

# SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM



تسجيل الطلبة لعلاج الأسنان

الهاتف: 207-874-2141

الفاكس: 207-874-2164

عزيمي ولي الأمر / الوصي:

تقدم Greater Portland Health (GPH)، بالشراكة مع مدارس بورتلاند و ويستبروك وساوث بورتلاند العامة، رعاية الأسنان في المدرسة وفي مدارس محددة.

يرجى إكمال وتوقيع نموذج تسجيل الأسنان هذا والتصريح بالإفصاح عن المعلومات للسماح لطفلك بالحصول على خدمات طب الأسنان في مدرسته، وسيتلقى طفلك هذه الرعاية، حتى لو كان طفلك مسجلاً كمريض لدى GPH.

بعد الحصول على الإذن منك، سيقدم أخصائي طب الأسنان الخدمات\* التي تشير إليها أدناه. من فضلك تحقق من جميع الخدمات التي تريد أن يتلقاها طفلك:

نعم، أود أن يحصل طفلي على فحص الأسنان

نعم، أود أن يحصل طفلي على تنظيف الأسنان

نعم، أود أن يحصل طفلي على علاج بالفلورايد

\*سيتم إرسال تقرير عن خدمات صحة الفم التي تم إجراؤها إلى المنزل مع طفلك

يوفر طبيب أسنان GPH علاج المتابعة في العيادة الموجودة في مدرسة بورتلاند الثانوية. قد يشمل العلاج، على سبيل المثال لا الحصر، فحص الأسنان، والأشعة السينية التشخيصية، والفلورايد، والحشوات، والتيجان، والخلع.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع: جينا ماكدونالد، مديرة عيادة طب الأسنان لدى GPH

هاتف: 207-874-2141

## معلومات الطالب

الاسم الأوسط القانوني

الاسم الأول القانوني

الاسم الأخير القانوني

الاسم الأول المفضل

الاسم المفضل، اللقب، الاسم المكنى به  
"يرجى مناداتي بهذا الاسم"

تاريخ الميلاد

الشهر / اليوم / السنة

المرحلة الدراسية

معلم الصف

المدرسة

التاريخ:

اسم المريض:

1 من 4

# SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM



تسجيل الطلبة لعلاج الأسنان

الهاتف: 207-874-2141

الفاكس: 207-874-2164

## تغطية التأمين الخاصة بطفلك

بالنسبة للأطفال الذين ليس لديهم تأمين على الأسنان أو إذا كان تأمينك لا يغطي خدمات طب الأسنان المشار إليها، فقد تتلقى فاتورة مقابل الخدمات المقدمة. هناك جدول رسوم مدرج متاح لجميع المؤهلين. مستشارو المساعدة المالية متاحون لمساعدتك في تحديد خيارات التأمين وخطط الدفع. يتم تمويل عمليات الفحص ووضع الفلورايد حاليًا عن طريق منحة لذا لن تتحمل هذه المصاريف.

هل لدى طفلك برنامج (Medicaid) MaineCare؟  نعم  لا  لست متأكدًا

إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو معرف MaineCare لطفلك # \_\_\_\_\_

هل لدى طفلك تأمين أسنان آخر؟  نعم  لا  لست متأكدًا

صلة القرابة بالمريض

تاريخ الميلاد

اسم المشترك

سارٍ منذ تاريخ

رقم المجموعة

رقم العضوية

اسم شركة التأمين

الرمز البريدي

الولاية

المدينة

العنوان

من هو طبيب الرعاية الأولية لطفلك: \_\_\_\_\_

طفلي ليس لديه طبيب حاليًا.

من هو طبيب أسنان طفلك: \_\_\_\_\_

لا يوجد لدى طفلي حاليًا طبيب أسنان.

متى كانت آخر مرة ذهب فيها طفلك إلى طبيب أسنان؟

لم يذهب من قبل

أكثر من عام

في العام الماضي منذ

هل يعاني طفلك من أي حساسية؟

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى ذكرها: \_\_\_\_\_

اذكر أي أدوية يتناولها طفلك: \_\_\_\_\_

يرجى ذكر أي تاريخ من العمليات الجراحية: \_\_\_\_\_

هل يعاني طفلك من أي مما يلي: يرجى اختيار كل ما ينطبق.

داء السكري من الفئة \_\_\_\_\_

العيوب الخلقية

تشتت الانتباه وفرط الحركة

الصرع /نوبات الصرع

الشَّلَلُ الدِّمَاغِيّ

فيروس نقص المناعة البشرية والتهاب الكبد

أمراض الكلى

الشفة المشقوقة/ الحنك المشقوق

القلق

أمراض الكبد

السرطان/الأورام

مرض الربو

مشاكل النطق/السمع

أمراض القلب الخلقية

التوحد/أسبرجر

مشاكل تتعلق بالسمع

التاريخ: \_\_\_\_\_

اسم المريض: \_\_\_\_\_

2 من 4

# SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM



تسجيل الطلبة لعلاج الأسنان

الهاتف: 207-874-2141

الفاكس: 207-874-2164

## بيانات الطالب

لن تؤثر المعلومات التي تشاركها في هذا القسم سلباً على رعاية طفلك بأي شكل من الأشكال. إنه لأغراض ديموغرافية فقط. نجمع هذه المعلومات لضمان تقديرنا واحترامنا لجميع المرضى بغض النظر عن الجنس، أو التوجه الجنسي، أو العرق، أو الإثنية.

