાં આવતી દવાઓ તમારા બાળકને પ્રાપ્ત થનારી દંત ચિકિત્સા સાથે મહત્વપૂર્ણ આંતરિક સંબંધ હોઈ શકે છે. નીચેના પ્રશ્નોના જવાબ આપવા બદલ આપણો આભાર.

- શું તમારું બાળક કોઈ દવા લઈ રહ્યું છે? હા / ના
- જો હા, તો દવાઓની યાદી આપવા વિનંતી: _____
- કોઈપણ એલર્જી વિશે જણાવવા વિનંતી: _____
- શું તમારું બાળક હાલમાં તપાસ (ચેકઅપ) ઉપરાંત કોઈ ડોક્ટરની દેખરેખમાં છે? હા / ના
- શું તમારા બાળકને નીચેનીમાંથી કંઈક છે: જો હા - તો તકલીફ પર સર્કલ કરવા વિનંતી

અસ્થમા	ધ્યાન-અભાવ વિકાર (ADD)/ ધ્યાન-અભાવ સક્રિયતા વિકાર (ADHD)	ઓટીટીસ	કેન્સર	ડાઉન સિન્ડ્રોમ	વાઈ (એપિલેપ્સી)	રક્તસાવની સમસ્યાઓ	હૃદયની સમસ્યાઓ
હૃદયનો અસામાન્ય અવાજ (ધબકારા)	ઇપેટાઈટિસ	લેટેક્સ એલર્જી	સંધિવા તાવ	ક્ષય રોગ (Tuberculosis)	ડાયાબીટીઝ	આંચકી	અન્ય, જણાવવા વિનંતી

દંત ઇતિહાસ:

- શું તમને ક્યારેય કહેવામાં આવ્યું છે કે તમારા બાળકને દાંતની કોઈપણ સારવાર પહેલાં એન્ટિબાયોટિક્સ લેવાની જરૂર છે? હા/ના
- તમારા બાળકને છેલ્લે ક્યારે દંત ચિકિત્સક/આરોગ્ય ચિકિત્સક પાસે લઈ ગયા હતા? કૃપા કરીને એક પર નિશાન કરો.

☐ 6 મહિના કે તેથી ઓછો
☐ 1 વર્ષથી વધુ, પરંતુ 3 વર્ષથી વધુ નહીં
☐ હજુ સુધી દંત ચિકિત્સક /આરોગ્ય ચિકિત્સક પાસે ગયો નથી

☐ 6 મહિનાથી વધુ, પરંતુ 1 વર્ષથી વધુ નહીં
☐ 3 વર્ષથી વધુ
☐ ખબર નથી/ચાદ નથી
- અગાઉ ડેન્ટલની મુલાકાત લીધેલ ડેન્ટલ ઓફિસનું નામ: _____
- છેલ્લા 6 મહિના દરમિયાન, શું તમારા બાળકને બટકું ભરતી કે ચાવતી વખતે એક કરતા વધુ વખત દાંતનો દુખાવો થયો હતો? હા/ના
- શું તમે કાયમી ડેન્ટલ હોમ શોધવામાં મદદ કરવા માંગો છો? હા / ના
- તમારા બાળકના દાંતને લઈને તમને શું ચિંતાઓ કે પ્રશ્નો છે? _____

*તમારી પાસે રહેલા વીમાના પ્રકાર પર નિશાન કરવા અને મેમ્બર નંબર # લખવા વિનંતી _____

☐ MassHealth



☐ ખાનગી વીમો (નામ)

☐ દાંતનો વીમો નથી

હું મારા બાળકને તબીબી નિવારક દાંતસંભાળને લગતી સેવાઓમાં ભાગ લેવા માટે પરવાનગી આપું છું. હું સમજું છું કે આ સંમતિ બે વર્ષ સુધી અમલમાં રહેશે. જો ડેન્ટલ સીલેંટ મૂકવામાં આવે છે, તો તેમની ફરીથી તપાસ કરવામાં આવશે અને જરૂરિયાત જણાતા આગામી મુલાકાતમાં બદલવામાં આવશે. તે માતાપિતા/વાલીઓની જવાબદારી છે કે તેઓ તેમના બાળકની તબીબી માહિતીને લગતા કોઈપણ ફેરફારની જાણ દંત પ્રદાતાને કરે. હું સમજું છું કે મારા બાળકના ડેન્ટલ ઇતિહાસ અને તારણોની એક નકલ અમારા સમુદાય ભાગીદારને પણ આપવામાં આવશે અને એમ કે મારા બાળકને લગતી તમામ માહિતીને ગુપ્ત રાખવામાં આવશે. જો મારી પાસે ડેન્ટલ વીમો હોય, તો હું ઈચ્છું છું કે આપવામાં આવતી કોઈ પણ સેવાઓને લગતા બિલની જાણ મારી વીમા કંપનીને કરવામાં આવે. Protecting All Smiles, LLC. તમારી નિયમિત ડેન્ટલ એપોઇન્ટમેન્ટમાં કોઈ દખલ ન ઊભો થાય તે માટેના દરેક પ્રયાસ કરશે. મને Protecting All Smiles, LLC. ની એક નકલ આપવામાં આવી છે. ગોપનીયતા પદ્ધતિઓની સૂચના. મેં ડેન્ટલ કાર્યક્રમ વિશે વાંચ્યું છે અને સમજું છે અને હું મારા બાળકને ભાગ લેવા માટે પરવાનગી આપું છું. હું ડેન્ટલ કાર્યક્રમને અધિકૃત કરું છું કે તેઓ જરૂરિયાત જણાતા મારા બાળકના રેકૉર્ડ દંત ચિકિત્સકને મોકલી શકે છે. Protecting All Smiles, LLC. પૂરી પાડવામાં આવેલ નિવારક સેવાઓનું બિલ સીધું કુટુંબને મોકલતું નથી. હું સમજું છું કે આ સેવાઓ જાહેર આરોગ્ય દંત ચિકિત્સક નિષ્ણાત દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવે છે અને તપાસ દંત ચિકિત્સક દ્વારા કરવામાં ડેન્ટલ તપાસનું કોઈ રિપ્લેસમેન્ટ નથી. દંત ચિકિત્સક દ્વારા ભલામણ કરવામાં આવે છે કે દર વર્ષે દંત તપાસ થવી જોઈએ.

X _____

માતાપિતા/વાલીનું નામ

માતાપિતા/વાલીની સહી