



فاكس: 888-781-5678 بريد إلكتروني: patientforms@schoolsmiles.com الرقم المجاني: 1-855-497-6453

يجب إكمال نموذج جديد في كل عام دراسي إذا كنت ترغب في مشاركة طفلك

اشترك اليوم لمقابلة طبيب الأسنان في المدرسة!!

املاً ببياناتك وارجع إلى المدرسة أو اشترك عبر الإنترنت: www.schoolsmiles.com/student-signup

الخطوة 1	معلومات عامة عن الطفل	
	الاسم القانوني للطفل: _____ تاريخ الميلاد: ____/____/____ (ضع دائرة ذكر/أنثى) العنوان: _____ المدينة: _____ المقاطعة: _____ رقم الفصل الدراسي: _____ أوافق على تلقي رسائل الرعاية الصحية من School Smiles. _____ البريد الإلكتروني: _____	
الخطوة 2	معلومات الدفع: (يرجى التحقق)	
	☐ المساعدة الطبية ☐ التأمين الخاص ☐ غير مؤمن عليهم 1. معلومات Medicaid: رقم التعريف المكون من 10 أو 12 رقماً _____ خطة الرعاية المُدارة: _____ 2. التأمين الخاص: اسم شركة التأمين لطب الأسنان: _____ اسم المشترك: _____ تاريخ ميلاد المشترك: ____/____/____ رقم الضمان الاجتماعي للمشارك: _____ 3. خيارات علاج الأسنان غير المؤمن عليها: ☐ خيار الدفع الذاتي: إذا كنت ترغب في خضوع طفلك للكشف على الفور، فليدك خيار دفع الرسوم المخفضة البالغة 49 دولاراً والتي تغطي التنظيف والأشعة السينية والفورلايد والفحص. يجب دفع مبلغ 49 دولاراً قبل الكشف على الطفل عبر حوالة بريدية أو الاتصال بالرقم (1.855.497.6453) لتوفير الدفع عبر الهاتف. ☐ خيار طلب المنحة: تتوفر خدمات طب الأسنان على أساس من يأتي أولاً يُخدم أولاً. **مُتاح فقط لأولئك الذين ليس لديهم تأمين على الأسنان. قد تكون هناك حاجة إلى وثائق إضافية لتأكيد الأهلية المالية**	
الخطوة 3	أسئلة صحية مهمة:	
	1. هل يعاني طفلك من أي حالات طبية حالية مثل: مشاكل في القلب، اضطرابات النوم، الحساسية، إلخ؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى ذكرها أدناه. _____ إذا كانت الإجابة "لا"، فاترك المكان فارغاً.	

الخطوة 4	التوقيع مطلوب	
	أنا ولي الأمر/الوصي على _____ أفهم وأعطي الإذن لأطباء الأسنان في School Smiles بتقديم الخدمات التالية لطفلي في المدرسة والتي تشمل: الفحص، والأشعة السينية، والتنظيف، والفورلايد، وفلورايد ديامين الفضة، والمواد المانعة للتسرب حسب الحاجة لمدة 6 سنوات. فحوصات شهرية. كما أُمّنح الإذن لطفلي بأن يتلقى، في نفس يوم الفحص، أو في الموعد المحدد حسب الحاجة، أي علاج إضافي للأسنان في شكل حشوات ترميمية، مع وضع اللب إذا لزم الأمر، ومخدر موضعي لتخدير المنطقة. أفهم أنه أثناء العلاج قد يكون من الضروري تغيير الإجراءات أو إضافتها في نفس اليوم بسبب الحالات التي تم العثور عليها والتي لم يتم اكتشافها أثناء الفحص الأولي والتي تشمل: حشوات أكبر، وتيجان من الفولاذ المقاوم للصدأ، ووضع اللب (قناة جذر الأسنان اللببية)، وحافظات المساحة، والقلع (قلع السن). البيان المالي: يُرجى العلم بأن أي علاج يتم تقديمه قد يؤثر في المزايا المستقبلية التي سيحصل عليها طفلك بموجب التأمين الخاص، وبرنامج التأمين الصحي، وMedicaid. * يُرجى الملاحظة: إذا كان طفلك يحتاج إلى علاج يتجاوز الحشوات، مثل التيجان المصنوعة من الفولاذ المقاوم للصدأ، أو قطع اللب، أو عمليات خلع الأسنان، فستكون هناك حاجة إلى موافقة إضافية منك. إذا كان طفلك يحتاج إلى علاج خارج نطاق ما يُمكن أن تقدمه School Smiles، فستكون الإحالة مُتاحة لك. أدرك أنه سيتم تقديم نسخة من إشعار خصوصية School Smiles HIPAA عند موعد طفلي ويمكن أيضاً العثور على نسخة بزيارة https://schoolsmiles.com/schools/forms/ . بالتوقيع أدناه، أوافق على تنظيف الأسنان الروتيني بالإضافة إلى أي علاج ضروري للأسنان لمدة عام دراسي واحد وأُمّنح الإذن بإرسال نموذج التسجيل هذا عبر الفاكس أو البريد الإلكتروني أو البريد العادي إلى School Smiles. توقيع ولي الأمر/الوصي القانوني: _____ التاريخ: _____ إذا كان طفلك يحتاج إلى علاج خارج نطاق ما يُمكن أن تقدمه School Smiles، فسيتم توفير الإحالة لك.	