

## برنامج عيادة صحة الفم والأسنان بالمدارس التابعة لإدارة التعليم بمدينة نيويورك - استمارة موافقة الآباء

First MedCare Primary Care Center

اسم مقدّم خدمات صحة الفم والأسنان (OHCP)

8707 Flatlands Avenue, Brooklyn, NY 11236

عنوان مقدّم خدمات صحة الفم والأسنان (OHCP)

| معلومات الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر  | معلومات التلميذ(ة)   |
|--|--|
| <p><b>الوالدة</b><br/>الاسم الأخير: _____ الاسم الأول: _____</p> <p><b>الوالد</b><br/>الاسم الأخير: _____ الاسم الأول: _____</p> <p><b>الوصي القانوني، إن كان ينطبق</b><br/>الاسم الأخير: _____ الاسم الأول: _____</p> <p>علاقة الوصي القانوني بالتلميذ(ة)<br/> <input type="checkbox"/> جد(ة) <input type="checkbox"/> عم(ة) أو خال(ة) <input type="checkbox"/> غير ذلك:</p> <p><b>معلومات الاتصال بالوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر</b><br/>هاتف المنزل: _____ هاتف العمل: _____</p> <p>الهاتف المحمول: _____<br/>البريد الإلكتروني: _____</p> <p><b>معلومات اتصال إضافية في حالات الطوارئ</b><br/>الاسم: _____<br/>العلاقة بالتلميذ(ة): _____<br/>هاتف المنزل: _____ هاتف العمل: _____<br/>الهاتف المحمول: _____<br/>البريد الإلكتروني: _____</p>  | <p>الاسم الأخير للتلميذ(ة): _____<br/>الاسم الأول للتلميذ(ة): _____<br/>تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____<br/>السنة / اليوم / الشهر</p> <p>عنوان التلميذ(ة): _____<br/>المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____<br/>المدرسة: _____<br/>الصف: _____<br/>اسم المعلم(ة): _____</p> <p><b>أسئلة صحية هامة</b><br/>هل لدى طفلك أي ظروف طبية قد تؤثر على علاج الأسنان أو تجعله أكثر تعقيداً؟ قد تشمل هذه الظروف مشاكل قلبية، أو مشاكل تنفسية أو نزفية، أو داء الصرع، أو حساسيات، أو الأمراض المعدية، أو اضطرابات مناعية، إلخ. إذا كان الجواب نعم، الرجاء الشرح. إذا أجبت بلا، أترك هذا الجزء خالياً.</p>   |
| <b>بيانات التأمين الصحي</b>  |  |
| <p>هل لدى طفلك تأمين صحي عن طريق الشركة التي تعمل بها أو أي نوع آخر من التأمين الصحي؟<br/> <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا<br/> <input type="checkbox"/> نعم، خطة التأمين الصحي: _____<br/> رقم هوية العضو أو رقم الضمان الاجتماعي: _____<br/> رقم هاتف التأمين الصحي: _____<br/> اسم البالغ المشمول بالتأمين: _____<br/> تاريخ ميلاد البالغ المشمول بالتأمين: _____<br/> سوف يتم تقديم الخدمات لطفلك بالمجان بغض النظر عما إذا كان لديه تأمين صحي أو لا.</p>   | <p>هل لدى طفلك تأمين من الميديكيد (Medicaid)؟<br/> <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا: رقم تأمين ميديكيد (Medicaid) _____</p> <p>هل لدى طفلك تأمين من (Child Health Plus)؟<br/> <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا: رقم خطة التأمين الصحي (CHP) _____</p> <p>أية خطة؟<br/> <input type="checkbox"/> Fidelis <input type="checkbox"/> Affinity<br/> <input type="checkbox"/> Health Plus Amerigroup <input type="checkbox"/> Healthfirst<br/> <input type="checkbox"/> MetroPlus <input type="checkbox"/> HIP<br/> <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> WellCare<br/> <input type="checkbox"/> Empire BlueCross BlueShield <input type="checkbox"/> MVP<br/> <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____</p> |
| <b>الموافقة الوالدية على حصول الطفل على خدمات العيادة المدرسية لصحة الفم والأسنان</b>  |  |
| <p>إنني أدرك أن طفلي سوف يحصل على خدمات صحة الفم والأسنان وتوحيبي يعني موافقتي على حصول طفلي على الخدمات المقدمة من قبل مقدّم خدمات صحة الفم والأسنان (OHCP) طيلة فترة تسجيل طفلي في المدرسة. يمكنني سحب موافقتي في أي وقت من خلال تقديم إشعار مكتوب إلى مقدّم خدمات صحة الفم والأسنان (OHCP) أدرك أنه يتعين عليّ إخطار مقدّم الرعاية الصحية بأي تغييرات كبيرة قد تطرأ على صحة طفلي.</p> <p>ملحوظة: بحسب القانون، فإن موافقة الآباء غير مطلوبة للتلاميذ البالغين من العمر 18 سنة أو أكثر، والذين هم آباء أو محررون قانونياً. إن توقيعني يثبت أنني قد توصلت بأشعار ممارسات الخصوصية (Notice of Privacy Practices).</p> <p style="text-align: right;">X</p> <p>توقيع الوالد(ة)/ ولي الأمر (أو توقيع التلميذ(ة) البالغ من العمر 18 سنة أو أكثر، أو المسموح له قانونياً) _____ التاريخ _____</p> |  |
| <b>موافقة الآباء بشأن الإفصاح عن المعلومات الصحية وفقاً لقانون (HIPAA)</b>   |  |
| <p>أقر بأنني قد قرأت وفهمت ما يتعلق بالإفصاح عن المعلومات الصحية على الصفحة رقم 2 من هذه الاستمارة. إن توقيعني يثبت موافقتي على الإفصاح عن المعلومات الصحية كما هو موضح بهذا الشأن.</p> <p style="text-align: right;">X</p> <p>توقيع الوالد(ة)/ ولي الأمر (أو توقيع التلميذ(ة) البالغ من العمر 18 سنة أو أكثر، أو المسموح له قانونياً) _____ التاريخ _____</p>   |  |

## برنامج عيادة صحة الفم والأسنان بالمدارس التابعة لإدارة التعليم بمدينة نيويورك - استمارة موافقة الآباء

First MedCare Primary Care Center

اسم مقدّم خدمات صحة الفم والأسنان (OHCP)

8707 Flatlands Avenue, Brooklyn, NY 11236

عنوان مقدّم خدمات صحة الفم والأسنان (OHCP)

## موافقة الآباء على تلقي الطفل لخدمات العيادة المدرسية لصحة الفم والأسنان

أقر بموافقتي على تلقي طفلي لخدمات صحة الفم والأسنان المقدمة من قبل اختصاصيين صحيين مرخصين من الولاية من مقدّم خدمات صحة الفم والأسنان (OHCP) كجزء من البرنامج المدرسي لصحة الفم والأسنان المعتمد من إدارة الصحة بولاية نيويورك طيلة فترة تسجيل طفلي في المدرسة. يمكنني سحب موافقتي في أي وقت من خلال تقديم إشعار مكتوب إلى مقدّم خدمات صحة الفم والأسنان (OHCP). وأدرك بأنه سيتم ضمان الحفاظ على الخصوصية بين التلميذ(ة) وعيادة صحة الفم والأسنان في نواح محددة من الخدمات التي يقدمها تماشياً مع القانون، وأنه سوف يتم تشجيع التلميذ على إشراك آبائهم أو أولياء أمورهم في الاستشارات والقرارات المتعلقة بالرعاية الطبية لصحة الفم والأسنان. قد تشمل خدمات العيادة المدرسية لصحة الفم والأسنان، على سبيل المثال وليس الحصر، خدمات وقائية وخدمات تجديدية لصحة الفم والأسنان وإجراءات الطوارئ. تتضمن الخدمات الوقائية لصحة الفم والأسنان على سبيل المثال وليس الحصر فحوصات طبية شاملة للأسنان، وعلاجات تنظيف الأسنان، والصور الشعاعية، وتلبسات الأسنان، وعلاجات الفلورايد. وقد يتضمن هذا أيضاً وضع مادة الفلورايد (Silver Diamine Fluoride) على الأسنان الخلفية لوقف تقدم التسوس (قد يسبب دواء (Silver Diamine Fluoride) بazole اللون عن أي تسوسات مما يؤدي إلى لون بني أو أسود). بالنسبة للخدمات غير خدمة الفحص الشامل للأسنان وخدمات الوقاية لصحة الفم والأسنان، يتعين على مقدّم خدمات صحة الفم والأسنان (OHCP) إخطار الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر بالخدمات والعلاجات التي سيتم تقديمها بما في ذلك الحشوات، وقلع الأسنان، واستخدام أدوية التخدير أو الأدوية الأخرى. إذا لم يوافق الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر، فلن يتم تقديم هذه الخدمات.

## موافقة الآباء بشأن الإفصاح عن معلومات صحة الفم والأسنان وفقاً لقانون (HIPAA)

إن توقيعني على الوجه الخلفي لهذه الاستمارة يعد تصريحاً بموافقتي على الإفصاح عن المعلومات الصحية. قد تكون هذه المعلومات محمية من الكشف عنها بموجب القانون الفيدرالي للخصوصية وقانون الولاية.

بتوقيعي على هذه الموافقة، فإنني أوافق على التصريح بمعلومات صحية لمجلس التعليم بمدينة نيويورك (والمعروف باسم إدارة التعليم بمدينة نيويورك)، وقد يشمل هذا المرضين بالمدرسة، إمّا لأن ذلك أمر مطلوب بموجب القانون، وتعليمات مستشار التعليم، أو بهدف تقديم طلب التعويض من شركة التأمين الصحي لطفلي. ويتعين على المنشأة أو الشخص المختص بالإفصاح عن هذه المعلومات الصحية أن يزودني بنسخة من هذه الاستمارة، عند مطالبتني بها.

إن الآباء مطالبون بحكم القانون بتقديم معلومات معينة للمدرسة، مثل إثبات التطعيمات. والإخفاق في تقديم هذه المعلومات قد يؤدي إلى فصل التلميذ(ة) من المدرسة.

لقد تمت الإجابة على أسئلتني المتعلقة بهذه الاستمارة. وأنا أفهم أنني غير ملزم بالسماح بالإفصاح عن المعلومات الصحية المتعلقة بطفلي، وأنه يمكنني أن أغير رأيي في أي وقت وأن ألغي تصريحتي بذلك من خلال الكتابة إلى مقدّم خدمات صحة الفم والأسنان (OHCP). ولكن، بعد الموافقة على الإفصاح عن المعلومات، لا يمكن إلغاء ذلك بآثر رجعي لكي يعطي معلومات قد تم الإفصاح عنها قبل الإلغاء.

أنني أعطي موافقتي مقدّم خدمات صحة الفم والأسنان (OHCP) بالإفصاح عن معلومات طبية معينة خاصة بالتلميذ(ة) المذكور بالصفحة الخلفية لهذه الاستمارة، لمجلس التعليم بمدينة نيويورك (المعروف أيضاً باسم إدارة التعليم بمدينة نيويورك).

أوافق على الإفصاح عن المعلومات من مقدّم خدمات صحة الفم والأسنان (OHCP) إلى إدارة التعليم بمدينة نيويورك، ومن إدارة التعليم بمدينة نيويورك إلى مقدّم خدمات صحة الفم والأسنان (OHCP)، والمتعلقة بالمعلومات الطبية المذكورة أدناه لاستيفاء المتطلبات القانونية ولضمان أنه يتوفر لدى المدرسة المعلومات الضرورية لحماية صحة طفلي وسلامته. إنني أدرك أن هذه المعلومات سوف تبقى سرية، وفقاً للقوانين الفيدرالية وقوانين الولاية وتعليمات مستشار التعليم المعنية بالخصوصية:

- الحالات التي قد تتطلب تدخلاً طبياً طارئاً
- الحالات التي تحد من الأنشطة اليومية للتلميذ(ة)، استمارة رقم (103S)
- تشخيص بعض الأمراض المعدية (لا تتضمن مرض فقدان المناعة المكتسبة (HIV)/ الأمراض المنقولة جنسياً (STI) وغيرها من الخدمات السرية التي يحميها القانون).
- تغطية التأمين الصحي

أن توقيعني على الصفحة رقم 1 من هذه الاستمارة، تعطي موافقتي أيضاً لمقدّم خدمات صحة الفم والأسنان (OHCP) على الاتصال بمقدمي الخدمات الآخرين، الذين قاموا بفحص طفلي، وكذلك الحصول على المعلومات الخاصة بالتأمين الصحي.

يتم السماح بالتصريح عن المعلومات بدءاً من تاريخ توقيع الاستمارة حتى وقت انتهاء تسجيل التلميذ(ة) في برنامج العيادة المدرسية لصحة الفم والأسنان أو حتى يتم التراجع عن الموافقة، أيهما أسبق.

يجب أن يتم توفير سياسة حقوق المريض والخصوصية من قبل مقدّم خدمات صحة الفم والأسنان (OHCP)، كما هو منصوص عليه في القانون.