

لطفاً معلومات ذیل را خانه پری کنید، امضاء کنید و آنرا به مکتب طفل تان برگردانید.

اسم و تخلص طفل: _____ تاریخ تولد: _____

کدام تداوی ها از طریق پروگرام صحت دندان 802 لیبند (Smiles Dental Health Program 802) طفل من فراهم میگردد؟

برنامه صحت دندان Smiles 802 مکتب شما بررسی های دندان، پاک کاری دندان، و لاک فلوراید (در صورت موجودیت) را ارائه میکند.

ما توصیه میکنیم که طفل شما از طریق داکتر دندان خانگی تان، اگر شما دارید، مراقبت دریافت کند، نه از طریق پروگرام صحت دندان 802 لیبند (Smiles Dental Health Program 802) مکتب تان.

رضایت به تداوی:

بلی، من می خواهم طفل من در پروگرام صحت دندان Smiles 802 اشتراک کند. من درک میکنم که اگر یک داکتر دندان در این فورم لیست شده باشد، آنها یک گزارش یافته ها را از متخصص حفظ الصحه دندان Smiles 802 بدست خواهند آورد. من درک میکنم که طفل من ممکن هر یک یا تمام خدمات ذیل را بر اساس ارزیابی متخصص حفظ الصحه دندان Smiles 802 بدون مشوره با یک داکتر دندان دریافت کند:

- بررسی دندان
- پاک کاری دندان
- لاک فلوراید

نخیر، من نمیخواهم که طفل من در پروگرام صحت دندان Smiles 802 اشتراک کند.

رضایت بخاطر شریک سازی معلومات:

با داکتر دندان طفل تان: اگر طفل شما یک داکتر دندان در دوسیه داشته باشد و شما انتخاب کنید که از طریق برنامه Smiles 802 مراقبت دندان را دریافت کنید، معلومات در مورد اینکه کدام خدمات ارائه شده است با آنها به اشتراک گذاشته خواهد شد. این شریک سازی معلومات اجباری است:

بلی، من میخواهم معلومات طفل من با داکتر دندان اش در دوسیه شریک ساخته شود.

No، من نمیخواهم معلومات طفل من با داکتر دندان اش در دوسیه شریک گردد. من میدانم که طفل من از طریق برنامه Smiles 802 مراقبت دندان دریافت نخواهد کرد.

با دیپارتمنت صحت ورمونت (Vermont Department of Health): دیپارتمنت صحت ورمونت میخواهد که از معلومات طفل شما برای ارزیابی موثریت این پروگرام استفاده کند. آیا شما همچنان به متخصص حفظ الصحه دندان Smiles 802 اجازه میدهید تا سوابق تداوی دندان طفل شما را با دیپارتمنت صحت ورمونت شریک سازد؟ این شریک سازی اختیاری است:

بلی، من اجازه میدهم متخصص حفظ الصحه دندان Smiles 802 تا سوابق دندان طفل من را با دیپارتمنت صحت ورمونت شریک سازد.

بلی، من اجازه نمی دهم متخصص حفظ الصحه دندان Smiles 802 تا سوابق دندان طفل من را با دیپارتمنت صحت ورمونت شریک سازد.

اینجا را چک کنید اگر شما والدین پرورش دهنده هستید، یا اگر شما دارای حضانت این طفل هستید:

امضای والدین/سرپرست: _____ تاریخ: _____

اسم والدین/سرپرست بشکل واضح: _____

اگر شما به طفل تان اجازه میدهید تا در پروگرام صحت دندان Smiles 802 اشتراک کند، لطفاً در صفحه بعدی ادامه دهید.

تایخچه دندان طفل:

آخرین ملاقات با داکتر دندان طفل شما چه وقت بود؟

- در سال گذشته ○ بیش از یکسال قبل ○ هرگز نزد داکتر دندان مراجعه نکرده است

اگر طفل تان داکتر دندان دارد، کی است؟ _____

طفل شما چه نوع بیمه دندان دارد؟ هیچ طفل به علت پوشش بیمه از خدمات محروم نخواهد شد. به یاد داشته باشید که متخصص حفظ الصحة دندان 802 Smiles ممکن برای خدمات ارائه شده به طفل شما Medicaid صورت حساب بدهد.

○ Medicaid/داکتر. Dynasaur – شماره آی دی Medicaid طفل شما: _____

○ بیمه خصوصی دندان (بطور مثال Delta Dental) ○ Tricare

○ بدون بیمه ○ دیگر _____

○ نمی دانم

آیا طفل شما هیچ نوع حساسیت دارد؟ (بطور مثال، دواها، غذا، لاتکس، نقره، و غیره) ○ بلی ○ نخیر

اگر بلی، چه نوع؟ _____

تاریخچه طبی طفل:

آیا طفل شما یک مشکل صحی یا معلولیت صحی فیزیکی، ذهنی، یادگیری، یا احساسی دارد؟

- بلی ○ نخیر ○ نمی دانم ○ ترجیح میدهم که جواب ندهم

اگر شما به سوال قبلی بلی جواب دادید، چگونه میتوانیم طفل شما را در جریان ملاقات با داکتر دندان اش بهتر پذیرایی کنیم؟ _____

معلومات دیموگرافی اختیاری:

جنسیت تعیین شده هنگام تولد: ○ مذکر ○ مونث ○ غیرباینری ○ ترجیح میدهم جواب ندهم

سوال بعدی در مورد هویت نژادی و قومی طفل شما است. ما این سوال را میپرسیم بخاطریکه ما میخواهیم مطمئن شویم که پروگرام ما برای تمام نژادها و اقوام خدمات ارائه می شود. ما درک می کنیم که انتخاب های جواب ممکن هویت طفل شما را بشکل دقیق نشان ندهد.

کدام یک از موارد ذیل طفل شما را بهتر توصیف میکند؟ (لطفاً تمام موارد قابل تطبیق را نشانی کنید.)

○ ابیناکی یا هویت دیگر بومی امریکایی یا بومی الاسکا

○ آسیایی یا آسیایی امریکایی، بطور مثال، چینیایی، آسیایی هندی، نیپالی، یا ویتنامی

○ سیاه پوست یا امریکایی آفریقای تبار

○ اسپانوی یا لاتینی، لاتین، یا لاتینکس، بطور مثال، مکسیکویی، ونزولایی، یا برازیلی

○ شرق میانه یا شمال آفریقا (لیست در صفحه بعدی ادامه دارد)

بومی هاوایی یا جزایر دیگر اقیانوس آرام

سفید پوست یا اروپایی امریکایی

یک نژاد یا قومیت اضافی، لطفاً شریک سازید: _____

ترجیح میدهم جواب ندهم

آیا چیزی دیگری وجود دارد که شما میخواهید ما در مورد طفل تان بدانیم؟

فرم تکمیل شده و امضاء شده را به مکتب طفل تان برگردانید.