

# خدمات رایگان دندانپزشکی در مدرسه فرزندان

مهم: لطفاً برگه رضایت‌نامه امضا شده را برای استفاده از این خدمات رایگان بازگردانید.



خدمات رایگان عبارتند از:

- غربالگری دندان‌پزشکی: دندانپزشک متخصص ما دهان دانش‌آموز را معاینه می‌کند تا سلامت دندان‌ها و لثه‌ها را بررسی کند.
- سیلانت دندان: پوششی روی دندان‌های پشتی دانش‌آموز قرار داده می‌شود تا از پوسیدگی جلوگیری شود.
- فلوراید: این ویتامین به صورت موضعی روی دندان‌ها زده می‌شود تا آن‌ها را قوی‌تر کند و از پوسیدگی جلوگیری نماید.

چرا باید فرزندان را برای خدمات رایگان ثبت‌نام کنید:

- دندان‌های سالم برای سلامت کلی بدن اهمیت دارند.
- با دریافت سیلانت در مدرسه، دفعات غیبت شما از محل کار و غیبت فرزندان از مدرسه کمتر می‌شود.
- سیلانت دندان‌ها توسط متخصصان بهداشت دهان و دندان انجام می‌شود.
- لطفاً حداقل سالی یکبار به دندانپزشک مراجعه کنید.



مهم است که هر سال فرزندان را معاینه کنیم تا وضعیت دندان‌های او را بررسی کنیم و روی دندان‌های او فلوراید بزینیم.

## مشکل: پوسیدگی دندان

- پوسیدگی رایج‌ترین بیماری در میان کودکان است.
- تقریباً 50% از کودکان 5 تا 11 سال حداقل یک دندان پوسیده دارند<sup>1</sup>.

## را محل: سیلانت دندان

- دانش‌آموزانی که سیلانت دریافت می‌کنند، 50% کمتر از دانش‌آموزانی که سیلانت دریافت نمی‌کنند دچار پوسیدگی دندان می‌شوند<sup>2</sup>.
- استفاده از فلوراید تا 43% از پوسیدگی دندان‌های دائمی و 37% از پوسیدگی دندان‌های شیری پیشگیری می‌کند<sup>3</sup>.

برای کسب اطلاعات بیشتر،  
لطفاً با ما به شماره  
503-521-7166 تماس  
بگیرید.

بعد از سیلانت

قبل از سیلانت



1. CDC. سلامت دهانی کودکان: <https://www.cdc.gov/oralhealth/basics/childrens-oral-health/index.html#:~:text=More%20than%20half%20of%20adolescents,one%20of%20adolescents,one%20of%20adolescents,one%20of%20adolescents>

2. تکرار خدمات پیشگیرانه اجتماعی. (2017). بهبود سلامت دهانی: برنامه‌های مدرسه‌محور ارائه سیلانت دندان. <https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/OnePager-OralHealth-School-Sealants.pdf> 3. Marino VCC, Worthington HW, Walsh

T, Clarkson JE 3. واریش فلوراید برای پیشگیری از پوسیدگی دندان در کودکان و نوجوانان. *Cochran Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No: CD002279. 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



It's important for us to see your child every year, to check for status changes and apply fluoride.

### The Problem: Cavities

- Cavities are the most common childhood disease.
- About 50% of children aged 5-11 years have at least one cavity<sup>1</sup>.

### The Solution: Dental Sealants

- Students who receive sealants have 50% fewer cavities than students who do not<sup>2</sup>.
- Fluoride application prevents 43% of cavities in permanent teeth and 37% of cavities in baby teeth<sup>3</sup>.

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

<sup>2</sup> 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>

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



# رضایت‌نامه برای دریافت خدمات رایگان دندانپزشکی

غریبالگری دندان‌پزشکی، قرار دادن سیلانت و فلوراید موضعی، همگی به‌صورت رایگان در مدرسه فرزندان ارائه می‌شود. این خدمات توسط متخصصان بهداشت دهان و دندان انجام می‌شود و به جلوگیری از پوسیدگی دندان کمک می‌کند.

