

الخدمات المقدمة من قبل:  
Miles of Smiles, Ltd.  
2424N 8th St  
Pekin, IL 61554-1547  
309-382-6404



تاريخ الفحص:

أملأ الاستمارة وأعدّها إلى المدرسة (فقط إذا كنت تريد هذه الخدمات)

اسم المدرسة (أو المعرض الصحي):

المدرس:

المقاطعة:

الصف:

هل لديك طبيب أسنان؟ نعم | لا اسم الطبيب:

يرجى تقديم هذه المعلومات فقط إذا كنت ترغب في الاستفادة من خدمات علاج الأسنان.  
الخدمات ستقدم من قبل Miles of Smiles, Ltd في المدرسة.

عزيزي ولي الأمر:

تتعاون شركة Miles of Smiles, Ltd مع وزارة الرعاية الصحية وخدمات الأسرة في ولاية إلينوي، وذلك لتقديم خدمات علاج الأسنان إلى الأطفال الذين يستوفون الشروط. هذه الخدمات قد تتضمن الكشف أو الفحص وتنظيف الأسنان والعلاج بالفلورايد ووضع الحشوات الوقائية (وهي طبقة واقية توضع على الأسطح الماضغة للزروس الخلفية). سيحضر إلى مدرسة طفلك أطباء الأسنان المرخص لهم أو مختصو صحة الفم العاملون في الصحة العامة والحاصلون على ترخيص وشهادة، أو مختصو صحة الفم المسجلون، أو مساعدا أطباء الأسنان، وسيكون معهم معدات متنقلة. حتى يتلقى ابنك هذه الخدمات، يجب عليك تقديم جميع المعلومات المطلوبة أدناه، بالإضافة إلى التوقيع في المكان المخصص.

اسم طفلك القانوني:

تاريخ الميلاد: MM / DD / YYYY

الجنس:  ذكر  أنثى

العنوان:

رقم الهاتف#:

المدينة | الرمز البريدي:

هل طفلك مسجل في برنامج Medicaid/All Kids:  نعم أم  لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فيرجى إدراج رقم تعريف المستفيد الخاص بطفلك: ←

\*\*سيحمل برنامج Medicaid/All Kids نفقات العلاج\*\*

هل لدى طفلك تغطية من شركة تأمين أسنان خاصة؟  نعم أم  لا

(رقم التعريف المكتوب على ظهر بطاقة (MEDI-PLAN)

إذا لم تقدم النموذج مكتملاً، فقد يقتصر التأهل للفحص على طلاب رياض الأطفال وطلاب الصفين الثاني والسادس)

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى كتابة جميع معلومات التأمين أدناه: (شركة تأمين علاج الأسنان التي ستحمل النفقات)

اسم شركة تأمين الأسنان:

عنوان شركة تأمين الأسنان (الولاية):

رقم خطة تأمين الأسنان أو رقم المجموعة:

رقم العضو أو رقم التأمين الاجتماعي الخاص (SS) بالعضو أو الموظف:

تاريخ ميلاد العضو أو الموظف:

اسم العضو أو الموظف:

عنوان العضو أو الموظف (إذا كان مختلفاً عن عنوان الطفل):

المعلومات الطبية: هل يعاني طفلك أيًا من الحالات الآتية؟  نعم أم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، فضع علامة بجانب كل ما ينطبق على حالة طفلك مما يلي:

 الربو التهاب الكبد الفيروسي مرض السكري الصرع نفخة قلبية (حاليًا) اضطراب أو مرض في الدم الحمى الروماتيزمية أو داء القلب الروماتيزميهل يحتاج طفلك إلى تناول مضاد حيوي وقائي؟  نعم أم  لاهل يتلقى طفلك أي أدوية؟  نعم أم  لا إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى كتابة جميع الأدوية التي يتلقاها حاليًا:هل يعاني طفلك حساسية الفضة؟  نعم أم  لاهل يعاني طفلك أي نوع حساسية؟  نعم أم  لا إذا كانت الإجابة نعم، فاكذب جميع أنواع الحساسية:هل لدى طفلك أي حالة طبية أخرى أو احتياجات خاصة؟  نعم أم  لا إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى كتابة الحالات الطبية الأخرى أو الاحتياجات الخاصة:

قبل SDF



بعد SDF

جديد: تم اعتماد العلاج بفلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF)، وهو علاج جديد في طب الأسنان لمكافحة التسوس!

مميزات SDF يشيع تسوس الأسنان بين الأطفال، لكن ثمة الآن بديل آمن وخالٍ من الألم لعمليات المثقب السنّي التقليدية. هذا البديل يُدعى فلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF). SDF هو مضاد حيوي سائل مصرّح به من قبل إدارة الغذاء والدواء في الولايات المتحدة (FDA)، ويستخدم لمنع التسوس من التكون أو التفاقم أو الانتشار إلى أسنان أخرى. يُوضع SDF باستخدام فرشاة.

البدائل:

\*من دون العلاج،

قد يتفاقم تسوس السن ويسبب ألمًا.

البدائل الأخرى: الحشو أو تاج الأسنان أو خلع السن.

المخاطر: قد لا يُغنيك العلاج بالـ SDF عن الحاجة إلى حشو الأسنان التقليدي.

\*من الطبيعي أن يصطبغ السن المتسوس بلون داكن بسبب الـ SDF، ذلك دليل على إنه فعال.

\*إن تصطبغ الأجزاء السليمة من السن. \*قد يسبب الدواء مذاقًا معدنيًا مؤقتًا في الفم.

قد يصطبغ الجلد مؤقتًا عند ملامسته للـ SDF، لكن ذلك غير مؤذي وسيختفي في غضون أسبوع.

\*\*أقرّ بأنني قد قرأت وفهمت فهمًا كاملاً المعلومات الخاصة باستخدام علاج SDF المقترح، وأنفهم المخاطر الممكنة التي قد تصاحب العلاج بالـ SDF، وأقرّ بأنه لا توجد موانع طبية لاستعماله. أوافق على استخدام SDF إن استدعت الحالة ذلك.

التاريخ:

\*\*توقيع الموافقة على العلاج بالـ SDF:

\*\*مهم: مطلوب توقيع ولي الأمر (فقط إذا كنت تريد هذه الخدمات)

أنا والد الطفل القاصر المذكور أعلاه (أو الوصي القانوني عليه). أقرّ وأوافق على أن يتلقى هذا الطفل علاج الأسنان الموصح أعلاه، كما أسمح لممرضة المدرسة أو ممثل المدرسة ومقدمي خدمات رعاية الأسنان بالأطلاع على سجلات طب الأسنان الخاصة بالطفل. هذا سيمتد أيضًا لإذن وزارة الصحة العامة بولاية إلينوي بتقديم مراجعات لضمان الجودة، وذلك من خلال تقييم الحشوات الوقائية التي تلقاها طفلك في المدرسة. بناءً على التقييم، تُحوّل هذه الموافقة أيضًا مقدم الرعاية باستبدال الحشوات الوقائية إذا استدعى الأمر. ضمن الحد الذي يسمح به القانون، أوافق على مشاركة واستعمال المعلومات الصحية المحمية الخاصة بالطفل القاصر، وذلك بغرض تنفيذ إجراءات الدفع المتعلقة بهذا الطلب. بموجب هذا الطلب، أقرّ وأقرّ بأن تُدفع مستحقات علاج الأسنان مباشرة إلى شركة Miles of Smiles, Ltd.

التاريخ:

الاسم بأحرف كبيرة وخط واضح:

\*\*التوقيع: