802 Smiles दन्त स्वास्थ्य कार्यक्रम सेवाहरूका लागि सहमति (टियर 3)

कृपया तलको जानकारी भर्नुहोस्, हस्ताक्षर गर्नुहोस् र तपाईंको बच्चाको स्कुललाई फिर्ता गरिदिनुहोस् ।

बच्चाको नाम तथा थर: ________________________________ **जन्ममिति**: __________

मेरो बच्चाको 802 Smiles दन्त स्वास्थ्य कार्यक्रममार्फत कुन-कुन उपचारहरू उपलब्ध गराइन्छ ?

तपाईंको स्कुलको 802 Smiles दन्त स्वास्थ्य कार्यक्रमले दाँतको स्क्रिनिङ (प्रारम्भिक जाँच), सफाइ, फ्लोराइड भार्निस र सिल्भर डायमाइन फ्लोराइड (SDF) (अङ्ग्रेजीमा) प्रदान गर्दछ । **SDF प्राप्त गर्नका लागि तपाईंले अतिरिक्त सहमति फाराम भर्नुपर्छ; त्यो फाराममा SDF उपचारका बारेमा थप पढ्नुहोस् ।**

हामी तपाईंको बच्चालाई तपाईंको स्कुलको 802 Smiles दन्त स्वास्थ्य कार्यक्रममार्फत नभएर तपाईंको पहिलेदेखि नै भएको डेन्टल होममार्फत स्याहार प्राप्त गर्न सिफारिस गर्छौं ।

उपचारमा सहमति:

☐ **हो, म मेरो बच्चालाई 802 Smiles दन्त स्वास्थ्य कार्यक्रममा सहभागी गराउन चाहन्छु ।** यदि यस फाराममा दन्त चिकित्सकका बारेमा उल्लेख गरिएको भएमा उहाँले 802 Smiles डेन्टल हाइजिनिस्टबाट निष्कर्षहरूको रिपोर्ट पाउनुहुनेछ भन्ने कुरा म बुझ्दछु । मेरो बच्चाले दन्त चिकित्सकसँग परामर्श नगरिकनै 802 Smiles डेन्टल हाइजिनिस्टको मूल्याङ्कनमा आधारित निम्न कुनै पनि वा सबै सेवाहरू प्राप्त गर्न सक्छन् भन्ने कुरा म बुझ्दछु:

- दाँतको स्क्रिनिङ
- दाँतको सफाइ
- फ्लोराइड भार्निस
- सिल्भर डायमाइन फ्लोराइड

☐ **होइन, म मेरो बच्चालाई 802 Smiles दन्त स्वास्थ्य कार्यक्रममा सहभागी गराउन चाहन्नँ ।**

जानकारी साझा गर्ने बारेमा सहमति:

तपाईंको बच्चाको दन्त चिकित्सकसँग: यदि तपाईंको बच्चाको फाइलमा दन्त चिकित्सकका बारेमा उल्लेख गरिएको छ र तपाईंले 802 Smiles कार्यक्रममार्फत दन्त स्याहार प्राप्त गर्न रोज्नुहुन्छ भने के-कस्ता सेवाहरू उपलब्ध गराइएको थियो भन्ने बारेमा उहाँसँग जानकारी साझा गरिनेछ । **यो जानकारी साझा गर्न अनिवार्य हुन्छ:**

☐ हो, **म मेरो बच्चाको जानकारी फाइलमा उल्लेख गरिएको उनको दन्त चिकित्सकसँग साझा गर्न चाहन्छु ।**

☐ **होइन, म मेरो बच्चाको जानकारी फाइलमा उल्लेख गरिएको उनको दन्त चिकित्सकसँग साझा गर्न चाहन्नँ । मेरो बच्चाले 802 Smiles कार्यक्रममार्फत दन्त स्याहार प्राप्त गर्ने छैनन् भन्ने कुरा म बुझ्दछु ।**

भर्मोन्ट स्वास्थ्य विभागसँग: भर्मोन्ट स्वास्थ्य विभाग यस कार्यक्रमको प्रभावकारिता मूल्याङ्कन गर्न तपाईंको बच्चाको जानकारी प्रयोग गर्न चाहन्छ । के तपाईं 802 Smiles डेन्टल हाइजिनिस्टलाई भर्मोन्ट स्वास्थ्य विभागसँग तपाईंको बच्चाको दन्त उपचारका रेकर्डहरू साझा गर्नका लागि अनुमति पनि दिनुहुन्छ ? **यो साझा गर्ने कार्य वैकल्पिक हो:**

☐ **हो, म** 802 Smiles डेन्टल हाइजिनिस्टलाई भर्मोन्ट स्वास्थ्य विभागसँग **मेरो बच्चाको दन्त उपचारका रेकर्डहरू साझा गर्नका लागि अनुमति दिन्छु ।**

☐ **होइन, म** 802 Smiles डेन्टल हाइजिनिस्टलाई भर्मोन्ट स्वास्थ्य विभागसँग **मेरो बच्चाको दन्त उपचारका रेकर्डहरू साझा गर्नका लागि अनुमति दिन्नँ ।**

कृपया तपाईं **फोस्टर अभिभावक** भएमा वा तपाईंसँग **बच्चाको साझा संरक्षकत्व जिम्मा छ** भने चिन्ह लगाउनुहोस्: ☐

