

SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM



تسجيل الطلبة لعلاج الأسنان

الهاتف: 207-874-2141

الفاكس: 207-874-2164

عزيزي 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

اسم المشترك	تاريخ الميلاد	صلة القرابة بالمريض
_____	_____	_____
اسم شركة التأمين	رقم العضوية	رقم المجموعة
_____	_____	_____
سارٍ منذ تاريخ	_____	_____
العنوان	المدينة	الولاية
_____	_____	_____
الرمز البريدي	_____	_____

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؟
 في العام الماضي منذ أكثر من عام لم يذهب من قبل

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.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> تشنت الانتباه وفرط الحركة | <input type="checkbox"/> العيوب الخلقية | <input type="checkbox"/> داء السكري من الفئة _____ |
| <input type="checkbox"/> فيروس نقص المناعة البشرية والتهاب الكبد | <input type="checkbox"/> الشَّلَلُ الدِّمَاغِيُّ | <input type="checkbox"/> الصرع /نوبات الصرع |
| <input type="checkbox"/> القلق | <input type="checkbox"/> الشفة المشقوقة/ الحنك المشقوق | <input type="checkbox"/> أمراض الكلى |
| <input type="checkbox"/> مرض الربو | <input type="checkbox"/> السرطان/الأورام | <input type="checkbox"/> أمراض الكبد |
| <input type="checkbox"/> التوحد/أسبرجر | <input type="checkbox"/> أمراض القلب الخلقية | <input type="checkbox"/> مشاكل النطق /السمع |
| <input type="checkbox"/> مشاكل تتعلق بالسمع | | |

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.

الهوية الجنسية: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر متحول جنسياً <input type="checkbox"/> أنثى متحوّلة جنسياً <input type="checkbox"/> أرفض الإجابة <input type="checkbox"/> غير مذكور	الجنس القانوني: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> X أو غير ثنائي <input type="checkbox"/> خنثي [ج: خنائي]	الجنس المحدد عند الولادة: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	الضمائر: <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)	الميول الجنسية: <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
---	--	---	---	---

العرق: <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: Penobscot, Passamaquoddy, Maliseet, Micmac, Abenaki, Inuit, Mayan, Incan من بورتو ريكو، Miskito، Chatino، ... إلخ. <input type="checkbox"/> متعدد الأعراق من أكثر من عرق /إثنية: <input type="checkbox"/> أرفض الإجابة الإثنية: <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