

شامل کرنے کا خط اور والدین کی رضا سے اجازت

پبلک اسکول#

پتہ

پرنسپل / نائب پرنسپل

[تاریخ]

والدین / سرپرست کا نام: [Insert Name]

میں مسرت کے ساتھ اعلان کرتا ہوں کہ ہم نیو یارک شہر کے 60 اسکولوں میں سے ایک ایسا اسکول ہیں جو NYU کے دندان سازی کے کالج کے نئے، مفت دانتوں میں خلاء کے انسداد کے پروگرام میں شرکت کرنے کا آغاز کرے گا۔ پروگرام ہر سال دو مرتبہ، اسکول میں، دانتوں میں خلاء اور دانتوں کے درد کے علاج کے لیے دندان سازی کی نگہداشت فراہم کرتا ہے۔ لائسنس یافتہ دندان ساز، دانتوں کی صفائی کرنے والے، اور / یا نرسوں کی شرکت کرنے والے طلباء کے لیے نگہداشت فراہم کریں گے۔

یہ پروگرام NYU کے دندان سازی کے کالج کی تحقیقی تعلیم کا حصہ ہے، اس کے لیے سرمایہ پیشینہ سینٹرڈ آؤٹ کمز ریسرچ انسٹیٹیوٹ نے فراہم کیا ہے، تاکہ دندان صحت اور طالبانہ حصولیابی کے مابین تعلق کا تعین کیا جاسکے۔

پروگرام کے حصے کے طور پر، آپ کے بچے کے دندان سازی کے ریکارڈ، اسکول میں حاضری کے ریکارڈ، اور نیو یارک ریاست معیاری امتحان کے اسکورز کو NYU دندان سازی کے کالج کو فراہم کیا جائے گا اور جب تک آپ کا بچہ اس پروگرام کے ذریعے دانتوں کے علاج کی خدمات موصول کرتا رہے گا ان ریکارڈز کو پروگرام کی کارگزاری کی تشخیص کرنے کے لیے استعمال کیا جائے گا۔ ہم پروگرام کو پانچ سال کے لیے فراہم کرنے کا ارادہ رکھتے ہیں۔ تحقیق کے شائع کیے جانے والے کسی بھی تجزیے میں آپ کی نشاندہی بذریعہ نام نہیں کی جائے گی۔

شراکت مفت اور رضاکارانہ ہے۔ صحت کا بیمہ (ہیلتھ انشورنس) مطلوب نہیں ہے۔ البتہ، اگر آپ کے بچے کے پاس میڈیکل یا دانتوں کا دیگر بیمہ (انشورنس) ہے تو بل بیمہ کمپنی کو بھیجا جائے گا۔ نیو یارک شہر میں دانتوں کے خلاء کے علاج کے اسکول پر مبنی پروگرام میں دانتوں کے علاج کے اکتھا کردہ اعداد و شمار کو میڈیکل دعووں (کلیمز) اعداد و شمار سے جوڑنے کے لیے آپ کے بچے کا میڈیکل بلنگ آئی ڈی نمبر استعمال کیا جائے گا۔

اگر آپ شرکت کرنے کی اجازت دینے دیتے ہیں، آپ کا بچہ ذیل میں بیان کردہ دانتوں میں خلاء کی نگہداشت موصول کرے گا جو کہ دندان ساز کے دفتر میں فراہم کی جانے والی نگہداشت جیسی ہی ہوگی اور یہ ریاستہائے متحدہ بیماریوں پر قابو پانے اور ان سے اجتناب کرنے کے مرکز کی جانب دانتوں کے خلاء کے علاج کی تجاویز سے مربوط ہیں۔

پروگرام میں ذیل فراہم کرے گا:

1. دانت مانجنے کے لیے ہدایات
2. دانتوں، مسوڑوں اور منہ کی جانچ کرنے کے لیے ایک معائنہ
3. ذیل کے ذریعے دانتوں کے خلاء کا علاج اور قابو:
 - سیلینٹ، عارضی فلنگ، اور تمام دانتوں کے لیے فلورائیڈ وارنیش، یا
 - پیچھے کے دانتوں کے لیے سلور ڈیمائین فلورائیڈ بمعہ تمام دانتوں کے لیے فلورائیڈ وارنیش
4. ایک ٹوتھ برش اور ٹوتھ پیسٹ
5. آپ کے بچے کی نگہداشت پر ایک رپورٹ اسکول نرس، اور آپ کے لیے۔
6. (ضرورت پڑنے پر) مزید نگہداشت کے لیے ایک دندان ساز کا حوالہ، اور (ضرورت پڑنے پر) ایک مقامی دندان ساز کو تلاش کرنے میں مدد۔
7. یہ دیکھنے کے لیے کہ دندان صحت بہتر ہو رہی ہے پروگرام آپ کے بچے کو وقت کے ساتھ (پانچ سال تک) خدمات فراہم کرے گا۔
8. اگر آپ کو ایک دندان ساز کی ضرورت ہے تو آپ اپنے نزدیک ایک دندان ساز کو ذیل پر تلاش کر سکتے ہیں:

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

دانتوں میں خلاء کے علاج کے لیے کوئی بھی دانستہ طبی خطرات نہیں ہیں۔ براہ کرم نوٹ کریں کہ اگر آپ کا بچہ پروگرام میں شرکت کرتا ہے، سلور ڈیمائین فلورائیڈ لگانے سے دانتوں کے خلاء کے رنگ کو کتھنی یا سیاہ رنگ میں تبدیل کر سکتا ہے۔ رنگ میں تبدیلی کا مطلب ہے کہ دانتوں میں خلاء میں اضافہ ہونا رک گیا ہے۔ اگر حادثاتی طور پر یہ جلد پر لگ جاتا ہے تو یہ ہونٹوں، گالوں پر بلکے کتھنی رنگ کا عارضی دھبے اور کپڑوں پر مستقل دھبے کا نتیجہ بن سکتا ہے۔ جلد پر سے دھبا ہٹانے کے لیے فوراً ضابن اور پانی کا استعمال کریں۔ جلد سے دھبے ہٹانے کی کوشش کرنے کے لیے شدید طریق کار استعمال نہ کریں، کیونکہ دھبے بتدریج دور ہو جائیں گے۔ کپڑوں کو صاف کرنے کے لیے یہی طریق کار استعمال کریں۔

اگر آپ اپنے بچے کو پروگرام میں شرکت کرنے کی اجازت دینے دیتے ہیں تو برائے مہربانی منسلکہ فارم کو مکمل کریں، اس پر دستخط کریں اور اس کو واپس کریں۔ آپ کسی بھی وقت شرکت کر سکتے ہیں اور اپنی اجازت کو واپس لے سکتے ہیں۔ اس دوران اگر آپ کے بچے کی سرپرستی میں تبدیلی ہوتی ہے تو اجازت کی رضا کے نئے فارم پر دستخط کرنے کی ضرورت ہوگی۔

اگر آپ کے اس پروگرام کے بارے میں کوئی سوالات ہیں تو، برائے مہربانی مجھ سے رابطہ کریں:

Dr. Richard Niederman, Department of Epidemiology & Health Promotion, New York University College of Dentistry,

433 First Ave, Rm 720, New York, NY 10017. ای میل: rniederman@nyu.edu۔ فون: 212-998-9719۔ آپ نیو یارک یونیورسٹی انسٹیٹیوٹنل بورڈ (IRB) سے،

10012 New York, NY 10012، 665 Broadway، ای میل: ask.humansubjects@nyu.edu۔ فون: 212-998-4808۔

بہترین تمناؤں کے ساتھ،

[Insert Name]، پرنسپل

بیمہ معلومات

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

آپ کے بچے کو اس بات کے قطع نظر مفت خدمات فراہم کی جائیں آیا اس کے پاس طبی بیمہ ہے یا نہیں ہے۔

اسکول پر مبنی صحتی کلینک کی خدمات کے لیے والدینی اجازت نامہ

میں نے شمولیت کے منسلک خط کو اور NYU کالج آف ڈینٹسٹری پریونٹیو کیئر اینڈ ریسرچ پروگرام میں میرے بچے کے لیے دندانہ صحت کی خدمات موصول کرنے کی اجازت اور شرکت کے متعلق پڑھ اور سمجھ لیا ہے۔ میرے دستخط میرے بچے کو اس پروگرام کے پانچ سالہ دورانیے میں OHCP کے ذریعے فراہم کردہ خدمات کو موصول کرنے کی اجازت مہیا کرتا ہے۔ مزید برآں، میں اس تحقیقاتی پروگرام کے استعمال کے لیے اپنے بچے کے دندانہ صحت کے ریکارڈ، اسکول کے غیر حاضری کے ریکارڈ، اور نیو یارک ریاست معیاراتی امتحان کے اسکور کو افشا کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں OHCP کو تحریر نوٹس دے کر کسی بھی وقت اپنی اجازت واپس لے سکتا ہوں۔ میں جانتا ہوں کہ مجھے خدمات فراہم کنندہ کو اپنے بچے کی طبی حالت میں کسی بھی نمایاں تبدیلی سے مطلع کرنا ہوگا۔