आमा वा बुवा/अभिभावकको हस्ताक्षर: ______________________________________ मिति: __________

आमा वा बुवा/अभिभावकको पूरा नाम: ____

802 Smiles दन्त स्वास्थ्य कार्यक्रम सेवाहरूका लागि सहमति (टियर 3)

यदि तपाईं आफ्नो बच्चालाई 802 Smiles दन्त स्वास्थ्य कार्यक्रममा सहभागी हुन अनुमति दिनुहुन्छ भने कृपया अर्को पृष्ठमा जारी राख्नुहोस् ।

बच्चाको दन्त चिकित्साको इतिहास:

तपाईंको बच्चाको सबैभन्दा पछिल्लो पटक दाँतको जाँच कहिले गरिएको थियो ?

○ गएको वर्षभित्र ○ एक वर्षभन्दा बढी समय ○ कहिले पनि दन्त चिकित्सककहाँ नगएको

यदि भएमा तपाईंको बच्चाको प्राथमिक दन्त चिकित्सक को हुनुहुन्छ ? ____

तपाईंको बच्चाको कस्तो प्रकारको दन्त बीमा छ ? बीमा कभरेजको कारणले गर्दा कुनै पनि बच्चालाई सेवा लिनबाट वञ्चित गरिने छैन । 802 Smiles डेन्टल हाइजिनिस्टले तपाईंको बच्चालाई उपलब्ध गराइएका सेवाहरूका लागि Medicaid लाई बिल पठाउन सक्छ भन्ने कुरा याद राख्नुहोस् ।

○ Medicaid/Dr. Dynasaur – तपाईंको बच्चाको Medicaid आइडी नम्बर: ___________________
○ निजी दन्त बीमा (जस्तै, Delta Dental) ○ Tricare
○ बीमा छैन ○ अन्य ___________________
○ थाहा छैन

के तपाईंको बच्चालाई कुनै पनि एलर्जी छ ? (जस्तै औषधि, खानेकुरा, ल्याटेक्स, चाँदी आदि) ○ छ ○ छैन

यदि 'छ' भने कस्तो प्रकारको ? ____

बच्चाको चिकित्सा इतिहास:

के तपाईंको बच्चामा कुनै पनि शारीरिक, मानसिक, सिकाइ वा भावनात्मक स्वास्थ्य समस्या वा अपाङ्गता छ ?

○ छ ○ छैन ○ मलाई थाहा छैन ○ जवाफ दिन चाहन्नँ

यदि तपाईंले अघिल्लो प्रश्नको जवाफमा 'छ' दिनुभयो भने हामी तपाईंको बच्चालाई उनको डेन्टल भिजिटको समयमा कसरी राम्रो सुविधा दिन सक्छौँ ?____

वैकल्पिक जनसाङ्ख्यिकीय जानकारी:

जन्मिँदा तोकिएको लिङ्ग: ○ पुरुष ○ महिला ○ नन-बाइनरी ○ जवाफ दिन चाहन्नँ

अर्को प्रश्नले तपाईंको बच्चाको जाति र जातीय पहिचानका बारेमा सोध्छ । हामीले हाम्रो कार्यक्रमले सबै जाति र जातीयताका मानिसहरूलाई सेवा दिइरहेको छ भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्न चाहेकोले हामी यो प्रश्न सोध्छौँ । जवाफका विकल्पहरूले तपाईंको बच्चाको पहिचानलाई सही रूपमा प्रतिनिधित्व नगर्न सक्छ भन्ने कुरा हामी बुझ्दछौँ ।

802 Smiles दन्त स्वास्थ्य कार्यक्रम सेवाहरूका लागि सहमति (टियर 3)

निम्नमध्ये कुनले तपाईंको बच्चालाई राम्रोसँग वर्णन गर्छ ? (कृपया लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस् ।)

- ○ अबेनाकी वा अर्को अमेरिकन इण्डियन वा अलास्काका मूल निवासी पहिचान
- ○ एसियाली वा एसियाली अमेरिकी, उदाहरणका लागि चिनियाँ, एसियाली भारतीय, नेपाली वा भियतनामी
- ○ अश्वेत वा अफ्रिकन अमेरिकन
- ○ हिस्प्यानिक वा ल्याटिनो, ल्याटिना वा ल्याटिनक्स, उदाहरणका लागि मेक्सिकन, भेनेजुएलन वा ब्राजिलियन
- ○ मध्य पूर्वी वा उत्तरी अफ्रिकी (अर्को पृष्ठमा सूची जारी छ)
- ○ हवाईका मूल निवासी वा अन्य प्यासिफिक आइल्याण्डर
- ○ श्वेत वा युरोपेली अमेरिकी
- ○ अतिरिक्त जाति वा जातीयता भएमा कृपया साझा गर्नुहोस्: ____________________________
- ○ म जवाफ दिन चाहन्नँ

के तपाईंले आफ्नो बच्चाका बारेमा हामीलाई थाहा दिन चाहने अन्य कुनै कुरा छ ?

____

____

____

भरिएको र हस्ताक्षर गरिएको फाराम आफ्नो बच्चाको स्कुलमा फिर्ता गरिदिनुहोस् ।