<b>الهوية الجنسية:</b> <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر متحول جنسياً <input type="checkbox"/> أنثى متحولة جنسياً <input type="checkbox"/> أرفض الإجابة <input type="checkbox"/> غير مذكور	<b>الجنس القانوني:</b> <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> X أو غير ثنائي <input type="checkbox"/> خنثي [ج: خنائي]	<b>الجنس المحدد عند الولادة:</b> <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	<b>الضمائر:</b> <input type="checkbox"/> هي/ها/ملكها <input type="checkbox"/> هو/ه/ملكه <input type="checkbox"/> هم/لهم <input type="checkbox"/> أرفض الإجابة <input type="checkbox"/> غير مذكور (يرجى تحديد ذلك أدناه)	<b>الميول الجنسية:</b> <input type="checkbox"/> مغاير <input type="checkbox"/> مثلي/ة الجنس <input type="checkbox"/> ثنائي الجنسية <input type="checkbox"/> الشمولية الجنسية <input type="checkbox"/> أرفض الإجابة <input type="checkbox"/> غير مذكور
--	--	---	---	---

<b>العرق:</b> <input type="checkbox"/> أبيض من البرتغال، ألمانيا، بولندا، البوسنة، ودول الشرق الأوسط <input type="checkbox"/> أسود، أفريقي، أمريكي من أصول أفريقية من هايتي، جامايكا، كينيا الكونغو... إلخ. <input type="checkbox"/> من سكان المحيط الهادئ ساموا، كوام، ميكرونيسيا، تاهيتي، بالوا، إلخ. <input type="checkbox"/> آسيوي الصين، الفلبين، بنغلاديش، النيبال، باكستان، فيتنام <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين من سكان أي من جزر هاواي	<input type="checkbox"/> من سكان الهنود الأصليين من جنوب ووسط وشمال الولايات المتحدة من سكان ألاسكا الأصليين من السكان الأصليين. من قبائل: <i>Penobscot, Passamaquoddy, Maliseet, Micmac, Abenaki, Inuit, Mayan, Incan</i> من بورتو ريكو، <i>Miskito, Chatino</i> ، ... إلخ. <input type="checkbox"/> متعدد الأعراق من أكثر من عرق /إثنية: <input type="checkbox"/> أرفض الإجابة <b>الإثنية:</b> <input type="checkbox"/> إسباني /لاتيني <input type="checkbox"/> لست إسباني او لاتيني
---	--

## اللغة المفضلة (حدد واحدة):

الإنجليزية الإسبانية الفرنسية العربية البرتغالية الصومالية الكانتونية لنغالا

ASL (ضعاف السمع) الكينيارواندية الكيرونديّة السواحيلية أخرى: \_\_\_\_\_

# SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM



تسجيل الطلبة لعلاج الأسنان

الهاتف: 207-874-2141

الفاكس: 207-874-2164

## تفاصيل الاتصال بولي الأمر / الوصي القانوني

الاسم الأخير لولي الأمر/الوصي الاسم الأول لولي الأمر/الوصي صلة القرابة/الدور تاريخ الميلاد

هل أنت مريض مسجل لدى GPH ؟

لا  نعم

العنوان رقم الهاتف

عنوان البريد الإلكتروني لولي الأمر أو الوصي

عنوان منزل ولي الأمر/الوصي والطالب (إذا كان مختلفًا عن العنوان أعلاه):

الشارع، الشقة/رقم البناية المدينة الولاية الرمز البريدي

بالتوقيع على نموذج الموافقة هذا، أقر بما يلي:

أوافق على حصول طفلي على خدمات طب الأسنان التي أشرت إليها أعلاه دون حضور أحد الوالدين أو الوصي طوال مدة تسجيل طفلي في مدرسة بورتلاند أو ويستبروك أو ساوث بورتلاند.

أفهم أن برنامج طب الأسنان المدرسي الخاص بـ GPH هو كيان منفصل عن المدرسة وعن مكتب ممرضة المدرسة. يوفر تقييمات للأسنان ومجموعة من علاجات رعاية صحة الفم في موقع مدرسي بالتواصل مع مقدمي الرعاية الصحية الآخرين الذين قد يشاركون أيضًا في رعاية طفلي.

نعم، لقد راجعت إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بـ GPH، والذي يتوفر على موقعنا الإلكتروني عن طريق مسح رمز الاستجابة السريعة هذا.



تاريخ التوقيع

توقيع المريض أو ولي الأمر/الوصي القانوني

التاريخ:

اسم المريض:

4 من 4