

نموذج تسجيل برنامج طب الأسنان Dental (Arabic) 2020-2019

اسم الطفل _____
(كما هو الحال في بطاقة ماين كير ، إن وجدت)
تاريخ الميلاد _____ / _____ / _____ الجنس MFT
العنوان _____ الرمز البريدي _____
هاتف يوم الوالدين _____ OK Msg نعم / لا
هاتف اخر _____ OK yes / n msg
خلية الطالب (لتنكير التعيين) _____
اسم المدرسة _____ المعلم / الصف _____

رقم معرف MaineCare (ينتهي بـ A) _____
تأمين الأسنان الخاص: اسم الشركة _____ رقم الوثيقة # _____
اسم المجموعة _____ الشخص المؤمن عليه _____
عنوان المطالبات على ظهر البطاقة _____

غير المؤمن عليه _____ إذا كنت غير مؤمن عليه ، فإن أحد مساعداتنا المالية سوف يتصل بك المستشارون لمناقشة التأمين وخيارات نطاق الرسوم الانزلاقية.

هل سبق لطفلك أي من التالي؟ من فضلك ✓ كل ما ينطبق .

إضافة / ADHD _____ السرطان / الأورام _____ أمراض القلب _____ الرعاية النفسية _____
الإيدز / فيروس نقص المناعة البشرية _____ الشلل الدماغي _____ التهاب الكبد _____
الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي _____
الربو _____ الشفة المشقوقة / الحنك _____ الهربس _____ مشاكل النطق / السمع _____
التوحد / اسبرجر _____ أمراض القلب الخلقية _____ ارتفاع ضغط الدم _____ مشاكل المعدة / الجهاز الهضمي _____
عيوب خلقية _____ نوع مرض السكري _____ اضطراب الكلى _____ مرض السل _____
اضطراب في الدم _____ الصرع / النوبات _____ اضطراب الكبد _____ أخرى هل يعاني طفلك من _____
أي حساسية؟ اشرح _____
أدرج أي أدوية يتناولها طفلك _____

هل يعاني طفلك من ألم في الأسنان؟ نعم لا

هل شاهد طفلك طبيب أسنان في العام الماضي؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم ، فأين؟

اللغة المنطوقة في المنزل _____

سياق الطفل: _____ الأسود، _____ متعدد الأعراق هاواي _____ جزر الآسيوية الأفريقية الأمريكية الأمريكيين أخرى المحيط الهادئ

جنوب / وسط / أمريكا الشمالية هندي ، ألاسكا أصلي _____ أبيض

عرق الطفل: _____ من أصل لاتيني / لاتيني _____ ليس إسباني / لاتيني

مجموع عدد أفراد الأسرة الذين يعيشون في الأسرة المعيشية: _____

إجمالي دخل الأسرة السنوي: _____

الموافقة على استخدام برنامج صحة الفم للأطفال الأكبر في بورتلاند والصحة لإصدار المعلومات

أعطي تصريحًا لطفلي ، _____ ، لاستخدام برنامج صحة الفم للأطفال الأكبر في بورتلاند ، والذي قد يتضمن إجراءات تشخيصية وعلاجية ، بما في ذلك استخدام التصوير بالأشعة السينية وتطبيق مخدر موضعي للعلاج. أتفهم أن توقيعي يشير إلى أنني تلقيت إشعار خصوصية شركة Portland Health الكبرى .

أخول بموجب هذا لموظفي برنامج صحة الفم في صحة الأطفال في بورتلاند الكبير الوصول إلى السجل الصحي لطفلي وإجازة موظفي برنامج صحة الفم للأطفال في بورتلاند الكبير وممرضة المدرسة أو العامل الاجتماعي في المدرسة لمشاركة المعلومات والسجلات الصحية ذات الصلة عند اعتبارها مناسبة للعلاج المقاصد.

أصرح بموجب ذلك لمقدمي الرعاية الأولية لطفلي وطبيب الأسنان وأخصائيي الصحة العقلية في مشاركة المعلومات والسجلات الصحية مع برنامج صحة الفم للأطفال في بورتلاند الكبير لصحة الأطفال لدعم رعاية طفلي ، وأعطي الإذن لبرنامج صحة الفم للأطفال الأكبر في بورتلاند. معلومات وسجلات صحية مع مقدم الرعاية الأولية لطفلي وطبيب الأسنان ومهنيي الصحة العقلية ، حسب الاقتضاء ، لتسهيل خدمات العلاج واستمرارية الرعاية وتنسيقها.

أصرح بموجب هذا للأشخاص من أي جهات خارجية تتعاقد للحصول على خدمات صحية أو سلوكية لطفلي لتبادل المعلومات والسجلات الصحية مع برنامج صحة الفم التابع للأطفال في بورتلاند الصحية الكبرى لدعم رعاية طفلي.

1 nearby ياذن برنامج صحة الفم الكبرى بورتلاند الصحية للأطفال لنشر المعلومات والسجلات المتعلقة الأسنان العلاج لدافعي طرف ثالث أو غيرها من غرض استلام الدفع مقابل الخدمات.

التحويل: هذا التفويض صالح طوال مدة تسجيل الطالب في نظام بورتلاند للمدارس أو حتى يتم نقله إلى مدرسة أخرى (أي من المدرسة الابتدائية إلى المرحلة المتوسطة أو من المدرسة المتوسطة إلى الثانوية). أعتزف أنه عندما ينتقل طلابي من المدرسة الابتدائية إلى المدرسة المتوسطة أو من المدرسة المتوسطة إلى الثانوية ، يجب أن أعيد تسجيلهم في برنامج صحة الفم إذا كنت أرغب في استمرارهم في تلقي الخدمات في برنامج

صحة الفم للأطفال في بورتلاند. أفهم أنه يجوز لي إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق إرسال إشعار كتابي بسحب موافقتي. أدرك أن سجلات طب الأسنان ، إذا استلمتها إدارة المدرسة ، قد لا تكون محمية

بموجب قانون HIPAA ، ولكنها ستصبح سجلات تعليمية محمية بموجب قانون الخصوصية والحقوق التعليمية للأسرة (FERPA). لقد قرأت هذا النموذج تمامًا وأوافق على تسجيل طلابي في برنامج Greater Portland Children's Oral Health Program في هذا الوقت.

توقيع ولي الأمر / الوصي : _____ التاريخ: _____

إطبع الاسم: _____ صلة _____