

مهم يرجى إعادة قسيمة الإذن بعد توقيعها من أجل الحصول على هذه الخدمة المجانية

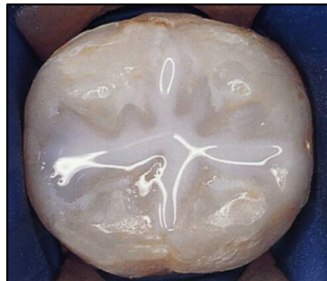


الفلورايد وهو يوضع على الأسنان بفرشاة صغيرة.

لمزيد من المعلومات، يرجى
الاتصال بنا على الرقم التالي
503-521-7166.

قبل وضع طبقات سد الشقوق

بعد وضع طبقات سد الشقوق



تتضمن الخدمات على الآتي:

- فحص الأسنان المجاني - يفحص أخصائي الأسنان لدينا فم الطالب للتحقق من الصحة العامة لأسنانه ولثته.
 - طبقات سد شقوق الأسنان المجانية - توضع الطبقات على أسنان الطالب الخلفية لمنع تسوسها
 - الفلورايد المجاني - تفرش الأسنان بهذا الفيتامين لتقوية الأسنان ومنع تسوسها.
- لماذا ينبغي لك تسجيل طفلك للحصول على خدمات مجانية:**
- صحة الأسنان مهمة لصحتك العامة.
 - عندما يتم وضع طبقات سد شقوق الأسنان داخل المدرسة، فإنك تكون قللت من الوقت الذي كان سيضيع من عملك، وكذلك الوقت الذي كان سيضيع من دراسة طفلك.
 - يتم تركيب طبقات سد شقوق الأسنان على أيدي متخصصين في العناية بالأسنان
 - ينبغي مراجعة طبيب الأسنان مرة واحدة في السنة على الأقل.

المشكلة: تسوس الأسنان

- التسوس هو أكثر أمراض الطفولة شيوعاً،
- حيث يعاني ما يقارب من 50 % من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 5 أعوام إلى 11 عاماً من التسوس في أحد أسنانهم على الأقل¹.

الحل: مانعات تسرب الشق السني

- الطلاب الذين تُوضع لهم طبقات لسد شقوق الأسنان يقل تعرضهم للتسوس بنسبة 50 %مقارنة بالطلاب الذين لا توضع لهم هذه الطبقات².
- طبقات الفلوريد تمنع التسوس في الأسنان الدائمة بنسبة 43 %، وتمنع. أيضاً التسوس في الأسنان اللبنية بنسبة 37 %³

¹<https://www.cdc.gov/oralhealth/basics/childrens-oral-health/index.html#:~:text=More%20than%20half%20of%20adolescents,one%20in%20five%20have%20cavities,one%20in%20ten%20have%20gum%20disease>. صحة الفم لدى الأطفال. مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها

<https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/OnePager-Oral-Health-School-Sealants.pdf>. يراجع وضع طبقات سد شقوق الأسنان في المدارس :تحسين صحة الفم (2017). فريق عمل الخدمات الوقائية المجتمعية²

الرقم التعريفي للكتاب: CD002279، المادة رقم 7، العدد 2013، طبقات الفلوريد للوقاية من تسوس الأسنان لدى الأطفال والمراهقين قاعدة بيانات كوكران للمراجعات المنهجية. فاليريا ماريديو، وهيلين ورينجتون، وتانيا والش، وإجان إي كلاركسون³
 (DOI): 10.1002/14651858

FREE DENTAL SERVICES AT YOUR CHILD'S SCHOOL

Important: Please return a signed permission slip to use this free service.

Free services include:

- Dental screening: Our dental professional looks in the student's mouth to check the health of teeth and gums.
- Dental sealants: Coatings may be put on the student's back teeth to prevent cavities.
- Fluoride: Brushed on teeth, this vitamin makes teeth stronger and prevents cavities.



Why you should sign your child up for free services:

- Healthy teeth are important to your overall health.
- When dental sealants are done in school you miss less work and your child misses less school.
- Dental sealants are done by dental care professionals.
- See your dentist at least once a year.