نام کودک: _____		
(نام خانوادگی)	(نام)	(نام دلخواه)
ضمایر دلخواه: _____ تاریخ تولد کودک (ماه/روز/سال): _____ / _____ / _____		
معلم: _____ پایه: _____ مدرسه: _____		

به‌منظور ثبت‌نام برای این خدمات رایگان، لطفاً یکی از گزینه‌های زیر را علامت بزنید:

- بله، غریبالگری، سیلانت و فلوراید
- بله، غریبالگری و سیلانت
- بله، غریبالگری و فلوراید
- بله، فقط غریبالگری

\* تذکر: اگر بیش از یک گزینه «بله» علامت زده شود، تمام خدمات تأییدشده ارائه خواهد شد.

خیر، تمایلی به دریافت هیچ‌یک از خدمات دندان‌پزشکی برای فرزندم ندارم

اطلاعات تماس	
پدر/مادر/سرپرست:	زبان دلخواه:
شماره تلفن مناسب برای تماس با شما:	اجازه برای ارسال پیامک: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
ایمیل:	
نشانی پستی:	

لطفاً برای خدمت‌رسانی بهتر به فرزندان، اطلاعات زیر را ارائه دهید:

<input type="checkbox"/> فرزند من داروی خاصی مصرف می‌کند (نام ببرید):	صدق نمی‌کند: <input type="checkbox"/>
فرزند من به موارد زیر حساسیت دارد:	صدق نمی‌کند: <input type="checkbox"/>
فرزند من دچار مشکلات پزشکی زیر است:	صدق نمی‌کند: <input type="checkbox"/>
ملاحظات رفتاری:	صدق نمی‌کند: <input type="checkbox"/>
سایر نکات مفید برای مراقبت بهتر از فرزندم:	صدق نمی‌کند: <input type="checkbox"/>

لطفاً بخش زیر را تکمیل کنید. هیچ هزینه‌ای از شما دریافت نمی‌شود.

این خدمات رایگان هستند!	بیمه درمانی:
	<input type="checkbox"/> طرح سلامت اورگن (Oregon Health Plan، به‌اختصار OHP) / شماره شناسه Medicaid _____
	<input type="checkbox"/> شرکت بیمه دندان‌پزشکی خصوصی _____
	<input type="checkbox"/> فاقد بیمه درمانی
اینجانب، به‌عنوان پدر/مادر/سرپرست قانونی، اجازه می‌دهم به مدت 24 ماه، اطلاعات مربوط به سلامت فرزندم (از جمله اطلاعات شخصی و پزشکی) با کارکنان خدمات سیلانت‌دانی، کارکنان مدرسه، شرکت‌های بیمه، دندان‌پزشک کودک، سازمان مراقبت هم‌هنگ و یا سازمان خدمات دندان‌پزشکی مربوطه به‌اشتراک گذاشته شود. نسخه‌ای از «اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی» را دریافت کرده‌ام و می‌دانم که نسخه کامل آن در وبسایت All Smiles Community Oral Health به نشانی <a href="http://AllSmilesCOH.org/forms">AllSmilesCOH.org/forms</a> در دسترس است. همچنین اطلاع دارم که ممکن است درمان توسط دانشجوی دندان‌پزشکی و تحت نظارت مستقیم یک دندان‌پزشک مجاز انجام شود.	
امضای پدر/مادر/سرپرست: _____ تاریخ: _____	

# 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)
Preferred Pronouns: _____ 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 <b>FREE!</b>
--	---------------------------------

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](http://AllSmilesCOH.org/forms). I understand that a dental student closely supervised by a licensed professional may provide treatment.

