

કૃપા કરી ઇંક વડે પ્રિન્ટ કરશો

વિગતો ભરો અને શાળાને પરત કરો
(જો તમે આ સેવાઓ ઇચ્છતા હોવ તેવા કિસ્સામાં જ)

સેવાઓ પૂરી પાડનાર:
માઇલ્સ ઓફ સ્માઇલ્સ, લિમિટેડ
2424 N 8th St
Pekin, IL 61554-1547



309-382-6404

શાળાનું નામ (અથવા હેલ્થ ફેર):

શિક્ષક:

ગ્રેડ (ધોરણ):

કાઉન્ટી:

શું તમારા ડેન્ટિસ્ટ (દંતચિકિત્સક) છે: હા / ના ડેન્ટિસ્ટનું નામ: તપાસની તારીખ:

જો તમે આ દાંત સંબંધિત સેવાઓ માઇલ્સ ઓફ સ્માઇલ્સ, લિમિટેડ દ્વારા શાળા ખાતે પૂરી પાડવામાં આવે તેમ ઇચ્છતા હોવ તેવા કિસ્સામાં જ નિમ્નલિખિત માહિતી પૂરી પાડશો.

પ્રિય માતા-પિતા અથવા વાલી,
માઇલ્સ ઓફ સ્માઇલ્સ, લિમિટેડ અને ઇલિનોય ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હેલ્થકેર એન્ડ ફેમિલી સર્વિસિઝ (સ્વાસ્થ્યકાળજી અને પરિવારિક સેવાઓ માટેનો વિભાગ) દ્વારા પાત્ર હોય તેવા બાળકો માટે દાંતના સ્વાસ્થ્ય સંબંધિત સેવાઓની વ્યવસ્થા કરવામાં આવી છે. આ સેવામાં એક તપાસ/સ્ક્રીનિંગ, સફાઇ, ફ્લોરાઇડ થકી સારવાર અને સીલન્ટ્સ (પાછળના દાંતોની યાવવાની સપાટીઓ પર એક રક્ષાત્મક આવરણ)નો સમાવેશ થઈ શકે. લાયસન્સ ધારક ડેન્ટિસ્ટ અથવા લાયસન્સ ધારક અને પ્રમાણિત જાહેર સ્વાસ્થ્ય દંત આરોગ્ય નિષ્ણાતો, લાયસન્સ ધારક (નોંધણી થયેલ) દંત આરોગ્ય નિષ્ણાતો, અને દંત સ્વાસ્થ્ય સહાયકો તમારા બાળકની શાળામાં સાથે લઈને ફરી શકાય તેવા સાધનો લાવશે. તમારું બાળક આ સેવાઓ પ્રાપ્ત કરે તે માટે થઈને, એ અનિવાર્ય છે કે તમે એવી તમામ માહિતી પૂરી પાડી જેને માટે નીચે વિનંતી કરેલી છે અને સૂચવેલા ભાગમાં સહી કરો.

તમારા બાળકનું કાનૂની અહેવાલોમાંનું નામ:

જન્મ તારીખ: મમ / દિદિ / વવવવ

સરનામું:

લિંગ: ☐ પુ ☐ સ્ત્રી

સીટી / ઝિપ કોડ:

ફોન #:

શું તમારા બાળકની નોંધણી 'મેડિકેઇડ/ઓલ કિડ્સ' કાર્યક્રમમાં થયેલી છે: જો હા, ☐ હા અથવા ☐ ના

તો તમારા બાળકનો રીસેપિઅન્ટ (પ્રાપ્તકર્તા) આઇડી નંબર ઉમેરો: —————>

મેડિકેઇડ/ઓલ કિડ્સને બિલ મોકલવામાં આવશે

(મેડિ-પ્લાન કાર્ડના પાછલા ભાગ પરનો આઇડી નંબર)

શું તમારું બાળક ખાનગી દંત વીમા હેઠળ આવરાયેલું છે:

