

Smiles on Wheels في طريقها إلى مدرسة ابنكم!

تعرض Smiles on Wheels خدمات رعاية
أسنان الأطفال من دون تحملك لأي تكلفة!

◀ فحص الأسنان، وتنظيفها ونشر الوعي عنها

◀ الختام السني

◀ العلاجات بالفلوريد

سوف يتم إرسال إشعار إلى المنزل بعد الزيارة يشرح الخدمات المتاحة ويضم معلومات للمساعدة في العثور على عيادة أسنان، إذا دعت الحاجة.

أكمل نموذج الموافقة المرفق لمساعدة طفلك على التمتع بأسنان صحية!
إذا كان لديك تأمين على الأسنان، سيدفع التأمين نظير الخدمات المقدمة. إذا لم يكن لديك تأمين على الأسنان، فستقدم الخدمات من دون تحملك لأي تكلفة.

تاريخ (تواريخ) الحدث: _____

موقع الحدث: _____

(يرجى وضع دائرة)

نعم/لا أسمح لبرنامج Smiles on Wheels باستعمال صور

طفلي لأغراض تعليمية أو ترويجية. الأحرف الأولى من اسم الوالد/ الوصي: _____



"أعلم أنه من الضروري الحفاظ على صحة أسنان طفلي، لكن من الصعب أن أتغيب عن العمل واحضر الطفل إلى طبيب الأسنان. تأتي Smiles on Wheels مباشرة إلى المدرسة ليتمكن ابني من الحصول على علاجات الختام السني. شعوري أفضل وأنا أعلم أن أسنانه محمية."



 DELTA DENTAL®

SEAL!
MICHIGAN

أسئلة؟

تواصل مع Smiles on Wheels
جاكسون: (517) 740-7422
شبه الجزيرة الأعلى: (906) 221-2389
smilesonwheels@hotmail.com

Smiles on Wheels

عيادة رعاية صحة الأسنان المتنقلة
501c3 لا تهدف للربح

www.smilesonwheels.org

نموذج موافقة ولي الأمر على مشاركة الطفل في Smiles on Wheels

برنامج الختام السنوي وبرنامج الطلاء بالفلورايد

المدرسة: _____ الصف: _____ المعلم: _____
اسم الطفل القانوني: _____ (الأول) (الوسط) (الأخير)
العنوان: _____ رقم الهاتف: _____ (الشارع) (المدينة) (الرمز البريدي)
تاريخ الولادة: _____ / _____ / _____ (سنة) (شهر) (يوم) ذكر أو أنثى (ضع دائرة حول واحد)
رقم الجوال: _____
اللغة المفضلة (ضع دائرة حول لغة واحدة): الإنجليزية الأسبانية أخرى (يرجى تحديد اللغة): _____
أي الصفات التالية تصف طفلك (ضع دائرة حول واحد أو أكثر): أسود/أفريقي أمريكي أبيض أسباني/لاتيني آسيوي عربي أمريكي أمريكي هندي/ من آلاسكا من سكان هاواي الأصليين/ من جزر المحيط الهادئ الأخرى أخرى

تسوس الأسنان هو أحد أكثر الأمراض انتشارًا بين الأطفال. يمكن طلاء السن بالفلورايد لحماية الأسنان من التسوس. يمكن وضع طلاء الفلورايد حتى أربع مرات في السنة.

نعم، أسمح بأن يحصل طفلي على: فلورايد، طلاء، فحص الفم، تنظيف الأسنان والختام السنوي، إذا دعت الحاجة.

نعم، أسمح بأن يحصل طفلي على: فحص الفم والختام السنوي فقط.

لا، أنا لا أسمح بأن يحصل طفلي على العلاج من قبل Smiles on Wheels.

اسم ولي الأمر مطبوعاً: _____ التاريخ: _____
توقيع ولي الأمر: _____

سوف تكون هذه الموافقة سارية طوال مدة هذا البرنامج وهي 12 شهراً.

(يرجى وضع دائرة):

نعم/لا (1) هل يعاني طفلك من الحساسية تجاه أي شيء؟ إذا كان الجواب نعم، فما هو؟ _____

نعم/لا (2) هل يتناول طفلك أي أدوية؟ إذا كان الجواب نعم، فما هي؟ _____

نعم/لا (3) هل يعاني طفلك من أي حالات طبية مثل أمراض القلب، الربو، حمى القش، التهاب الكبد، السرطان، السكري،

أو أي حالات طبية أخرى؟ إذا كان الجواب نعم، فما هي؟ _____

نعم/لا (4) هل يعاني طفلك من أي تعسر تعليمي أو عاطفي؟ إذا كان الجواب نعم، فما هو؟ _____

لا توجد أي تكلفة تتحملها مقابل هذا البرنامج. على أي حال، سيتم تحميل شركة التأمين على الأسنان Medicaid/Healthy Kids Dental/MiChild وغيرها من شركات التأمين على الأسنان بعض التكاليف للمساعدة في تغطية تكلفة هذا البرنامج. الرجاء تعبئة معلومات التأمين.

رقم Medicaid: _____ اسم التأمين: _____

الاسم المؤمن عليه: _____ (الأول) (الأخير)

تاريخ الولادة: _____ / _____ / _____ (سنة) (شهر) (يوم) رقم المجموعة: _____

رقم البوليصة أو رقم الهوية: _____ أو رقم المؤمن عليه من الضمان الاجتماعي: _____ - _____ - _____

صاحب العمل: _____ رقم هاتف صاحب العمل: _____

سوف تظل معلومات طفلك سرية ولن تتم مشاركتها مع أي شخص ليس ضالغاً بشكل مباشر في رعاية طفلك كجزء من قانون التأمين الصحي وإمكانية الحمل والمحاسبة (HIPAA).

يمكن الحصول على خدمات رعاية الأسنان في عيادة المريض وليس في المنشأة الجوال، والحصول على نفس الخدمات مرة أخرى قد يمس بفعالية التأمين التي يستحقها أو تستحقها من التأمين الخاص، أو الحكومي أو الاتحادي، أو مزود خدمة آخر لفراند خدمات الأسنان.

FOR OFFICE USE ONLY

VISIT 1: Date: _____ RDH: _____ AD/CH Prophy: _____ Varnish: _____ Screen: _____ # Teeth: _____ Fills: _____ Cavities: _____
SP Needs: _____ Urgent Care/Abscessed #: _____ SEAL #: NONE 3 14 19 30 2 15 18 31 4 5 12 13 20 21 28 29
Notes: _____

VISIT 2: Date: _____ RDH: _____ AD/CH Prophy: _____ Varnish: _____ Screen: _____ # Teeth: _____ Fills: _____ Cavities: _____
SP Needs: _____ Urgent Care/Abscessed #: _____ SEAL #: NONE 3 14 19 30 2 15 18 31 4 5 12 13 20 21 28 29
Notes: _____

VISIT 3: Sealant Retention Check:
Date: _____ RDH: _____ All Retained: _____ REPLACED #: 3 14 19 30 2 15 18 31 4 5 12 13 20 21 28 29
FORM-6402 v1