

نموذج - استمارة تصريح بتركيب حشوات أسنان وقائية

يقدم برنامج تركيب حشوات أسنان وقائية لكافة الأطفال في Wisconsin Seal-A-Smile، وهو برنامج تعاوني مقدم من تحالف صحة الأطفال لولاية ويسكونسن وإدارة الخدمات الصحية بولاية ويسكونسن. سيحضر إلى المدرسة مقدم مرخص لخدمات طب الأسنان لتوفير برنامج الحشوات الوقائية بدون أي تكلفة عليكم. يشمل البرنامج: تقييم لتحديد ما إذا كان تركيب الحشوات الوقائية ممكناً أم لا، وما إذا كان تركيب الحشوات الوقائية ملائماً، ومعالجات بالفلورايد، وتوجيهات لتفريش الأسنان بفرشاة جديدة. سيرُسل إليكم خطاب متابعة لإعلامكم بما تم إنجازه وبما يوصى به للاحتياجات المستقبلية. وستلتزم كافة الإجراءات بالتوصيات الصادرة من جمعية طب الأسنان الأمريكية (ADA) ومراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها (CDC) الخاصة ببرامج تركيب حشوات الأسنان الوقائية لطلبة المدارس. وهذا التصريح ساري حتى ستبدال الحشوات الوقائية المفقودة عند الفحص بعد عام من تركيبها أو لتركيب حشوات وقائية على الأسنان التي لم يتم وقيتها هذا العام

اسم عائلة الطفل: _____ الاسم الأول للطفل: _____ تاريخ الميلاد: ____/____/____

معلم/ة الطفل: _____ الصف الدراسي: _____ ضع دائرة حول أحدهما: ذكر أنثى

نعم، أرغب في مشاركة طفلي في برنامج وقاية الأسنان لطلبة المدارس وأخول فورورد هيلث Forward Health أو أية شركة تأمين خارجية أخرى سداد مقابل أية خدمات تستحق الدفع. وأصرح للمدرسة بمشاركة رقم بطاقة الطالب التعريفية لولاية ويسكونسن الخاصة بطفلي مع برنامج طلبة المدارس. (يرجى استيفاء بقية الاستمارة وإعادتها لمدرسة طفلك)

لا، أرفض مشاركة طفلي في برنامج وقاية الأسنان لطلبة المدارس. (وقع وأعددها لمدرسة طفلك)

الاسم) أحد الوالدين/الوصي (التوقيع) أحد الوالدين/الوصي التاريخ: ____/____/____

سبب عدم المشاركة؟ _____

ما نوع التأمين على الأسنان لدى طفلك؟ لن يُحرم أي طالب من هذه الخدمات بناءً على تأمينه الصحي. BadgerCare/ميديكيد/Forward Health تأمين خاص (مثل Delta أو Cigna) بدون تأمين غير ذلك _____

الأصل (حدد خياراً واحداً): ذو أصول لاتينية غير ذلك غير معلوم

العرق: (حدد خياراً واحداً) أبيض أسود/ أمريكي أفريقي آسيوي الهنود الأمريكيين/ سكان الأسكا الأصليين سكان هاواي الأصليين/ سكان جزر المحيط الهادئ غير معلوم/ غير متوفر

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية فيما يخص طفلك: (ضع دائرة حول أحدهما)

- | | | |
|----|-----|---|
| لا | نعم | 1. هل يتناول طفلك أية أدوية موصوفة من قبل طبيبها؟
إذا كانت الإجابة نعم، ما نوعها؟ |
| لا | نعم | 2. هل يحتاج طفلك أو يتلقى رعاية طبية أكثر من أطفال آخرين في نفس عمره؟ |
| لا | نعم | 3. هل يعاني طفلك من صعوبة في القيام بالأمر التي يقوم بها معظم الأطفال في عمره؟ |
| لا | نعم | 4. هل يحتاج طفلك أو يتلقى أي علاج خاص، مثل العلاج الطبيعي، أو المعالجة المهنية أو معالجة النطق؟ |
| لا | نعم | 5. هل يحتاج طفلك لإرشاد أو معالجة لمشاكل سلوكية أو انفعالية أو تأخر في المشي أو الكلام أو الأنشطة الأخرى التي يقوم بها أطفال آخرين في عمره؟ |
| لا | نعم | إذا اخترت "نعم" في أي سؤال من (1-5) أعلاه: هل دامت هذه المشكلة أو متوقع أن تدوم لمدة 12 شهراً على الأقل؟ |
| لا | نعم | هل يعاني طفلك من أية حساسية (مثل الحساسية تجاه الأدوية أو الطعام أو اللاتكس وخلافه) إذا كانت الإجابة نعم، أي نوع؟ _____ |

هل فحص طفلك من قبل طبيب أسنان؟ نعم، خلال عام نعم، منذ أكثر من عام أبداً
اسم طبيب الأسنان الأساسي الخاص بطفلك: _____

هل هناك أية أمور أخرى تود إعلامنا بها عن طفلك؟

*العلاج الذي سيتلقاه طفلك في هذا البرنامج ليس بديلاً عن رعاية الأسنان الاعتيادية. فما زال يوصى بشدة الاستعانة بمركز طب أسنان (طبيب أسنان للعائلة) للحصول على رعاية منتظمة والتي تشمل أية متابعة قد ينصح بها بعد استكمال طفلك لبرنامج صحة الفم والأسنان لطلبة المدارس هذا.