☐ હા અથવા ☐ ના

(જો અપૂર્ણ હોય તો, ફક્ત ગ્રેડ K, 2 (બીજું), અને 6 (છઠ્ઠું) તપાસ માટે પાત્ર હોય તેવું બને)

જો હા, તો કૃપા કરીને નીચે વીમા સંબંધિત તમામ માહિતી ભરશો: (દાંત માટેની વીમા કંપનીને બિલ મોકલવામાં આવશે)

દંત વીમા કંપનીનું નામ:

દંત વીમા કંપનીનું સરનામું (સ્ટેટ):

સભ્ય/કર્મચારી આઇડી અથવા SS #:

દંત વીમા યોજના અથવા જૂથ #:

સભ્ય/કર્મચારીનું નામ:

સભ્ય/કર્મચારીની જન્મ તારીખ:

સભ્યનું/કર્મચારીનું સરનામું (જો બાળક કરતાં અલગ હોય તો):

તબીબી માહિતી: શું તમારા બાળકને નિમ્નલિખિત સ્વાસ્થ્ય સ્થિતિઓમાંની કોઈ છે?		☐ હા	☐ ના
		અથવા	
જો હા, તો લાગુ પડતી બધી સ્વાસ્થ્ય સ્થિતિઓ નીચે અંકિત કરો:	શું તમારું બાળક કોઈ દવાઓ લઈ રહ્યું છે?	☐ હા	☐ ના
☐ અસ્થમા (દમ)			જો હા, તો કૃપા કરી હાલની તમામ દવાઓ સૂચિબદ્ધ કરો:
☐ હેપટાઇટિસ			
☐ ડાયબીટીઝ	શું તમારા બાળકને યાંદીની એલર્જી (પ્રતિક્રિયા) થાય છે?	☐ હા	☐ ના
☐ એપિલેપ્સી (બૅચ)			
☐ હાલ યાલુ દ્રવ્યનો ગણગણાટ વાળો અવાજ	શું તમારા બાળકને કોઈ એલર્જીઓ છે?	☐ હા	☐ ના
☐ રક્તના વિકારો અથવા રોગ			જો હા, તો તમામ એલર્જીઓ સૂચિબદ્ધ કરો:
☐ રૂમેટિક ચેપ અથવા રૂમેટિક દ્રવ્ય રોગ	શું તમારું બાળક અન્ય તબીબી સ્થિતિ(ઓ) અને/અથવા વિશેષ જરૂરિયાતો ધરાવે છે?	☐ હા	☐ ના
શું એક એન્ટિબાયોટિક આગોતરી દવાની જરૂર છે?	જો હા, તો કૃપા કરી સૂચિબદ્ધ કરો:	☐ હા	☐ ના

નવું: સિલ્વર ડાયએમાઇન ફ્લોરાઇડ (SDF) અધિકૃતિ, દાંતના પોલાણ સામે લડવા માટે દાંતની એક નવી સારવાર!

SDFના લાભો: બાળકોમાં દાંતમાં પોલાણ થવા સામાન્ય વાત છે, પરંતુ હવે પોલાણની અંદર કોતરવાની પરંપરાગત પ્રક્રિયા કરાવવાને બદલે, સિલ્વર ડાયએમાઇન ફ્લોરાઇડ (SDF) તરીકે ઓળખાતો એક સવામત, પીડારહિત વિકલ્પ છે. SDF એ FDA દ્વારા માન્ય એન્ટિબાયોટિક પ્રવાહી છે જેનો ઉપયોગ પોલાણ બનતાં, તે વિસ્તરતા અથવા અન્ય દાંતમાં ફેલાતા અટકાવવામાં મદદ માટે થાય છે. SDF એક બ્રશ વડે લગાડવામાં આવે છે.

<u>વિકલ્પો:</u> *કોઈ સારવાર વિના, દાંત સડવાનું યાલુ રહી શકે અને પીડા નીપજાવી શકે; *અન્ય વિકલ્પો: પુરાણ કરવું, કાઉન (આવરણ) બેસાડવું, દાંત કાઢી નાખવો.	<u>જોખમો:</u> *SDF સારવાર થકી પરંપરાગત રીતે પોલાણ ભરવાની જરૂરિયાત દૂર ન થાય તેવું બની શકે; *SDF ને કારણે પોલાણ ઘેરા રંગના ડાઘ વાળું બને એ સામાન્ય છે, આ બતાવે છે કે તે કામ કરી રહ્યું છે; *દાંતના સ્વાસ્થ્ય ભાગો ઉપર ડાઘ નહિ લાગે; *જો સંપર્કમાં હોય તે ત્વચા પર થોડા વખત માટે ડાઘ પડે તે બિનહાનિકારક છે અને એક અઠવાડિયામાં જતા રહે એવું બને.
---	---



SDF પૂર્વે



SDF બાદ

****** હું પ્રમાણિત કરું છું કે મેં પ્રસ્તાવિત SDF લગાવવાની સારવાર(રો) વિશેની માહિતી વાંચી અને પૂરી રીતે સમજી છે. હું SDF સારવાર સાથે સંકળાયેલા સંભવિત જોખમો સમજું છું અને ખરાઈ કરું છું કે તેનો ઉપયોગ ન કરવો જોઈએ તેવું સૂચવતા કોઈ સંજોગો નથી. **જો સૂચવ્યું હોય તો SDF લાગુ કરવા માટે માટે હું સંમતિ આપું છું.**

****SDF સારવાર માટે સંમતિ આપતી સહી** **તારીખ:**

****અગત્યનું: માતા-પિતા/વાલીની સહીઓ જરૂરી છે (જો તમે સેવાઓ ઇચ્છતા હોવ તેવા કિસ્સામાં જ)**

ઉપરોક્ત નામના સર્ગીર બાળક માટે હું કાનૂની કબજો ધરાવનાર માતા/પિતા અથવા કાનૂની વાલી છું. હું અધિકૃતિ તથા સંમતિ આપું છું કે આ બાળકને વર્ષાવ્યા મુજબની દાંતની સારવાર પ્રાપ્ત થાય, અને શાળાના નર્સ/શાળાના પ્રતિનિધિ તથા દંત ચિકિત્સા પ્રદાતાને બાળકના દાંત અંગેના અહેવાલો જોવા મંજૂરી આપું છું.

આ થકી ઇલિનોય ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ પબ્લિક હેલ્થને એ વાત માટે પણ પરવાનગી મળશે કે તમારા બાળકને શાળામાં બેસાડવામાં આવેલા સીલન્ટ્સના મૂલ્યાંકન વડે ગુણવત્તા ખાતરી માટેના ઓડિટ હાથ ધરી શકાય. નિર્ધારણ થયે, આ પરવાનગી એ વાતની મંજૂરી પણ આપશે કે જો સૂચવવામાં આવે તો પ્રદાતા દ્વારા સીલન્ટ્સને બદલીને બીજા મૂકી શકાય.

કાયદા દ્વારા પરવાનગી અપાયાની હદે, હું આ દાવા સંબંધે ચૂકવણીની પ્રવૃત્તિઓ હાથ ધરવા માટે સર્ગીર બાળકની રક્ષિત માહિતીનો ઉપયોગ કરવાની અને તે જાહેર કરવાની સંમતિ પૂરી પાડું છું. હું આ દ્વારા અધિકૃતિ આપું છું અને નિર્દેશ કરું છું કે દંત ચિકિત્સાના લાભોની ચૂકવણી સીધેસીધી માઇલ્સ ઓફ સ્માઇલ્સ, લિમિટેડને કરવામાં આવે.

****સહી:** **પ્રિન્ટ કરેલું નામ:** **તારીખ:**

જો તમારા ડેન્ટિસ્ટ હોય, તો દાંતની કાળજી તેમની પાસે મેળવવા વિનંતી કરો! DDS/DMD/PHDH અધ્યાક્ષરો: _____ RDH અધ્યાક્ષરો: _____