



قسمة الترخيص لخدمات طب الأسنان المجانية

يتم تقديم فحوصات مجانية للأسنان والمواد المانعة لتسرب الأسنان وفلورايد مصقول في مدرسة طفلك. يتم تقديم هذه الخدمات من قبل متخصصي العناية بالأسنان وسوف تساعد في منع تسوس الأسنان.

اسم الطفل: _____	(الاسم المفضل)	(الاسم الأول)	(اسم العائلة)
تاريخ ميلاد الطفل: _____ / _____ / _____	(اليوم)	(الشهر)	(العام)
الجنس: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر			

حدد خانة واحدة أدناه للتسجيل في هذه الخدمة المجانية:

- نعم للفحص والمواد المانعة للتسرب والفلورايد
 نعم للفحص والمواد المانعة للتسرب
 نعم للفحص والفلورايد
 نعم للفحص فقط

* ملحوظة: إذا تم تحديد أكثر من مربع بـ "نعم"، فسيتم توفير جميع الخدمات المعتمدة.
 لا، لا تقدموا أية خدمات أسنان لطفلي

معلومات الاتصال	الوالد/الوصي:
اللغة المفضلة:	أفضل رقم هاتف للوصول إليك:
إذن بالمراسلة النصية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	عنوان البريد الإلكتروني:
	العنوان البريدي:

يرجى تقديم المعلومات التالية حتى تتمكن من خدمة طفلك بشكل أفضل:

لا يوجد: <input type="checkbox"/>	طفلي يأخذ (قائمة الأدوية):
لا يوجد: <input type="checkbox"/>	طفلي يعاني من حساسية تجاه:
لا يوجد: <input type="checkbox"/>	أية حالات طبية حالية:
لا يوجد: <input type="checkbox"/>	أية اعتبارات سلوكية:
لا يوجد: <input type="checkbox"/>	معلومات أخرى لمساعدتنا على تقديم خدمة أفضل لطفلك:

الرجاء إكمال القسم أدناه. لن تتلقى فاتورة

تأمين صحي:	<input type="checkbox"/> خطة ولاية أوريغون الصحية (OHP) / معرف الميديكيد # _____
هذه الخدمات مجانية!	<input type="checkbox"/> شركة خاصة لتأمين الأسنان _____
	<input type="checkbox"/> لا يوجد تأمين صحي
بصفتي الوالد / الوصي القانوني، أوافق لمدة 24 شهرا بموجب هذا على الإفصاح عن المعلومات ومشاركتها، بما في ذلك أية معلومات صحية شخصية، بين موظفي المواد المانعة تسرب الأسنان وموظفي المدرسة وشركات التأمين وطبيب أسنان الطفل ومنظمة الرعاية المنسقة المعمول بها و/أو منظمة رعاية الأسنان للسجل. لقد تلقيت نسخة من "إشعارات ممارسات الخصوصية" التي تتوفر أيضا على موقع الويب الخاص بصحة الفم المجتمعية أول سمايلز: AllSmilesCOH.org/forms . أعرف أنه يجوز لطالب طب أسنان يعمل تحت الإشراف الوثيق من أخصائي معتمد أن يقدم العلاج.	
التاريخ:	توقيع الوالد/ة / الوصي:

