



إذا وددت أن يشارك طفلك، فيجب ملء بيانات استمارة جديدة كل عام دراسي

**العناية بأسنان طفلك أمر مهم للحفاظ على صحتها.
خدمات خاصة بالأسنان متوفرة للجميع دون تكلفة مادية***

*للموافقات المقدمة من برامج Medicaid و Grant

هذا البرنامج سهل ومرح: يذهب فريق طب الأسنان المرخص من الولاية إلى المدرسة مباشرة لتوفير تنظيف للأسنان بشكل منتظم ومتابعة العناية كلما تتطلب الأمر. ليست هناك حاجة للتغيب عن العمل ولا أن يُضيع طفلك الوقت المخصص للدراسة في الفصل.

لوازم مجانية للأسنان متوفرة لكل المشتركين في البرنامج! يمكن أن تصبح سكول سمايلز "School Smiles" الراعي الرئيسي للعناية بأسنان طفلك!

معلومات عامة عن الطفل

الاسم القانوني للطفل: _____ تاريخ الميلاد: ____/____/____ (علم بدائرة) ذكر أنثى

العنوان: المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

المدرسة: _____ المقاطعة: _____ الصف: _____

اسم ولي الأمر/الوصي: _____ الهاتف: _____

رقم اجتماعي الطفل:

معلومات الدفع: (يرجى التحقق) MEDICAID ■ تأمين خاص ■ دون تأمين

1. المعلومات الخاصة بـ Medicaid: رقم هوية مكون من 10 أرقام أو 12 رقمًا #

خطط الرعاية المدارة: _____

2. التأمين الخاص: اسم شركة تأمين طب الأسنان: _____ التأمين الهاتف: _____
اسم المشترك: _____ تاريخ ميلاد المشترك: ____/____/____

رقم هوية المشترك: _____ رقم التأمين الاجتماعي للمشارك _____

3. خيارات طب الأسنان لغير المؤمن عليه:

خيار تحمل التكاليف الطبية بنفسك: إذا أردت موعداً عاجلاً لطفلك، فليدخ خيار دفع الرسوم المخفضة بقيمة 99 دولاراً، والذي يغطي تكاليف تنظيف الأسنان وعمل أشعة سينية والعلاج بالفلورايد والفحص. يجب دفع 99 دولاراً قبل فحص الطفل عن طريق حوالة بريدية أو الاتصال على (1.855.497.6453) لتقديمها من خلال الهاتف.

خيار طلب منحة من برنامج Grant: إذا وددت إضافة اسمك إلى قائمة الانتظار للموافقة على حصولك على منحة، فيرجى هذا المربع. وسوف يتم إبلاغك حينما تتم الموافقة على طفلك. وتقدم هذه الخدمة بأسبقية الوصول.

أسئلة مهمة عن الصحة:

1. هل يعاني طفلك من أي حالات صحية حالية، مثل: مشاكل في القلب أو نوبات صرع أو حساسية أو ما إلى ذلك؟ إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى كتابة التفاصيل أدناه. وإذا كانت الإجابة لا، فدع المكان فارغاً: _____

التوقيع المطلوبة

أنا ولي الأمر/الوصي _____ أتفهم الأمر وأمنح الإذن لأطباء الأسنان التابعين لسكول سمايلز "School Smiles" أن يقدموا الخدمات التالية لطفلي في المدرسة، والتي تشمل: فحص الأسنان وعمل أشعة سينية وتنظيف الأسنان والعلاج بالفلورايد وفلورايد ثنائي أمين الفضة ووضع الطبقات الواقية من التسوس، كلما اقتضى الأمر لمدة 6 أشهر من الفحوصات الطبية. وأمنح الإذن أيضاً لطفلي بأن يتلقى معالجة طبية للأسنان كلما احتاج لذلك في شكل حشوات مرصمة واستخدام تخدير موضعي لتخدير المنطقة، بالإضافة لأي تغييرات يمكن حدوثها. أتفهم أنه قد يكون ضرورياً في أثناء المعالجة أن يتم أي تغيير أو تعديل في حال طرأ شيء لم يُكتشف خلال الفحص الأولي. على سبيل المثال: حشوات الأسنان الأكبر حجماً، وتيجان الأسنان الفولاذ المقاومة للصدأ، وبتير لب السن (قناة جذر السن أو السن اللبني)، وخلع الأسنان (قلع السن).
توجد نسخة من إشعار الخصوصية لسكول سمايلز "School Smiles"، التابعة للقانون الأمريكي لحماية معلومات المرضى HIPPA، في خلف هذه الاستمارة. من خلال التوقيع، فإنني أيضاً أتفهم أن نسخة منها سوف يتم تقديمها في موعد الكشف الطبي لطفلي، ويمكن طلب نسخة إضافية بالاتصال على 1.855.497.6453.
من خلال التوقيع أدناه، أوافق على تنظيف الأسنان الروتيني، بالإضافة إلى أي معالجة ضرورية للأسنان لمدة عام دراسي واحد:

توقيع ولي الأمر/الوصي: _____ التاريخ: ____/____/____

**يرجى ملاحظة: أنه إذا احتاج طفلك إلى معالجة أكثر من الحشو، مثل تيجان الأسنان الفولاذ المقاومة للصدأ أو عمل بتير لب السن أو خلع السن، فيلزم الحصول على موافقة إضافية. وإذا احتاج طفلك لعلاج خارج نطاق ما تقدمه سكول سمايلز "School Smiles"، فسوف يتم تقديم إحالة لك.

إشعار بسياسة الخصوصية

مسؤوليات سكول سمايلز "School Smiles" القانونية: كما تقتضي القوانين الفدرالية والتابعة للولاية، يجب أن تكون معلومات صحة طفلك محمية. ويجب عليك التأكد من إدراكك لسياسة الخصوصية والواجبات القانونية وحقوقك المكفولة في معلوماتنا الصحية المحمية. سيصبح هذا الإشعار بسياسة الخصوصية -المبنيّ أدناه- ساريًا طوال فترة العلاج ويجب أن نتبع ما فيه. إننا نحتفظ بالحق في تغيير سياسة الخصوصية الخاصة بنا وبنود هذا الإشعار في أي وقت، وسوف نقوم بمثل هذه التعديلات وفق المبادئ التوجيهية للقانون. كما نحتفظ بالحق في عمل تعديلات سارية على كل المعلومات الصحية المحمية التي نحتفظ بها، بما فيها المعلومات الصحية المحمية التي أنشأناها أو تسلمناها قبل التغييرات التي حدثت. سوف يكون تغيير هذا الإشعار أكثر أهمية من كل التعديلات الأخرى. وسوف يكون هذا الإشعار متاحًا عند الطلب. وسوف تتوفر نسخ من هذا الإشعار بناءً على طلبك. وسوف تكون المعلومات المتعلقة بكيفية تواصلك معنا أسفل هذا الإخطار تيسيرًا عليك.

استخدام المعلومات الصحية المحمية والإفصاح عنها

قد تُستخدم المعلومات الصحية المحمية المتعلقة بطفلك أو يتم الإفصاح عنها بغرض المعالجة أو الدفع أو أي عمليات للرعاية الصحية. الأمثلة المذكورة أدناه لمزيد من توضيح عملية استخدام المعلومات والإفصاح عنها.

العلاج: قد يتم تقديم المعلومات الصحية المحمية الخاصة بطفلك والإفصاح عنها للطبيب المعالج لطفلك أو مقدم الرعاية الطبية له

الدفع: قد يتم استخدام المعلومات الصحية المحمية لطفلك أو الإفصاح عنها لتحصيل مدفوعات الخدمات التي نقدمها لطفلك.

حالات الطوارئ: قد ننصح عن المعلومات الصحية لطفلك لإبلاغ أو المساعدة في إبلاغ فرد من أفراد العائلة أو أي شخص مسؤول عن رعاية الطفل بخصوص الحالة الصحية له، وذلك في حالة وجود حالة طارئة خاصة بصحة طفلك أو وفاته.

ما يقتضيه القانون: قد يتم استخدام المعلومات الصحية المحمية لطفلك أو الإفصاح عنها إذا اقتضى القانون ذلك. على سبيل المثال، من أجل الأسباب الصحية العامة المرتبطة بمرض ما، أو إعاقة نتيجة إساءة معاملة الأطفال أو إهمالهم أو نتيجة العنف الأسري، أو نتيجة مشكلات بسبب إدارة الغذاء والعقاقير أو تحسس للأدوية، أو نتيجة التعرض لمرض ما أو عدوى.

إنفاذ القانون والسلامة العامة: قد يتم الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية لطفلك لجهات إنفاذ القانون إما بغرض تحديد مكان أو الوصول إلى مشتبه فيه أو شخص هارب أو شخص مفقود، أو في حالة حدوث تهديد وشيك يشكل خطرًا في صحة شخص من عامة الناس وسلامته.

رسائل تذكيرية بالمواعيد: قد يتم استخدام المعلومات الصحية المحمية لطفلك كي تساعدك برسائل تذكيرية بالمواعيد في صورة رسائل وبطاقات بريدية وخطابات بالبريد الصوتي.

حقوق المريض

إمكانية الوصول: لديك الحق في الاطلاع على المعلومات الصحية المحمية لطفلك في أي وقت إلا في حالات استثنائية. سوف نقدم لك معلومات طفلك عند تقديمك طلبًا خطيًا. لديك الحق في استلام المعلومات الصحية الخاصة بطفلك أو التوصل إليها من خلال طريقة بديلة، أو إرسالها إلى مكان بديل بدلًا من وسيلة الاتصال أو التوصيل المعتادة عند الطلب. لديك الحق في تسليم محاسبة عمليات الكشف المتعلقة بالمعلومات الصحية الخاصة بطفلك، والتي تم إجراؤها بموجب هذه الممارسة.

القيود المفروضة: لديك الحق في طلب قيود مفروضة على استخدامات وعمليات كشف معينة للمعلومات الصحية الخاصة بطفلك. ومع ذلك، يُرجى العلم بأننا غير مطالبين بالموافقة على القيود المفروضة التي تتطلبها. وإذا افقتنا على اتباع طلبك المتعلق بالقيود المفروضة الإضافية، فإننا سنتبع القيود المفروضة المتفق عليها ما لم تقتض أي حالة طارئة خلاف ذلك.

تعديل: يمكنك المبادرة بطلب خطي لتعديل المعلومات الصحية الخاصة بطفلك. ويتضمن ما هو موجود في التعديل الآتي بحيث يجب شرح سبب تعديل المعلومات. قد توجد شروط معينة تجعلنا نرفض طلبك.

الأسئلة والشكاوي: للأسئلة والشكاوي المتعلقة بحقوقك الخاصة أو كيفية التعامل مع المعلومات الصحية لطفلك، يُرجى التواصل على:

School Smiles

Luis Garabis, DDS

1499 Windhorst Way, Suite 100

Greenwood, IN 46143

رقم الهاتف: 1.855.49SMILE

الفاكس: 317.886.6636

تواصل معنا عبر: contactus@schoolsmiles.com

إذا لم تكن راضيًا عن الطريقة التي تم التعامل بها مع شكواك، فيمكنك تقديم شكوى رسمية لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة.