

اسم الطفل \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ الجنس \_\_\_\_\_

(كما هو الحال في بطاقة MaineCare، إن وجدت)

العنوان \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_

هاتف (هواتف) الوالدين أثناء النهار \_\_\_\_\_ رسالة / نص مكتوب موافق نعم / لا \_\_\_\_\_ رقم الهاتف الخليوي للطالب (للتذكير) \_\_\_\_\_ رسالة / نص مكتوب موافق نعم / لا \_\_\_\_\_

بريد الإلكتروني \_\_\_\_\_ اسم المدرسة \_\_\_\_\_ المعلم/الصف \_\_\_\_\_

<p>رقم معرف MaineCare (ينتهي بـ A) _____</p> <p>التأمين الخاص بالأسنان: اسم الشركة _____ معرف السياسة # _____</p> <p>رقم المجموعة # _____ عنوان المطالبة _____</p> <p>اسم صاحب الوثيقة _____ تاريخ ميلاد صاحب الوثيقة _____</p>	<p>ليس هناك تأمين _____</p> <p>(من فضلك ضع √)</p>
	<p>اسم الضامن (المسؤول عن الفواتير): _____ تاريخ الميلاد: _____</p>
	<p>هل كان طفلك يعاني من الأمراض التالية؟ يُرجى التحقق من كل ما ينطبق.</p> <p>ADD/ADHD* _____ السرطان/الأورام _____</p> <p>الإيدز / فيروس نقص المناعة البشرية _____ الثلل الدماغي _____</p> <p>الربو _____ الشفة المشقوقة/الحلق _____</p> <p>التوحد/متلازمة أسبرجر _____ أمراض القلب الخلقية _____</p> <p>العيوب الخلقية _____ نوع السكري _____</p> <p>اضطراب الدم _____ الصرع/النوبات _____</p> <p>*اضطراب نقص الانتباه/اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه</p>
	<p>هل يعاني طفلك من أي نوع من الحساسية؟ وضع من فضلك _____</p> <p>ضع قائمة بأي أدوية يتناولها طفلك _____</p> <p>هل يعاني طفلك من آلام الأسنان؟ نعم لا هل زار طفلك طبيب أسنان في العام الماضي؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، فإين؟ _____</p> <p>اللغة المستخدمة في المنزل _____</p>

الرعاية النفسية \_\_\_\_\_  
العدوى المنقولة جنسياً \_\_\_\_\_  
مشاكل النطق/السمع \_\_\_\_\_  
مشاكل المعدة/الجهاز الهضمي \_\_\_\_\_  
السل \_\_\_\_\_  
أخرى \_\_\_\_\_

أمراض القلب \_\_\_\_\_  
التهاب الكبد \_\_\_\_\_  
التهرب (القيء) \_\_\_\_\_  
ارتفاع ضغط الدم \_\_\_\_\_  
اضطراب الكلى \_\_\_\_\_  
اضطرابات الكبد \_\_\_\_\_

السُّرطان/الأورام \_\_\_\_\_  
الثلل الدماغي \_\_\_\_\_  
الشفة المشقوقة/الحلق \_\_\_\_\_  
أمراض القلب الخلقية \_\_\_\_\_  
نوع السكري \_\_\_\_\_  
الصرع/النوبات \_\_\_\_\_

\*اضطراب نقص الانتباه/اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

هل يعاني طفلك من أي نوع من الحساسية؟ وضع من فضلك \_\_\_\_\_

ضع قائمة بأي أدوية يتناولها طفلك \_\_\_\_\_

هل يعاني طفلك من آلام الأسنان؟ نعم لا هل زار طفلك طبيب أسنان في العام الماضي؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، فإين؟ \_\_\_\_\_

اللغة المستخدمة في المنزل \_\_\_\_\_

سلالة الطفل: \_\_\_\_\_ أسود، أفريقي، أمريكي من أصل أفريقي \_\_\_\_\_ من سكان جزر المحيط الهادئ الآخر \_\_\_\_\_ آسيا \_\_\_\_\_

عرق الطفل: \_\_\_\_\_ من أصل إسباني/لاتيني \_\_\_\_\_ من أصل إسباني/لاتيني \_\_\_\_\_ ليس من أصل إسباني/لاتيني \_\_\_\_\_

إجمالي عدد أفراد الأسرة الذين يعيشون في نفس المسكن: \_\_\_\_\_ إجمالي الدخل السنوي للأسرة: \_\_\_\_\_

اسم رب الأسرة: \_\_\_\_\_ صلة القرابة بالطالب: \_\_\_\_\_

**الموافقة على استخدام برنامج صحة الفم للأطفال التابع لصحة كريتير بورتلاند والتفويض بالإفصاح عن المعلومات**

من خلال التوقيع على هذا النموذج، فأنتي أقر وأفهم ما يلي:

- لقد تقيمت وقرأت برنامج طب الأسنان المدرسي الخاص كريتير بورتلاند ("GPH") والرسالة إلى أولياء الأمور والأسئلة الشائعة، والتي تشرح ما هو برنامج طب الأسنان في المدرسة GPH وما هي الخدمات والفوائد التي قد يقدمها لطفلي.
- يعد برنامج طب الأسنان المدرسي التابع لـ GPH كياناً منفصلاً عن المدرسة وعن مكتب ممرضة المدرسة. برنامج طب الأسنان المدرسي GPH يقدم تقييمات للأسنان ومجموعة من علاجات العناية بصحة الفم في موقع مدرسي من خلال التعاون في الاتصالات مع مقدمي الرعاية الصحية الآخرين الذين قد يشاركون أيضاً في رعاية طفلي.
- هذه الموافقة صالحة للمدة الزمنية التي يتم فيها تسجيل الطالب في نظام مدرسة بورتلاند أو حتى ينتقل إلى مدرسة أخرى (أي من المدرسة الإعدادية إلى المدرسة الثانوية). عندما ينتقل طالب من المدرسة المتوسطة إلى المدرسة الثانوية، يجب أن أقوم بإعادة تسجيلهم في برنامج طب الأسنان المدرسي إذا كنت أرغب في استمرارهم في تلقي الخدمات من خلال برنامج طب الأسنان المدرسي التابع لـ GPH.
- أنا مطالب بمراجعة وتوقيع نموذج تفويض لاستخدام والكشف عن معلومات الرعاية الصحية فيما يتعلق بتسجيل طفلي في برنامج طب الأسنان القائم على المدرسة في GPH.

لقد قرأت هذا النموذج بالكامل وأوافق على تسجيل طفلي في برنامج طب الأسنان المدرسي في GPH في هذا الوقت.

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

الاسم بحروف كبيرة: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ القرابة من الطالب \_\_\_\_\_