تاریخ: _____

_____ مہینہ

_____ دن

_____ سال

والدین / سرپرست کے دستخط (یا طالب علم کے اگر ان کی عمر 18 سال یا زیادہ ہے)

HIPAA کے احکامات کی تکمیل کرنے والا والدینی اجازت نامہ برائے صحتی معلومات کی حوالگی سپردگی

میں نے اس فارم کے صفحہ 2 پر درج صحتی معلومات کی حوالگی سپردگی کو سمجھ لیا ہے۔ میرے دستخط دندانہ صحت کی معلومات کی صراحت کے ساتھ حوالگی سپردگی کی میری اجازت کی تصدیق کرتے ہیں۔ میری اجازت کی تصدیق کرتے ہیں۔

تاریخ: _____

_____ مہینہ

_____ دن

_____ سال

والدین / سرپرست کے دستخط (یا طالب علم کے اگر ان کی عمر 18 سال یا زیادہ ہے)

اسکول پر مبنی دندانہ صحت کے مراکز کی خدمات کے لیے اجازت نامہ

میں اپنے بچے کو نیو یارک ریاست محکمہ صحت سے منظور کردہ اسکول کے دندان سازی کے پروگرام کے حصے کے طور پر OHCP کے ذریعے ریاست کے لائسنس یافتہ طبی ماہرین کے ذریعے اسکول پر مبنی دندان سازی کی خدمات کو اس کے اندراج کے دورانیے کے دوران موصول کرنے کی اجازت اور منظوری دیتا ہوں۔ میں OHCP کو تحریری نوٹس ارسال کر کے کسی بھی وقت اپنی اجازت واپس لے سکتا ہوں۔ میں یہ سمجھتا ہوں کہ طالب علم اور دندانہ صحت کی خدمات کے فراہم کنندگان کے مابین مخصوص خدمت کے پہلوؤں میں قانون کے مطابق رازداری یقینی بنائی جائے گی، اور یہ کہ طلبا کو انکے والدین یا سرپرستوں کو مشاورت اور دندانہ نگہداشت کے فیصلوں میں شریک کرنے کی تاکید کی جائے گی۔ اسکول پر مبنی دندانہ صحت کے کلینک کی خدمات میں دندانہ صحت کی خدمات، دانتوں کی دیکھ بھال کی خدمات اور ہنگامی صورت کے معالجے شامل ہیں لیکن صرف انہی تک محدود نہیں ہیں۔ دندانہ صحت کے علاج کی خدمات میں دانتوں کے معائنہ، عارضی بھرائی، دانتوں کی حفظان صحت، سیلینٹ، فلورائیڈ لگانا شامل ہے لیکن انہی تک محدود نہیں ہے۔ اس میں پچھلے دانتوں پر سلور ڈیمائین فلورائیڈ (SDF) لگانا شامل ہو سکتا ہے۔ سلور ڈیمائین فلورائیڈ دانتوں کے خلاء کے رنگ کٹھنی یا سیاہ کر سکتا ہے۔ حادثاتی طور پر یہ جلد پر لگ جاتا ہے تو یہ ہونٹوں، گالوں پر بلکے کٹھنی رنگ کا عارضی دھبے اور کپڑوں پر مستقل دھبے کا نتیجہ بن سکتا ہے۔ جلد پر سے دھبے ہٹانے کے لیے فوراً ضابن اور پانی کا استعمال کریں۔ جلد سے دھبے ہٹانے کی کوشش کرنے کے لیے شدید طریق کار استعمال نہ کریں، کیونکہ دھبے بتدریج دور ہو جائیں گے۔ کپڑوں کو صاف کرنے کے لیے یہی طریقہ کار استعمال کریں۔

HIPAA کے احکامات کی تکمیل کرنے والا والدینی اجازت نامہ برائے دندانہ صحت کی معلومات کی حوالگی سپردگی

