

مهرباني وکړئ لاندې معلومات ډک کړئ، لاسلیک یې کړئ او د خپل ماشوم ښوونځي ته یې بیرته ورکړئ.

د ماشوم لومړی او وروستی نوم _____ د زیږون نېټه: _____

زما د ماشوم د غاښونو د روغتیا برنامه (Smiles Dental Health Program 802) له لارې کومې درملنې وړاندې کيږي؟

ستاسو د ښوونځي د غاښونو د روغتیا برنامه (Smiles Dental Health Program 802) د غاښونو سکریټینګ، د غاښونو پاکول، فلوراید وارنش، او سلور ډایامین فلوراید (SDF) (په انګلیسي کې) وړاندیز کوي. د SDF ترلاسه کولو لپاره، تاسو اړتیا لرئ چې د رضایت یوه اضافي فورمه ډکه کړئ؛ د SDF له درملنې په اړه نور معلومات په دغه فورمه کې ولولئ

مور سپارښتنه کوو چې ستاسو ماشوم دې د خپل ښوونځي د غاښونو د روغتیا برنامه (Smiles Dental Health Program 802) په پرتله ستاسو د غاښونو د پاملرنې منظم مرکز له لارې پاملرنه ترلاسه کړي، که تاسو دغه ډول مرکز لرئ.

د درملنې لپاره رضایت:

هو، زه غواړم زما ماشوم د غاښونو د روغتیا برنامه (Smiles Dental Health Program 802) کې برخه واخلي. زه پوهیږم که چیرې پدې فورمه کې د غاښونو ډاکټر لیست شوی وي، نو هغه به د Smiles 802 د غاښونو د لومړۍ پاملرنې چمتو کونکي څخه د اړوند موندنو راپور ترلاسه کړي. زه پوهیږم چې زما ماشوم ممکن د غاښونو ډاکټر مشورې پرته د Smiles 802 د غاښونو د لومړنۍ پاملرنې چمتو کونکي د ارزونې پر اساس له لاندې څخه کوم یو یا لاندې ټول خدمات ترلاسه کړي:

- د غاښونو سکریټینګ
- فلوراید وارنش
- د غاښونو پاکول
- سلور ډایامین فلوراید

نه، زه نه غواړم چې زما ماشوم دې د غاښونو د روغتیا برنامه (Smiles Dental Health Program 802) کې برخه واخلي.

د معلوماتو شریکولو لپاره رضایت:

ستاسو د ماشوم د غاښونو ډاکټر سره: که ستاسو د ماشوم په فایل کې د غاښونو ډاکټر ذکر شوی وي او تاسو د Smiles 802 برنامه له لارې د غاښونو پاملرنې ترلاسه کول انتخاب کړئ، نو د ورکړل شویو خدماتو په اړه معلومات به له هغه/هغې سره شریک شي. د دې معلوماتو شریکول لازمي دي:

هو، زه غواړم زما د ماشوم معلومات د هغه/هغې په فایل کې ذکر شوي د غاښونو ډاکټر سره شریک شي.

نه، زه نه غواړم زما د ماشوم معلومات د هغه/هغې په فایل کې ذکر شوي د غاښونو ډاکټر سره شریک شي. زه پوهیږم چې زما ماشوم به د Smiles 802 برنامه له لارې د غاښونو پاملرنه ترلاسه نه کړي.

د ورمونټ (Vermont) د روغتیا څانګې سره: د ورمونټ د روغتیا څانګه (Vermont Department of Health) غواړي ستاسو د ماشوم معلومات وکاروي ترڅو د دې برنامه د اغیزمنتوب ارزونه وکړي. آیا تاسو د Smiles 802 د غاښونو د لومړنۍ پاملرنې چمتو کونکي ته اجازه ورکوئ چې ستاسو د ماشوم د غاښونو درملنې ریکارډونه د ورمونټ (Vermont) د روغتیا څانګې سره شریک کړي؟ دا شریکول اختیاري دي:

هو، زه د Smiles 802 د غاښونو د لومړۍ پاملرنې چمتو کونکي ته اجازه ورکوم چې زما د ماشوم د غاښونو ریکارډونه د ورمونټ (Vermont) د روغتیا څانګې سره شریک کړي.

نه، زه اجازه نه ورکوم چې د Smiles 802 د غاښونو د لومړنۍ پاملرنې چمتو کونکي زما د ماشوم د غاښونو ریکارډونه د ورمونټ (Vermont) د روغتیا څانګې سره شریک کړي.

