

تم تقديم الخدمات بواسطة:
شركة مايلز أوف سمايلز المحدودة

قم بملء النموذج وإرجاعه إلى المدرسة (فقط إذا كنت ترغب في هذه الخدمات).

N 8th St 2424
Pekin, IL 61554-1547

309-382-6404



تاريخ الفحص:

اسم المدرسة (أو المهرجان الصحي):

المدرس:

الصف:

المقاطعة:

هل تتابع مع طبيب أسنان؟ نعم / لا

اسم طبيب الأسنان:

يرجى توفير المعلومات التالية فقط إذا كنت ترغب في الحصول على خدمات طب الأسنان من شركة مايلز أوف سمايلز المحدودة في المدرسة.

عزيزي الوالد أو الوصي،

قامت شركة مايلز أوف سمايلز المحدودة وإدارة الخدمات الصحية وخدمات العائلة في ولاية إلينوي بترتيب خدمات طب الأسنان للأطفال المستحقين. قد تشمل هذه الخدمات فحصًا وتنظيفًا، وعلاجًا بالفلورايد، ووضع الختمات (طبقة واقية على أسطح المضغ للأسنان الخلفية). سيأتي أطباء الأسنان المرخصون أو أخصائيو صحة الأسنان العامة المرخصون والمعتمدون، وأخصائيو تنظيف الأسنان المرخصون (المسجلون)، ومساعدو أطباء الأسنان إلى مدرسة طفلك بمعدات محمولة. لكي يتمكن طفلك من الحصول على هذه الخدمات، يجب عليك تقديم جميع المعلومات المطلوبة أدناه والتوقيع في المكان المشار إليه.

الاسم القانوني لطفلك:

تاريخ الميلاد: ____/____/____

العنوان:

الجنس: ذكر / أنثى

المدينة / الرمز البريدي:

رقم الهاتف:

هل ينطبق على طفلك شروط الحصول على الوجبات المجانية أو المخفضة؟ نعم / لا

اسم شركة إدارة الرعاية الصحية (الرجاء وضع دائرة حول الخيار المناسب): إيتنا (Aetna) - بي سي بي أس (BCBS) كاونتيكير (CountyCare) - ميريديان (Meridian) - مولينا (Molina) - يوث كير (YouthCare). غير ذلك (الرجاء سرد التفاصيل):

هل تم تسجيل طفلك في برنامج ميديكيد / أول كيدز (Medicaid/All Kids) نعم / لا

في حالة الإجابة بنعم، يرجى تضمين رقم هوية الطالب المستفيد الخا ←

*ستتم تحصيل التكاليف من ميديكيد / أول كيدز (All Kids) (الرقم التعريفي الموجود على الجزء الخلفي من بطاقة ميدي-بلان)

هل يتمتع طفلك بالتأمين الصحي الخاص بالأسنان؟ نعم / لا

يقتصر الامتحان على طلاب (رياض الأطفال، الصف الثاني، والصف السادس) فقط في حال عدم استيفاء جميع الشروط.

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ملء جميع معلومات التأمين أدناه: (سيتم تحصيل التكاليف من شركة التأمين الصحي لطب الأسنان)

اسم شركة التأمين الصحي لطب الأسنان:

عنوان شركة التأمين الصحي لطب الأسنان (الولاية):

رقم خطة أو مجموعة التأمين الصحي لطب الأسنان:

رقم العضوية/الموظف أو رقم الضمان الاجتماعي:

تاريخ ميلاد العضو:

اسم العضو:

عنوان العضو (إذا كان مختلفًا عن عنوان الطفل):

رقم هاتف العضو (إذا كان مختلفًا عن رقم هاتف الطفل):

هل لدى طفلك أي تاريخ أو حالات مرتبطة بأي من ما يلي: (الرجاء الاختيار وضع دائرة):			
أنيميا "فقر الدم"	نعم / لا	التهاب الجيوب الأنفية المزمن/ نعم / لا	تأخر في النمو
الربو:	نعم / لا	السكري:	مشاكل في السمع:
اضطرابات نزفية:	نعم / لا	آلام الأذن:	أمراض القلب:
السرطان:	نعم / لا	الصرع:	حساسية اللاتكس:
شَّلَل دماغي:	نعم / لا	حالات إغماء:	الحمل (المراهقات):
هل يتناول طفلك حاليًا أي أدوية بوصفة طبية أو بدون وصفة طبية؟			
هل يعاني طفلك من أي حالة قلبية معروفة؟ نعم / لا الرجاء الوصف:			
هل يوجد لدى طفلك أي مفاصل صناعية؟ نعم / لا في حال الإجابة بنعم، متى وما هو نوع المفصل؟			
هل أوصى الطبيب في أي وقت مضى باتخاذ أي احتياطات خاصة أو تناول أي دواء مسبق لعلاج أسنان طفلك؟ نعم / لا إذا كانت الإجابة بنعم، ما هو الدواء:			

هام: التوقيع مطلوب من ولي الأمر/الوصي (فقط إذا كنت ترغب في الحصول على هذه الخدمات). أنا ولي الأمر أو الوصي الشرعي للطفل القاصر المذكور أعلاه. أقر وأوافق على أن يخضع هذا الطفل لعلاج الأسنان الموضح، وأسمح لممرضة المدرسة/ الممثل المدرسي ومقدم رعاية الأسنان بالوصول لسجل الطفل الخاص بعلاج الأسنان: هذا سيتم أيضًا إذنا لإدارة الصحة العامة في ولاية إلينوي لتوفير عمليات ضمان الجودة من خلال تقييم الختمات التي تم وضعها على أسنان طفلك في المدرسة. أفهم أن هذا الإذن، بناءً على التقدير، سيسمح أيضًا باستبدال الختمات من قبل مقدم الخدمة إذا لزم الأمر. أفهم أنه وفقًا للإجازات القانونية، وأوافق على استخدام وكشف المعلومات الصحية المحمية للطفل الصغير لتنفيذ أنشطة الدفع المتعلقة بهذا المطالبة. أصدر أنا الموقع أدناه موافقة وتوجيهها بدفع فوائد الأسنان مباشرة إلى شركة مايلز أوف سمايلز المحدودة.

التوقيع:

الاسم بالكامل:

التاريخ: