

خطاب الاستقدام والموافقة المستنيرة للآباء

مدرسة عامة رقم

العنوان

مدير(ة) المدرسة/ المدير(ة) المساعد(ة)

[Date]

[Insert Name]: السيد(ة) والدة(ة)/ ولي(ة) أمر التلميذ(ة)

يسرني إبلاغكم بأن مدرستنا هي واحدة من ستين مدرسة في مدينة نيويورك ستبدأ برنامجاً جديداً مجانياً لوقاية الأسنان من التسوس بالتعاون مع كلية طب الأسنان بجامعة نيويورك. سيقوم البرنامج بتقديم العناية بالأسنان ضمن المدرسة مرتين سنوياً من أجل الوقاية من التسوس وآلام الأسنان. وسيقوم أطباء أسنان مجازون واختصاصيو تنظيف الأسنان، و/ أو ممرضون بتقديم الرعاية للتلاميذ المشاركين.

إن هذا البرنامج هو جزء من دراسة بحثية لكلية الأسنان بجامعة نيويورك يتم تمويلها من معهد (Patient Centered Outcomes Research Institute) وذلك لتحديد مدى العلاقة بين صحة الأسنان وأداء التلاميذ.

وسيتم في سياق البرنامج الإفصاح عن سجلات صحة الأسنان وسجل الحضور المدرسي ونتائج امتحانات ولاية نيويورك الخاصة بطفلكم إلى كلية الأسنان بجامعة نيويورك، كما سيتم استخدامها لتقييم فعالية البرنامج طيلة فترة حصول طفلكم على الرعاية الوقائية للأسنان عبر هذا البرنامج. إننا نخطط لتقديم البرنامج لمدة تصل إلى 5 سنوات. ولن يتم التعريف بطفلكم بالاسم في أي تحليلات بحثية قد يتم نشرها.

إن المشاركة مجانية واختيارية. التأمين الصحي غير مطلوب. ولكن، إذا كان لدى طفلكم "ميديكيد" أو أي تأمين صحي آخر لصحة الأسنان، فسوف يتم تكليف شركة التأمين بتسديد تكاليف العلاج. سوف يتم استخدام رقم بطاقة الفوترة الخاصة بتأمين ميديكيد (Medicaid) وذلك كي يتم ربط معلومات الصحة الفموية التي يتم الحصول عليها في برامج الوقاية من التسوس في مدارس مدينة نيويورك مع بيانات المطالبات المالية في تأمين ميديكيد (Medicaid).

إذا وافقتم على المشاركة، فسوف يحصل طفلكم على خدمة الوقاية من التسوس الموصوفة أدناه والتي قد تكون مطابقة لما يتم تقديمه في عيادة طبيب الأسنان ومتوافقة مع التوصيات المتعلقة بالوقاية من التسوس الصادرة عن مراكز السيطرة على الأمراض

والوقاية منها بالولايات المتحدة (U.S. Centers for Disease Control and Prevention).

يقدم البرنامج:

1. إرشادات حول تفريش الأسنان
2. فحص فموي لفحص الأسنان، واللثة، والفم
3. وقاية من التسوس وسيطرة على تقدمه من خلال استخدام:
 - التلبيسات، الحشوات المؤقتة، ووضع الفلورايد على السن، أو
 - وضع دواء (Silver diamine fluoride) على الأسنان الخلفية مع وضع طبقة الفلورايد على الأسنان.
4. فرشاة أسنان ومعجون أسنان
5. تقرير لممرض(ة) المدرسة ولكم حول الرعاية التي يحصل عليها طفلكم
6. إحالة إلى طبيب الأسنان للحصول على رعاية أكثر (في حال الحاجة)، ومساعدتكم في العثور على طبيب أسنان محلي (في حال الحاجة)
7. سوف يتابع البرنامج طفلكم مع مرور الوقت (لمدة تصل إلى خمس سنوات) لمعرفة ما إذا كانت صحته الفموية تتحسن.
8. إذا كنتم بحاجة طبيب أسنان بإمكانكم إيجاد طبيب قريب منكم هنا:

<https://www1.nyc.gov/site/doh/health/health-topics/oral-health-find-a-low-cost-dental-provider.page>

لا يوجد أي مخاطر صحية معروفة للوقاية من التسوس. الرجاء أخذ العلم بأنه إذا شارك طفلكم في البرنامج، فإنّ وضع مادة الفلورايد (Silver Diamine Fluoride) على الأسنان قد يؤدي إلى إزالة اللون عن أي تسوسات مما يؤدي إلى لون بني أو أسود. إن هذا التغير باللون يعني أن التسوس قد توقف عن النمو. إذا حصل أن وصل الدواء بالخطأ إلى بشرة الطفل فإنه قد يسبب بقعة بلون بني فاتح على الشفة أو الوجنات، أو قد يسبب بقعة دائمة على الثياب. لإزالة البقعة عن البشرة يجب غسل المنطقة بالماء والصابون فوراً. لا تستخدموا طرق مفرطة في محاولة إزالة البقع الصعبة من البشرة، حيث أن البقع ستختفي لاحقاً. استخدموا نفس الإجراءات لتنظيف الثياب.