**Parent/Guardian Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

## خلاصه اطلاعاتیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی

حفظ محرمانگی اطلاعات پزشکی محافظت‌شده شما در All Smiles Community Oral Health بسیار حائز اهمیت است. ممکن است در برخی موارد لازم باشد از این اطلاعات استفاده کنیم یا آن را با دیگران به‌اشتراک بگذاریم. اطلاعاتیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی برای آگاسازی شما درباره نحوه استفاده ما از اطلاعات شما و افشای آنها ارائه شده است. این صفحه دربردارنده نسخه کامل اطلاعاتیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی نیست. در صورت درخواست، نسخه کامل ارائه خواهد شد. علاوه بر تعهد دیرینه ما به حفاظت از اطلاعات شما، موظف به انجام برخی الزامات قانونی بر اساس قوانین فدرال هستیم. یکی از این الزامات، ارائه این اطلاعاتیه به شماست.

مواردی که در نسخه کامل اطلاعاتیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی شرح داده شده است:

- نحوه استفاده از اطلاعات پزشکی شما و به‌اشتراک‌گذاری آن بدون نیاز به کسب رضایت شما در موارد زیر:
  - ارائه خدمات درمانی به شما.
  - دریافت هزینه برای خدماتی که به شما ارائه می‌دهیم.
  - گزارش‌دهی به نهادهای فدرال، ایالتی، محلی و دیگر نهادهایی که به موجب قانون ملزم هستیم به آنها گزارش دهیم.
  - تهیه گزارش یا به‌اشتراک‌گذاری اطلاعات به‌منظور تأمین سلامت عمومی، ایمنی و/یا پژوهش.
- موارد به‌اشتراک‌گذاری اطلاعاتتان بدون نیاز به کسب رضایت و فقط در صورتی‌که به شما فرصت مخالفت داده شود:
  - به اشتراک‌گذاری اطلاعات مربوط به شما با اعضای خانواده، دوستان یا سایر افرادی که در مراقبت از شما نقش دارند، به‌منظور پرداخت هزینه خدماتی که دریافت کرده‌اید.
  - به اشتراک‌گذاری اطلاعات در صورت وقوع بلاای طبیعی یا شرایط اضطراری، برای اطلاع‌رسانی به خانواده و دوستان شما درباره محل حضور و وضعیت کلی‌تان.
- نحوه استفاده از اطلاعات پزشکی شما و به‌اشتراک‌گذاری آنها، تنها با رضایت شما، در مواردی غیر از آنچه در بالا توضیح داده شده است.
- طبق قوانین فدرال حقوق قانونی شما در رابطه با حفظ حریم خصوصی شامل موارد زیر است:
  - درخواست برای مشاهده و دریافت نسخه‌ای از اطلاعات پزشکی‌تان.
  - درخواست اصلاح اطلاعات نادرست یا ناقص در پرونده پزشکی‌تان.
  - درخواست فهرستی از نهادهایی که اطلاعات شما برای آن‌ها ارسال شده، مگر اینکه این اطلاعات با رضایت شما یا به‌منظور ارائه خدمات درمانی، پرداخت یا خدمات مراقبت بهداشتی ارسال شده باشد.
  - درخواست محدود کردن استفاده یا به‌اشتراک‌گذاری اطلاعات مربوط به درمان، پرداخت یا خدمات مراقبت بهداشتی، یا اطلاعاتی که با اعضای خانواده یا سایر افراد دخیل در مراقبت از شما به اشتراک گذاشته می‌شوند. ما ملزم به موافقت با درخواست شما نیستیم.
  - درخواست برقراری ارتباط با شما به شیوه‌های محرمانه.
  - درخواست دریافت نسخه چاپی اطلاعاتیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی در هر زمان.
  - دریافت اطلاعاتیه در صورت نقض امنیت اطلاعات پزشکی محافظت‌شده شما.
  - مطرح کردن شکایت در صورتی‌که بر این باورید حقوق حریم خصوصی شما نقض شده است.
  - پرداخت کامل هزینه هر یک از خدمات درمانی از جیب و درخواست عدم ارسال اطلاعات آن به شرکت بیمه درمانی شما.



## **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.