Fluoride is put onto teeth with a small brush.

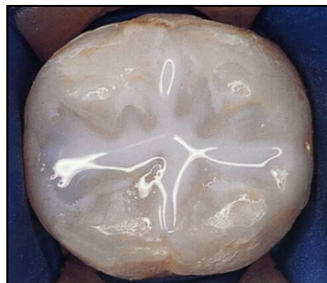
For more information,
please call us at

503-521-7166.

Before Sealant



After Sealant



The Problem: Cavities

- Cavities are the most common childhood disease.
- About 50% of children aged 5-11 years have at least one cavity¹.

The Solution: Dental Sealants

- Students who receive sealants have 50% fewer cavities than students who do not².
- Fluoride application prevents 43% of cavities in permanent teeth and 37% of cavities in baby teeth³.

¹ CDC. Children's Oral Health. <https://www.cdc.gov/oralhealth/basics/childrens-oral-health/index.html#:~:text=More%20than%20half%20of%20adolescents,one%20in%20ten>

² Community Preventive Services Task Force. (2017) Improving Oral Health: School-Based Dental Sealant Delivery Programs. <https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/OnePager-OralHealth-School-Sealants.pdf>

³ Marinho VCC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No: CD002279. DOI: 10.1002/14651858



قسمة الترخيص لخدمات طب الأسنان المجانية

يتم تقديم فحوصات مجانية للأسنان والمواد المانعة لتسرب الأسنان وفلورايد مصقول في مدرسة طفلك. يتم تقديم هذه الخدمات من قبل متخصصي العناية بالأسنان وسوف تساعد في منع تسوس الأسنان.

اسم الطفل: _____		
(الاسم المفضل)	(الاسم الأول)	(اسم العائلة)
تاريخ ميلاد الطفل: _____ / _____ / _____ (اليوم) (الشهر) (العام)		
الجنس: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر		

حدد خانة واحدة أدناه للتسجيل في هذه الخدمة المجانية:

- ☐ نعم للفحص والمواد المانعة للتسرب والفلورايد
☐ نعم للفحص والمواد المانعة للتسرب
☐ نعم للفحص والفلورايد
☐ نعم للفحص فقط

* ملحوظة: إذا تم تحديد أكثر من مربع بـ "نعم"، فسيتم توفير جميع الخدمات المعتمدة.
☐ لا، لا تقدموا أية خدمات أسنان لطفلي

معلومات الاتصال	
الوالد/الوصي:	اللغة المفضلة:
أفضل رقم هاتف للوصول إليك:	إذن بالمراسلة النصية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
عنوان البريد الإلكتروني:	
العنوان البريدي:	

يرجى تقديم المعلومات التالية حتى تتمكن من خدمة طفلك بشكل أفضل:

طفلي يأخذ (قائمة الأدوية):	<input type="checkbox"/> لا يوجد:
طفلي يعاني من حساسية تجاه:	<input type="checkbox"/> لا يوجد:
أية حالات طبية حالية:	<input type="checkbox"/> لا يوجد:
أية اعتبارات سلوكية:	<input type="checkbox"/> لا يوجد:
معلومات أخرى لمساعدتنا على تقديم خدمة أفضل لطفلك:	<input type="checkbox"/> لا يوجد:

الرجاء إكمال القسم أدناه. لن تتلقى فاتورة

هذه الخدمات مجانية!	تأمين صحي:
	<input type="checkbox"/> خطة ولاية أوريغون الصحية (OHP) / معرف الميديكيد # _____
	<input type="checkbox"/> شركة خاصة لتأمين الأسنان _____
<input type="checkbox"/> لا يوجد تأمين صحي	

بصفتي الوالد / الوصي القانوني، أوافق لمدة 24 شهرا بموجب هذا على الإفصاح عن المعلومات ومشاركتها، بما في ذلك أية معلومات صحية شخصية، بين موظفي المواد المانعة تسرب الأسنان وموظفي المدرسة وشركات التأمين وطبيب أسنان الطفل ومنظمة الرعاية المنسقة المعمول بها و/أو منظمة رعاية الأسنان للسجل. لقد تلقيت نسخة من "إشعارات ممارسات الخصوصية" التي تتوفر أيضا على موقع الويب الخاص بصحة الفم المجتمعية أول سمايلز: AllSmilesCOH.org/forms. أعرف أنه يجوز لطالب طب أسنان يعمل تحت الإشراف الوثيقي من أخصائي معتمد أن يقدم العلاج.

