



Protecting All Smiles

صحة الأسنان إدارة الصحة العامة

استمارة موافقة ولي الأمر/ الوصي: (يرجى كتابة وإكمال الاستمارة بأكملها بوضوح)

أعد الاستمارة إلى معلم طفلك غذا. تخصص استمارة واحدة لكل طفل.

تتوافر استمارات إضافية على موقعنا الإلكتروني: protectingallsmiles.com

يتم الحفاظ على سرية جميع المعلومات.

التاريخ:

اسم الطفل: _____

الاسم الأول _____ الحروف الأولية للأوسط _____ الاسم الأخير _____

العنوان: _____

الشارع/ رقم الشقة _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

هاتف المنزل: _____ الهاتف الخليوي للوصي: _____ اسم/ هاتف جهة التواصل في حالة الطوارئ: _____

عنوان البريد الإلكتروني: _____

تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____ العمر: _____ ذكر ☐ أنثى ☐ الصف الخاص بالطفل _____ رقم غرفة الطفل: _____

العرق/ الأصل الإثني (أسباب إحصائية فقط)

☐ هسباني/ لاتيني ☐ ذوي البشرة السوداء/ أمريكي أفريقي ☐ أمريكي هندي/ سكان آلاسكا الأصليون ☐ آسيوي ☐ سكان هاواي الأصليون أو جزيرة أخرى بالمحيط الهادئ ☐ ذوي البشرة البيضاء/ قوقازي ☐ أخرى _____

ما هي اللغة التي يتحدث بها الطفل في المنزل؟ _____

التاريخ الطبي: على الرغم من قيام أطباء الأسنان بمعالجة المنطقة داخل وحول الفم بصورة أساسية، يعد الفم جزءاً من الجسد بأكمله. قد يكون للمشاكل الصحية أو الأدوية العلاجية التي يتناولها علاقة متبادلة مع خدمات صحة الأسنان التي سوف يحصل عليها طفلك.

1. هل يتناول طفلك أية أدوية علاجية؟ _____ نعم / لا

2. في حالة نعم، يرجى ذكر أية أدوية علاجية: _____

3. يرجى ذكر أية تفاعلات حساسية: _____

4. هل يخضع طفلك الآن لرعاية طبيبٍ خلاف مواعيد الفحص الدورية؟ _____ نعم / لا

5. هل يعاني طفلك من أي من الحالات الآتية: في حالة نعم – يرجى وضع دائرة على الحالة _____

مشاكل بالقلب	مشاكل نزيف	صرع	متلازمة داون	سرطان	توحد	ADD "اضطراب نقص الانتباه"/ADHD "اضطراب نقص الانتباه مع فرط الحركة"	ربو
أخرى، يرجى ذكرها	تشنجات	السكري	داء السل	حمى الروماتيزم	حساسية من اللاتكس "المطاط"	التهاب كبدي	لعط القلب أو النفخة القلبية

تاريخ صحة الأسنان:

6. هل تم إخطارك سابقاً باحتياج طفلك إلى أخذ مضاد حيوي قبل تلقي أي علاج بالأسنان؟ _____ نعم / لا

7. كم مر من الوقت تقريباً منذ آخر زيارة لطفلك إلى طبيب الأسنان/ أخصائي صحي؟ _____ يرجى وضع علامة على أحد الاختيارات.

☐ 6 أشهر أو أقل ☐ أكثر من 6 أشهر، لكن ليس أكثر من عام واحد

☐ منذ أكثر من عام واحد، لكن ليس أكثر من 3 أعوام ☐ أكثر من 3 أعوام

☐ لم يسبق له الذهاب إلى طبيب أسنان/ أخصائي صحي ☐ لا أعلم/ لا أتذكر

اسم عيادة الأسنان الخاصة بتجارب علاج الأسنان السابقة: _____

8. خلال الـ 6 أشهر السابقة، هل عانى طفلك من ألم بالأسنان أثناء العض أو المضغ لأكثر من مرة؟ _____ نعم / لا

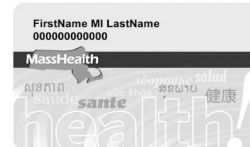
9. هل تريد مساعدة في العثور على رعاية منزلية دائمة للأسنان؟ _____ نعم / لا

10. ما هي مخاوفك أو الأسئلة التي تراودك بخصوص أسنان طفلك؟ _____

برجاء وضع علامة على نوع التأمين التابع لك مع كتابة رقم العضوية # _____

☐ لا يوجد تأمين على الأسنان

☐ تأمين خاص (الاسم) _____



MassHealth ☐

أنا أعطي الإنن لطفلي للحصول على الخدمات الأكاديمية لرعاية الأسنان. أنا أدرك أن هذه الموافقة سوف تظل سارية لمدة عامين. في حالة وضع مناعنات تسرب الأسنان، سوف يتم فحصها مرة أخرى في الزيارة القادمة مع استبدالها عند الحاجة. يتحمل أولياء الأمور/ الأوصياء مسئولية إخطار مقدم خدمات رعاية الأسنان بأية تغييرات في البيانات الطبية للطفل. أنا أدرك أنه سيتم تقديم نسخة من تاريخ صحة أسنان طفلي مع النتائج إلى شريكنا المجتمعي وبأنه سيتم الاحتفاظ بسرية جميع المعلومات التي تخص طفلي. إذا كان لدي تأمين على الأسنان، فإني أفوض شركة التأمين الخاصة بي بدفع أي فواتير عن أي خدمات مقدمة. سوف تبذل Protecting All Smiles, LLC. كل جهد ممكن لعدم التدخل مع مواعيدك المنتظمة لعيادة الأسنان. لقد تم منحي نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية التابع لـ Protecting All Smiles, LLC. لقد قمت بقراءة واستيعاب برنامج رعاية الأسنان وأنا أوافق على مشاركة طفلي. إنني أفوض برنامج رعاية الأسنان بإرسال أي إحالات إلى طبيب أسنان طفلي المسجل عند الاقتضاء. لا تقوم Protecting All Smiles, LLC بإلزام الأسر بدفع الفواتير عن الخدمات الوقائية التي نقدمها بشكل مباشر. أنا أدرك أن تلك الخدمات يتم تقديمها من قبل أخصائيو صحة الأسنان بإدارة الصحة العامة ولا يعد الفحص بديلاً عن فحص الأسنان المجرى من قبل طبيب الأسنان. يوصى بإجراء فحص الأسنان من قبل طبيب الأسنان كل عام.