إذا وافقتم على مشاركة طفلكم في البرنامج، الرجاء إكمال وتوقيع الاستمارة المرفقة وإعادتها. يمكنكم المشاركة بالبرنامج أو الانسحاب في أي وقت. إذا تغير وضع الوصاية لطفلكم أثناء هذا الوقت، فيجب حينها توقيع موافقة جديدة.

إذا كان لديكم أي سؤال حول هذا البرنامج يمكنكم الاتصال بالدكتور/ Richard Niederman، في إدارة الوقاية من الأوبئة وتعزيز الصحة (Department of Epidemiology & Health Promotion) في كلية طب الأسنان بجامعة نيويورك بالعنوان 433 First Ave, Rm 720, New York, NY. البريد الإلكتروني: rniederman@nyu.edu، لهاتف: 9719-998-212 كما يمكنكم أيضاً الاتصال بمجلس المراجعات بجامعة نيويورك (New York University Institutional Review Board) بالعنوان 665 Broadway, Suite 804, New York, NY 10012. البريد الإلكتروني: ask.humansubjects@nyu.edu، الهاتف 212-998-4808

مع أطيب الأمنيات،

[Insert Name] مدير(ة) المدرسة

(OHCP)

كلية طب الأسنان بجامعة نيويورك

(OHCP Address)

345 E 24TH ST, NEW YORK, NY 10010

معلومات التلميذ(ة)

															الاسم الأخير للتلميذ(ة):	
															الاسم الأول للتلميذ(ة):	
الشهر		اليوم		السنة		تاريخ الميلاد:										
															عنوان التلميذ(ة):	
					الرمز البريدي:		الولاية:								المدينة:	
															المدرسة:	
		الصف:													اسم المدرس	

أسئلة صحية هامة

هل لدى طفلكم 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 (بما فيه حساسية للفضة أو المكسرات، أو الأمراض المعدية، أو اضطرابات مناعية، إلخ. إذا كان الجواب نعم، الرجاء الشرح. إذا أجبتم بلا، أتركوا هذا الجزء خالياً

معلومات الوالد(ة) / ولي(ة) الأمر

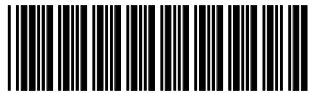
اسم عائلة الوالدة:															اسم الوالدة:														
اسم عائلة الوالد:															اسم الوالد:														
															إذا كان ينطبق، اسم عائلة الوصي(ة) القانوني(ة)														

اسم الوالد															علاقة الوصي(ة) القانوني(ة) بالتلميذ(ة)														
															<input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> عم(ة) أو خال(ة) <input type="checkbox"/> جد(ة)														

معلومات الاتصال بالوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر

رقم هاتف المنزل															رقم هاتف العمل														
الهاتف المحمول																													
البريد الإلكتروني																													
معلومات اتصال إضافية في حالات															الاسم:														
رقم هاتف المنزل															رقم هاتف العمل														
الهاتف المحمول:															العلاقة بالتلميذ(ة) الوالد(ة)														
البريد الإلكتروني																													

For Office Use Only



9 9 9 9 9 9 9

844



معلومات التأمين الصحي

Does your child have Medicaid? No Yes: Medicaid ID #: _____

Does your child have Child Health Plus? No Yes: CHP #: _____

Which Plan? Fidelis Health Plus Amerigroup MetroPlus United Healthcare Empire BlueCross BlueShield
 Affinity Healthfirst HIP WellCare MVP Other: _____

Does your child have coverage through an employer based plan or other type of health insurance? No Yes, Health Plan: _____

Member ID or Social Security Number: _____

Name of Insured Adult: _____

Health Insurance Phone Number: _____ - _____ - _____

Birth Date of Insured Adult: _____ / _____ / _____

Month Day Year

سوف يتم تقديم الخدمات لطفلكم بالمجان بغض النظر عما إذا كان لديه تأمين صحي أو لا.

الموافقة الوالدية على حصول الطفل على خدمات العيادة المدرسية لصحة الفم والأسنان

لقد قرأت وفهمت خطاب الاستقدام والموافقة المرفقين بخصوص حصول طفلي على خدمات صحة الفم والأسنان والمشاركة في البرنامج البحثي الخاص بالرعاية الوقائية للأسنان الذي تقدمه كلية طب الأسنان بجامعة نيويورك. إن توقيبي يعني الموافقة على حصول طفلي على الخدمات المقدمة من قبل مقدم خدمات عيادة صحة الفم والأسنان (OHCP) على مدى الفترة الزمنية للبرنامج البالغة 5 سنوات. وإضافة إلى ذلك فأني أوافق على الإفصاح عن سجلات صحة الأسنان وسجل الحضور المدرسي ونتائج امتحانات ولاية نيويورك الخاصة بطفلي ليتم استخدامها في هذا البرنامج البحثي. يمكنني سحب موافقتي في أي وقت من خلال تقديم إشعار مكتوب إلى مقدم خدمات عيادة صحة الفم والأسنان (OHCP). أدرك أنه يتعين على إخطار مقدم الرعاية بأي تغيرات كبيرة قد تطرأ على صحة طفلي.

التاريخ: _____
السنة _____
اليوم _____
الشهر _____

توقيع الوالدة(ة)/ ولي(ة) الأُم (أو توقيع التلميذ(ة) البالغ من العمر 18 سنة أو أكثر)

موافقة الآباء بشأن الإفصاح عن المعلومات الصحية وفقاً لقانون (HIPAA)

أقر بأنني قد قرأت وفهمت ما يتعلق بالإفصاح عن المعلومات الصحية على الصفحة رقم 2 من هذه الاستمارة. إن توقيبي يثبت موافقتي على الإفصاح عن المعلومات الصحية

التاريخ: _____
السنة _____
اليوم _____
الشهر _____

توقيع الوالدة(ة)/ ولي(ة) الأُم (أو توقيع التلميذ(ة) البالغ من العمر 18 سنة أو أكثر)

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 عيادات صحة الفم والأسنان (OHCP) كجزء من البرنامج المدرسي لصحة الفم والأسنان المعتمد من إدارة الصحة بولاية نيويورك طالما بقي طفلي مسجلاً في المدرسة. يمكنني سحب موافقتي في أي وقت من خلال تقديم إشعار مكتوب إلى مقدم خدمات عيادة 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 التلاميذ 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 ترميمية لصحة الفم والأسنان وإجراءات الطوارئ. تتضمن الخدمات الوقائية لصحة الفم والأسنان على سبيل المثال وليس الحصر فحوصات طبية شاملة للأسنان، وحشوات مؤقتة، وعلاجات تنظيف الأسنان، وتلبسات الأسنان، وعلاجات الفلورايد. وقد يشمل هذا وضع دواء (silver diamine fluoride: SDF) على الأسنان الخلفية. قد يسبب دواء (Silver Diamine Fluoride) إزالة اللون عن أي تسوسات مما يؤدي إلى لون بني أو أسود. قد يؤدي التلامس العرزي للدواء مع البشرة إلى حدوث بقعة بلون بني فاتح على الشفة أو الوجنات، أو قد يسبب بقعة دائمة على الشفاه. لإزالة البقعة عن البشرة يجب غسل المنطقة بالماء والصابون فوراً. لا تستخدموا طرقاً مفرطة في محاولة إزالة البقعة الصعبة عن البشرة، حيث أن البقع ستختفي لاحقاً. استخدموا نفس الإجراءات لتنظيف الشفاه.

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

إن توقيبي على هذه الاستمارة يعد تصريحاً بموافقتي على الإفصاح عن المعلومات الصحية. قد تكون هذه المعلومات محمية من الكشف عنها بموجب القانون الفيدرالي للخصوصية و قانون الولاية. بتوقيبي على هذه الموافقة، فأني أوافق على التصريح بمعلومات صحية لمجلس التعليم لمدينة نيويورك (والمعروف أيضاً باسم إدارة التعليم لمدينة نيويورك)، وقد يشمل هذا المرخصين بالمدرسة، إمّا لأن ذلك أمر مطلوب بموجب القانون، وتعليمات مستشار التعليم، أو بهدف تقديم المطالبة بتسديد التكاليف 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 أغبر رأبي في أي وقت وأن أُلغى تصريحتي بذلك من خلال الكتابة إلى مقدم خدمات عيادة صحة الفم والأسنان (OHCP). غير أنه بعد الموافقة على التصريح، لا يمكن إلغائه بأثر رجعي لكي يغطي معلومات قد تم الإفصاح عنها قبل الإلغاء. أنني أعطي موافقتي لمقدم خدمات عيادة صحة الفم والأسنان (OHCP) بالإفصاح عن معلومات طبية معينة خاصة بالتلميذ(ة) المذكور بالصفحة الخلفية لهذه الاستمارة، لمجلس التعليم لمدينة نيويورك (والمعروف أيضاً باسم إدارة التعليم لمدينة نيويورك). أوافق على الإفصاح عن المعلومات من مقدم خدمات عيادة صحة الفم والأسنان (OHCP) إلى إدارة التعليم لمدينة نيويورك، ومن إدارة التعليم لمدينة نيويورك إلى مقدم خدمات عيادة 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 وقانون الولاية وتعليمات مستشار التعليم المتعلقة بالخصوصية:

التشخيصات المتعلقة بأمراض معدية معينة (لا تتضمن مرض فقدان المناعة المكتسبة (HIV)) / - الحالات التي قد تتطلب تدخلاً طبياً طارئاً
الأمراض المنقولة عن طريق الجنس (STI) والخدمات السرّية المحمية الأخرى وفقاً للقانون) - الحالات التي تحد من الأنشطة اليومية للتلميذ(ة)، استمارة رقم (103S)
- تغطية التأمين الصحي

إن توقيبي على الصفحة رقم 2 من هذه الاستمارة، تعطي موافقتي أيضاً لمقدم خدمات عيادة صحة الفم والأسنان (OHCP) بالاتصال 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 مقدم خدمات عيادة صحة الفم والأسنان (OHCP)، كما هو منصوص عليه في القانون.



9 9 9 9 9 9 9

844