توقيع الوالد/ة / الوصي: _____ التاريخ: _____

Permission Slip for Free Dental Services



Free dental screenings, sealant placements, and brushed-on fluoride are offered at your child's school. These services are done by dental care professionals and will help prevent cavities.

Name of Child: _____		
(Last)	(First)	(Preferred Name)
Child's Date of Birth (mm/dd/yy): ____ / ____ / ____ Teacher: _____ Grade: _____		
School: _____		

Check **ONE BOX** below to sign up for this free service:

- ☐ Yes, to screening, sealants and fluoride
- ☐ Yes, to screening and sealants
- ☐ Yes, to screening and fluoride
- ☐ Yes, to screening only

* NOTE: If more than one "yes" box is checked, all approved services will be provided.

☐ **NO, do not provide any dental services for my child**

Contact Information	
Parent/Guardian:	Preferred Language:
Best phone number to reach you:	Permission to Text: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Email address:	
Mailing address:	

Please provide the following information so we can better serve your child:

My child is taking (list medications):	None: <input type="checkbox"/>
My child is allergic to:	None: <input type="checkbox"/>
Any current medical conditions:	None: <input type="checkbox"/>
Any behavioral considerations:	None: <input type="checkbox"/>
Other information to help us better serve your child:	None: <input type="checkbox"/>

Please complete the section below. You will not receive a bill.

Health Insurance: <input type="checkbox"/> Oregon Health Plan (OHP) / Medicaid ID# _____ <input type="checkbox"/> Private dental insurance company _____ <input type="checkbox"/> No health insurance	These services are FREE!
As the legal parent/guardian, I consent for 24 months to the release and sharing of information, including personal health information, between the dental sealant staff, school staff, insurance carriers, the child's dentist, applicable Coordinated Care Organization, and/or the Dental Care Organization of record. I have received a copy of "Notices of Privacy Practices," also available on the All Smiles Community Oral Health website AllSmilesCOH.org/forms . I understand that a dental student closely supervised by a licensed professional may provide treatment.	
Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____	

ملخص إشعار ممارسات الخصوصية

خصوصية معلوماتك الصحية المحمية، والتي يُطلق عليها أيضًا اسم سجلك الطبي، لها الأولوية القصوى في عيادة All Smiles Community Oral Health. وهناك عدد من الأسباب قد تجعلنا نحتاج إلى استخدام هذه المعلومات أو الإفصاح عنها للآخرين. وتُرسل عيادة All Smiles Community Oral Health هذا الإشعار بممارسات الخصوصية لإعلامك بالطرق التي قد نستخدم بها المعلومات من سجلك الطبي ونُصرِّح بها. وهذه الصفحة ليست إشعار ممارسات الخصوصية الكامل؛ فالإشعار الكامل متوفر عند الطلب. بالإضافة إلى التزامنا الدائم بحماية معلوماتك، نتعهد ببعض الالتزامات بمقتضى القانون الفيدرالي؛ وأحد تلك الالتزامات إرسال هذا الإشعار إليك.