اس فارم پر میرے دستخط طبی معلومات کی حوالگی سپردگی کا اختیار دیتے ہیں۔ ان معلومات کو وفاقی رازداری قانون اور ریاستی قانون کے تحت افشا ہونے سے تحفظ حاصل ہو سکتا ہے۔ اس اجازت نامے پر دستخط کر کے، میں نیویارک شہر تعلیمی بورڈ (موسوم بہ نیویارک شہر محکمہ تعلیم) کو طبی معلومات کی فراہمی کا اختیار دیتا ہوں، جس میں اسکول نرس شامل ہو سکتی ہے، کیونکہ قانون، جانسلاں کا ضابطہ اسکا تقاضہ کرتا ہے کیونکہ یہ طالب علم کی صحت اور امان کے تحفظ کے لیے لازمی ہے یا یہ میرے بچے کے طبی بیمہ فراہم کنندہ کے پاس ایک دعویٰ پر کارروائی کے لیے درکار ہے۔ میرے درخواست کرنے پر، صحت کی ان معلومات کو افشا کرنے والے ادارے یا فرد کا اس فارم کی نقل مہیا کرنا ضروری ہے۔ والدین کے لیے قانونی طور پر لازمی ہے کہ وہ اسکول کو مخصوص معلومات فراہم کریں، جیسے مدافعتی ٹیکہ کاری کا ثبوت۔ یہ معلومات فراہم کرنے میں ناکامی کے نتیجے میں طلبا کو اسکول سے خارج کر دیا جاسکتا ہے۔ اس فارم کے متعلق میرے سوالات کے جوابات فراہم کیے گئے ہیں۔ میں یہ سمجھتا ہوں کہ مجھے اپنے بچے کی طبی معلومات کی حوالگی سپردگی کی اجازت دینا لازمی نہیں ہے، اور یہ کہ میں کسی بھی وقت OHCP کو خط لکھ کر اپنے خیالات تبدیل کر سکتا ہوں اور اس اجازت کو رد کر سکتا ہوں۔ تاہم، معلومات کے افشا ہونے کے بعد، تنسیخ سے قبل افشا ہونے والی معلومات کے لیے پچھلی تاریخ سے دستبرداری نہیں دی جاسکتی۔ میں نیویارک شہر تعلیمی بورڈ (موسوم بہ نیویارک شہر محکمہ تعلیم) کو OHCP کو پچھلی جانب پر شناخت کیے گئے طالب علم کی مخصوص طبی معلومات کی حوالگی سپردگی کی اجازت دیتا ہوں۔ میں OHCP سے نیویارک شہر محکمہ تعلیم کو اور نیویارک شہر محکمہ تعلیم سے OHCP کو ذیل میں خاکہ کش طبی معلومات کی حوالگی سپردگی کی اجازت دیتا ہوں تاکہ ضابطوں کے تقاضوں کی تعمیل ہو سکے اور یہ یقینی بنایا جاسکے کہ اسکول کے پاس وہ معلومات موجود ہیں جو میرے بچے کی صحت و امان کا تحفظ کریں۔ میں یہ سمجھتا ہوں کہ یہ معلومات وفاقی اور ریاستی قانون اور جانسلاں کے رازداری کے ضوابط کے تحت بصیغہ راز رہیں گی:

- مخصوص قابل انتقال امراض کا پتہ لگانا (اس میں ایچ آئی وای متعدی مرض / جنسی طور سے منتقل
- حالات جن میں ہنگامی صورتحال کے تحت
- ہونے والے متعدی مرض اور قانون کے تحت حفاظت پانے والی دیگر رازدارانہ خدمات شامل نہیں)۔
- حالات جو طالب علم کی روزمرہ کی سرگرمی کو محدود کریں (فارم 103S)
- طبی بیمہ کوڈریج

اس فارم کے صفحہ 2 پر میرے دستخط OHCP اس بات کی بھی اجازت دیتے ہیں کہ دیگر فراہم کنندگان سے رابطہ کر کے جنہوں نے میرے بچے کا معائنہ کیا ہو اور بیمہ کی معلومات طلب کرے۔ معلومات کو افشا کرنے کی اجازت اس فارم کی دستخط کی تاریخ سے لے کر اس وقت تک کارآمد ہے جب تک طالب علم اسکول پر مبنی بلیتھ کلینک پروگرام میں مندرج ہے یا جب تک اس کو ختم نہ کر دیا جائے، جو بھی پہلے واقع ہے۔

مرضی کے حقوق اور رازداری کی پالیسی کو OHCP کے ذریعے فراہم کیا جانا چاہیے، جیسے کہ قانون کے ذریعے قابل اطلاق ہے۔۔

