

لطفاً اطلاعات زیر را تکمیل نمایید، امضا کنید و آن را به مدرسه فرزندتان برگردانید.

نام و نام خانوادگی کودک: _____ تاریخ تولد: _____

چه خدماتی از طریق برنامه 802 Smiles Dental Health فرزندم ارائه می‌شود؟

برنامه 802 Smiles Dental Health مدرسه شما غربالگری دندان، جرم‌گیری، وارنیش فلوراید و فلوراید دیامین نقره (SDF) (به انگلیسی) را ارائه می‌دهد. برای دریافت SDF، باید فرم رضایتنامه اضافی را تکمیل کنید. در مورد درمان SDF در آن فرم بیشتر بخوانید.

توصیه می‌کنیم که فرزند شما در صورت داشتن دندانپزشک ثابت، مراقبت‌های خود را از طریق آن دندانپزشک دریافت کند، نه از طریق برنامه 802 Smiles Dental Health مدرسه.

رضایت به درمان:

بله، من می‌خواهم فرزندم در برنامه 802 Smiles Dental Health شرکت کند. می‌دانم که اگر دندانپزشک در این فرم ذکر شده باشد، گزارش یافته‌های کمک‌دندانپزشک برنامه 802 Smiles را دریافت خواهد کرد. می‌دانم که بر اساس ارزیابی کمک‌دندانپزشک برنامه 802 Smiles، ممکن است فرزندم هر یک یا همه خدمات زیر را بدون نیاز به مشورت با دندانپزشک دریافت کند:

- غربالگری دندان
- جرم‌گیری دندان
- وارنیش فلوراید
- فلوراید دیامین نقره

خیر، نمی‌خواهم فرزندم در برنامه سلامت دندان 802 Smiles شرکت کند.

رضایت به اشتراک‌گذاری اطلاعات:

با دندانپزشک فرزندتان: اگر فرزند شما از قبل یک دندانپزشک تعیین‌شده دارد و شما تصمیم می‌گیرید که از طریق برنامه 802 Smiles مراقبت‌های دندانپزشکی دریافت کنید، اطلاعات مربوط به خدمات ارائه‌شده با دندانپزشک او به اشتراک گذاشته خواهد شد. این اشتراک‌گذاری اطلاعات اجباری است:

بله، می‌خواهم اطلاعات فرزندم با دندانپزشک تعیین‌شده او به اشتراک گذاشته شود.

خیر، نمی‌خواهم اطلاعات فرزندم با دندانپزشک تعیین‌شده او به اشتراک گذاشته شود. می‌دانم که فرزندم مراقبت دندانپزشکی از طریق برنامه 802 Smiles دریافت نخواهد کرد.

با اداره بهداشت ورمونت: اداره بهداشت ورمونت می‌خواهد از اطلاعات فرزند شما برای ارزیابی اثربخشی این برنامه استفاده کند. آیا به کمک‌دندانپزشک برنامه 802 Smiles نیز اجازه می‌دهید که پرونده‌های درمان دندانپزشکی فرزند شما را با اداره بهداشت ورمونت به اشتراک بگذارد؟ این اشتراک‌گذاری اختیاری است:

بله، اجازه می‌دهم کمک‌دندانپزشک برنامه 802 Smiles پرونده‌های درمان دندانپزشکی فرزند من را با اداره بهداشت ورمونت به اشتراک بگذارد.

خیر، اجازه نمی‌دهم کمک‌دندانپزشک برنامه 802 Smiles پرونده‌های درمان دندانپزشکی فرزند من را با اداره بهداشت ورمونت به اشتراک بگذارد.

اگر شما ولی خوانده یا دارای حضانت مشترک این کودک هستید، لطفاً اینجا را علامت بزنید:

امضای ولی/قیم: _____ تاریخ: _____

نام ولی/قیم با حروف بزرگ: _____

اگر به فرزند خود اجازه می‌دهید تا در برنامه 802 Smiles Dental Health شرکت کند، لطفاً به صفحه بعد بروید.

سابقه دندانپزشکی کودک:

آخرین ویزیت دندانپزشکی فرزند شما چه زمانی بوده است؟

- در یک سال گذشته بیش از یک سال پیش هرگز به دندانپزشک مراجعه نکرده است

دندانپزشک اصلی فرزند شما در صورت وجود کیست؟

فرزند شما چه نوع بیمه دندانپزشکی دارد؟ هیچ کودکی به دلیل پوشش بیمه‌ای از خدمات محروم نخواهد شد. توجه داشته باشید که بهداشتکار دهان و دندان Smiles 802 ممکن است هزینه خدمات ارائه شده به فرزند شما را از Medicaid درخواست کند.

- Medicaid/دکتر Dynasaur – شماره شناسه Medicaid فرزند شما: _____
 بیمه دندانپزشکی خصوصی (مثلاً Delta Dental) Tricare
 بدون بیمه سایر _____
 نمی‌دانم

آیا فرزند شما به چیزی حساسیت دارد؟ (به عنوان مثال، دارو، غذا، لاتکس، نقره و غیره) بله خیر

اگر بله، چه نوعی؟ _____

سابقه پزشکی کودک:

آیا فرزند شما دارای یک بیماری جسمی، روانی، یادگیری یا عاطفی یا معلولیت است؟

- بله خیر نمی‌دانم ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

اگر به سوال قبلی پاسخ «بله» دادید، چگونه می‌توانیم کودک شما را در طول مراجعه دندانپزشکی بهتر پشتیبانی کنیم؟ _____

اطلاعات جمعیت‌شناختی اختیاری:

جنسیت تعیین شده در بدو تولد: مرد زن غیرباینری ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

سوال بعدی در مورد هویت نژادی و قومی فرزند شما می‌پرسد. ما این سوال را می‌پرسیم زیرا می‌خواهیم مطمئن شویم که برنامه ما به افراد از همه نژادها و قومیت‌ها خدمات ارائه می‌دهد. ما درک می‌کنیم که گزینه‌های پاسخ ممکن است به‌درستی هویت فرزند شما را نشان ندهند.

کدام یک از موارد زیر فرزند شما را به بهترین وجه توصیف می‌کند؟ (لطفاً همه موارد مربوط به آن را علامت بزنید.)

- اینکی یا هویت دیگری از بومیان آمریکا یا آلاسکا
 آسیایی یا آسیایی-آمریکایی، مانند چینی، هندی، نپالی یا ویتنامی
 سیاه‌پوست یا آفریقایی آمریکایی
 اسپانیایی یا لاتین، لاتینا یا لاتینکس، مانند مکزیکی، ونزوئلایی یا برزیلی
 خاورمیانه‌ای یا شمال آفریقایی (فهرست در صفحه بعد ادامه دارد)

هاوایی بومی یا جزیره دیگری از اقیانوسیه

سفیدپوست یا اروپایی آمریکایی

نژاد یا قومیت دیگری، لطفاً به اشتراک بگذارید: _____

ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

آیا چیز دیگری وجود دارد که بخواهید در مورد فرزندتان بدانیم؟

فرم تکمیل شده و امضا شده را به مدرسه فرزندتان برگردانید.