الأمور الموضحة في إشعار ممارسات الخصوصية الكامل

- **كيف يُمكننا استخدام معلوماتك الصحية ونشاركها بدون إذن منك من أجل:**
 - توفير العلاج إليك
 - تلقي المدفوعات نظير الخدمات التي نُقدِّمها إليك
 - إعداد تقارير إلى الوكالات الفيدرالية، ووكالات الولايات، والوكالات المحلية، وغيرها، عندما يقتضي القانون إعداد هذه التقارير
 - إصدار التقارير أو مشاركة المعلومات من أجل الصحة العامة، أو السلامة، أو للوفاء بأغراض بحثية.
- **كيف يُمكننا مشاركة معلوماتك بدون إذن منك بذلك، ولكن فقط بعد أن نُعطيك فرصة للاعتراض:**
 - مشاركة معلومات عنك إلى أسرتك، أو أصدقائك، أو الآخرين المشاركين في رعايتك من أجل سداد المدفوعات نظير الخدمات التي تتلقاها
 - مشاركة معلومات عنك في حالة وقوع كارثة من أجل إعلام أسرتك وأصدقائك بمكان وجودك والوقوف على حالتك العامة
- **كيف يُمكننا استخدام معلوماتك الطبية ومشاركتها فقط بعد الحصول على إذن منك في حالات الإفصاح عن المعلومات بخلاف تلك المذكورة أعلاه.**
- **تتضمن الحقوق القانونية المُحوَّلة إليك بمقتضى قوانين الخصوصية الفيدرالية حقك في:**
 - طلب الاطلاع على معلوماتك الطبية والحصول على نسخة منها
 - طلب تصحيح المعلومات غير الصحيحة أو غير الكاملة في سجلك الطبي
 - طلب قائمة بالأماكن التي أرسلنا إليها معلوماتك، إلا إذا كانت مرسلة بعد الحصول على إذنك، من أجل سداد المدفوعات، أو العلاج، أو عمليات الرعاية الصحية
 - طلب حصر استخدامنا أو مشاركتنا للمعلومات على تلك اللازمة من أجل العلاج، أو سداد المدفوعات، أو عمليات الرعاية الصحية، أو المعلومات التي نشاركها مع أفراد الأسرة أو الآخرين المشاركين في رعايتك. ولا يُشترط علينا الموافقة على طلبك في هذه الحالة
 - طلب تواصلنا معك في سرية
 - طلب نسخة ورقية من إشعار ممارسات الخصوصية في أي وقت
 - إبلاغك في حالة حدوث أي خرق لمعلومات صحية محمية غير مؤمنة
 - تقديم شكوى إذا اعتقدت في حدوث انتهاك لحقوق خصوصيتك
 - السداد من مدفوعاتك الشخصية بالكامل نظير أحد بنود أو خدمات الرعاية الصحية وحصر الإفصاح عن ذلك البنود أو الخدمة بعينها على مقدم الخطة الصحية إليك



SUMMARY OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

The confidentiality of your protected health information, also called your medical record, is a high priority at All Smiles Community Oral Health. There are a number of reasons we may need to use this information or disclose it to others. This Notice of Privacy Practices is provided to inform you of the ways we can use and release information from your medical record. THIS PAGE IS NOT THE FULL NOTICE OF PRIVACY PRACTICES. The full notice is available upon request. In addition to our longstanding commitment to protecting your information, there are certain obligations we have under federal law. One of those obligations is to provide you with this Notice.

THINGS EXPLAINED IN THE FULL NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

- **How we may use and share your health information without your permission to:**
 - Provide treatment to you.
 - Get paid for the services we provide to you.
 - Make reports to federal, state, and local agencies and others when the law requires such reporting.
 - Make reports or share information for public health, safety, and/or research purposes.
- **How we can share your information without your permission, but only if we give you a chance to object:**
 - To share information about you to family, friends, or others involved in your care for payment for the services you receive.
 - To share information in case of a disaster to let your family and friends know where you are and your general condition.
- **How we can use and share your medical information only with your permission for disclosures other than those described above.**
- **Your legal rights under federal privacy laws include your right to:**
 - Ask to see and copy your medical information.
 - Ask that incorrect or incomplete information in your medical information be corrected.
 - Ask for a list of the places we have sent your information unless it was sent with your permission, for payment, treatment, or health care operations.
 - Ask that we limit the information we use or share for treatment, payment, or healthcare operations, or the information we share with family members or others involved in your care. We are not required to agree to your request.
 - Ask that we communicate with you in a confidential manner.
 - Ask for a paper copy of the Notice of Privacy Practices at any time.
 - Be notified in the event of a breach of unsecured, protected health information.
 - File a complaint if you think your privacy rights have been violated.
 - Pay out of pocket in full for a healthcare item or service and restrict disclosure of that particular item or service to your health plan provider.