

وارنیش فلوراید برای داشتن دندان‌هایی سالم



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

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

وارنیش فلوراید رایگان و غربالگری دندان‌پزشکی به‌صورت رایگان در مدرسه فرزند شما انجام می‌شود!

غربالگری دندان‌پزشکی نگاهی سریع به درون دهان فرزند شما است تا سلامت کلی دندان‌های او بررسی شود. وارنیش فلوراید لایه محافظی است که روی دندان‌ها زده می‌شود.

آنچه باید بدانید:

- وارنیش فلوراید روشی ایمن و سریع برای محافظت از دندان‌ها در برابر پوسیدگی است.
- انجام وارنیش فلوراید بدون درد است.
- غربالگری و وارنیش فلوراید توسط متخصصان بهداشت دهان و دندان انجام می‌شود.

برای داشتن لبخندی سالم:

- هر روز مسواک بزنید و از نخ دندان استفاده کنید.
- از خمیردندان حاوی فلوراید به اندازه یک دانه برنج استفاده کنید.
- خوراکی‌های سالم مانند میوه و سبزیجات را انتخاب کنید.
- به‌جای مصرف آبمیوه، آب بنوشید.
- داشتن دندان‌های شیری سالم، به پیشگیری از مشکلات دندان‌های دائمی کمک می‌کنند.
- حداقل سالی یک‌بار به دندانپزشک مراجعه کنید.



فرم رضایت‌نامه برای برنامه غربالگری دندان‌پزشکی و وارنیش فلوراید رایگان



غربالگری دندان‌پزشکی و خدمات وارنیش فلوراید هم‌اکنون به‌صورت رایگان در مدرسه فرزندتان ارائه می‌شود. وارنیش فلوراید روشی سریع و آسان برای محافظت از دندان‌ها در برابر پوسیدگی است. غربالگری و وارنیش فلوراید توسط متخصصان بهداشت دهان و دندان و تا چهار بار در سال انجام می‌شود.

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

غربالگری دندان‌پزشکی: نگاهی سریع به داخل دهان است تا سلامت کلی دندان‌ها بررسی شود.

☐ بله ☐ خیر

وارنیش فلوراید: برای پیشگیری از پوسیدگی روی دندان‌ها زده می‌شود.

☐ بله ☐ خیر

در صورت انتخاب گزینه «بله»، لطفاً بخش زیر را کامل کرده و امضا نمایید:

اطلاعات تماس	
نام پدر/مادر/سرپرست:	زبان دلخواه:
شماره تلفن مناسب برای تماس با شما:	اجازه برای ارسال پیامک: ☐ بله ☐ خیر
ایمیل:	
نشانی پستی:	

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

فرزند من داروی خاصی مصرف می‌کند (نام ببرید):	☐ صدق نمی‌کند:
فرزند من به موارد زیر حساسیت دارد:	☐ صدق نمی‌کند:
فرزند من دچار مشکلات پزشکی زیر است:	☐ صدق نمی‌کند:
سایر نکات مفید برای مراقبت بهتر از فرزندم:	☐ صدق نمی‌کند:

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

این خدمات رایگان هستند!	بیمه درمانی:
	☐ طرح سلامت اورگن (Oregon Health Plan، به اختصار OHP) / شماره _____
	شناسه Medicaid _____
	☐ شرکت بیمه دندان‌پزشکی خصوصی _____
☐ فاقد بیمه درمانی	

اینجانب، به‌عنوان پدر/مادر/سرپرست قانونی، رضایت خود را برای انتشار و تبادل اطلاعات، شامل هرگونه اطلاعات پزشکی شخصی مربوط به خدمات ارائه‌شده، میان کارکنان دندان‌پزشکی، کارکنان Head Start، حوزه آموزشی آینده فرزندم یا ESD، شرکت‌های بیمه، دندان‌پزشک کودک، سازمان مراقبت هماهنگ و یا سازمان خدمات دندان‌پزشکی مربوطه اعلام می‌دارم.

نسخه‌ای از «اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی» را دریافت کرده‌ام. «اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی» در وبسایت All Smiles Community Oral Health به نشانی AllSmilesCOH.org/forms در دسترس است. همچنین می‌دانم که ممکن است درمان توسط دانشجوی بهداشت دندان یا پرستاری تحت نظارت مستقیم یک دندان‌پزشک مجاز ارائه شود.

امضای پدر/مادر/سرپرست: _____ تاریخ: _____

Внимание: эта форма доступна на русском языке по адресу AllSmilesCOH.org/forms

Chú ý: Mẫu này có sẵn bằng tiếng Việt tại AllSmilesCOH.org/forms

注意: 此表格可通过以下网址获得中文版本: AllSmilesCOH.org/forms

تاریخ بازبینی مه 2024

(Farsi)

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 آگاهسازی 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 صورتی که 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 بلایای 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 شیوه‌ای 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 صورتی که 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.