

تنسيق خدمات طب الأسنان الموافقة على رعاية الأسنان



تعمل All Smiles Community Oral Health لصحة الفم مع مدرسة طفلك لتوفير تنسيق رعاية مجانية للأسنان. بموافقتك، سنساعدك في العثور على رعاية الأسنان في مجتمعك. يرجى استكمال النموذج أدناه حتى تتمكن من بدء تلبية احتياجات طفلك على الفور.

اسم الطفل: _____		
(الاسم الأول)	(اسم العائلة)	
(الاسم المفضل)		
تاريخ ميلاد الطفل: _____ / _____ / _____	الصف: _____	
(اليوم)	(الشهر)	(العام)
المدرسة: _____		
معلومات الاتصال		
اسم الوالد / الوصي: _____		
أفضل رقم هاتف للوصول إليك: _____	إذن بالمراسلة النصية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
عنوان البريد الإلكتروني: _____		
العنوان البريدي: _____		
اللغة التي يتم التحدث بها في المنزل: _____		
من فضلك قدم لنا المعلومات التالية حتى نتمكن من خدمة طفلك بشكل أفضل:		
طفلي يعاني من (اختر كل ما ينطبق):		
<input type="checkbox"/> ألم <input type="checkbox"/> تورم <input type="checkbox"/> نزيف <input type="checkbox"/> قروح الفم <input type="checkbox"/> قروح الفم <input type="checkbox"/> عدم الراحة <input type="checkbox"/> أسنان مكسورة <input type="checkbox"/> أخرى _____		
طفلي يأخذ (قائمة الأدوية):	<input type="checkbox"/> لا يوجد:	
طفلي يعاني من حساسية تجاه:	<input type="checkbox"/> لا يوجد:	
أي حالات طبية حالية:	<input type="checkbox"/> لا يوجد:	
أي اعتبارات سلوكية:	<input type="checkbox"/> لا يوجد:	
معلومات أخرى لمساعدتنا على تقديم خدمة أفضل لطفلك:	<input type="checkbox"/> لا يوجد:	
الرجاء إكمال القسم أدناه. لن نتلقى فاتورة		
تأمين صحي:	تنسيق الرعاية لعائلتك مجاني. لن نتلقى فاتورة.	
<input type="checkbox"/> خطة ولاية أوريغون الصحية (OHP) / معرف الميديكيد # _____		
<input type="checkbox"/> شركة خاصة لتأمين الأسنان _____		
<input type="checkbox"/> لا يوجد تأمين صحي		
بتوقيعك أدناه:		
بصفتي الوالد/الوصي القانوني، أوافق الإفصاح عن المعلومات ومشاركتها، بما في ذلك أي معلومات صحية شخصية ذات صلة، بين منظمة All Smiles Community Oral Health ومقدمي الرعاية المتعاونين، وطاقم المدرسة، وشركات التأمين، وطبيب الأسنان للطفل، والهيئة التنسيقية المنظمة المعنية بالرعاية، وأو منظمة الرعاية الصحية المسجلة. لقد تلقيت نسخة من "إشعارات ممارسات الخصوصية". يمكن الاطلاع على ممارسات الخصوصية على موقع الويب لشركة All Smiles على AllSmilesCOH.org/forms .		
توقيع الوالد/ة / الوصي: _____ التاريخ: _____		
مايو 2023		