مهرباني وکړئ دلته نښه وکړئ که تاسو رضاعي یا پالونکي والدين یاست، یا که تاسو د دې ماشوم ساتنه په شریکه کوئ:

د والدينو/سرپرست لاسلیک: _____ نېټه: _____

د مور یا پلار/سرپرست چاپ شوی نوم: _____

که تاسو خپل ماشوم ته د Smiles 802 د غاښونو روغتیا برنامه کې د ګډون اجازه ورکوئ، نو مهرباني وکړئ راتلونکي پاڼې ته لاړ شئ.

د ماشوم د غابونو د روغتیا سوابق/مخینه:

ستاسو د ماشوم د غابونو تر ټولو وروستی لیدنه کله وه؟

○ په تېر کال کې ○ له یو کال څخه ډېر وخت دمخه ○ هیڅکله د غابونو ډاکټر ته نه دی بوتلی

که چیرې وي، نو ستاسو د ماشوم لومړنی د غابونو ډاکټر څوک دی؟

ستاسو ماشوم د غابونو د روغتیا کوم ډول بیمه لري؟ هیڅ ماشوم ته به د بیمې د پوښښ نشتوالی له امله د خدمت څخه انکار ونه کړی شي. په یاد ولری چې د Smiles 802 د غابونو د لومړی پاملرنې چمتو کونکی ممکن ستاسو ماشوم ته چمتو شویو خدماتو لپاره میډیکایډ (Medicaid) ته بل واستوي.

○ Medicaid/Dr. Dynasaur - ستاسو د ماشوم د میډیکایډ آیډي (Medicaid ID) شمېره: _____

○ خصوصی د غابونو بیمه (د بیلګې په توګه، ډیلټا ډینټل ((Delta Dental))

○ Tricare

○ نور _____

○ بیمه نشته

○ پدې اړه پوهه نلرم

آیا ستاسو ماشوم کوم حساسیت لري؟ (د بیلګې په توګه، د درملو، خواړو، لیټیکس، سلور، او نور داسې شیانو پر وړاندې حساسیت) ○ هو ○ نه

که هو، نو کوم ډول؟ _____

د ماشوم طبي مخینه (سوابق):

آیا ستاسو ماشوم فزیکي، ذهني، د زده کړې، یا احساساتي روغتيايي ستونزه یا معلولیت لري؟

○ هو ○ نه ○ پدې اړه پوهه نلرم ○ ځواب نه ورکول یې غوره کوم

که تاسو مخکې پوښتنې ته هو ځواب ورکړی وي، نو موږ څنګه کولی شو ستاسو ماشوم ته د غابونو روغتیا لپاره د لیدني پرمهال غوره اسانتیاوې برابرې کړو؟ _____

اختیاري ډیموګرافیک معلومات:

د زیږون پر وخت ټاکل شوی جنس: ○ نارینه ○ ښځینه ○ نه نارینه او نه ښځینه ○ ځواب نه ورکول غوره کوم

راتلونکي پوښتنه ستاسو د ماشوم د نژاد او توکم د پیژندنې په اړه ده. موږ دا پوښتنه ځکه کوو چې موږ غواړو ډاډ ترلاسه کړو چې زموږ برنامه د ټولو نسلونو او توکمونو څلکو ته خدمات ورکوي. موږ پوهیږو چې د ځواب انتخابونه ممکن ستاسو د ماشوم پیژندنه په دقیق ډول څرګنده نه کړي.

لاندې کوم یو ستاسو ماشوم غوره تشریح کوي؟ (مهرباني وکړئ ټول هغه څه نښه کړئ چې پلي کېږي.)

○ اېنګلی یا بل اصلي امریکایي یا د الاسکا اصلي هويت لرونکی

○ آسیایي یا آسیایي امریکایي، د مثال په توګه، چینایي، آسیایي هندي، نیپالي یا ویتنامي

○ تور یا افریقي امریکایي

○ هسپانوي یا لاتینو، لاطیني، یا لاتینکس، د مثال په توګه، مکسیکي، وینزویلايي، یا برازیلي

○ د منځني ختیځ یا د شمالي افریقا (لیست په راتلونکي پاڼه کې جاري دی)

○ اصلي هاوايي يا د نورو پاسيفيک ټاپوگانو اوسيدونکی

○ سپين يا اروپايي امریکايي

○ يو بل اضافي نژاد يا قوميت لرونکی، مهرباني وکړئ شريک يې کړئ: _____

○ زه نه غواړم چې ځواب ورکم

آيا نور څه شتون لري چې تاسو غواړئ مور پرې ستاسو د ماشوم په اړه پوهه تر لاسه کړو؟

بشپړ شوی او لاسليک شوی فورمه بیرته د خپل ماشوم بڼوونځي ته واستوئ.