

ઓલ કિડ્સ સ્કૂલ - આધારિત ડેન્ટલ પ્રોગ્રામ  
ડેન્ટલ સંમતિ ફોર્મ

કૃપા કરીને શાહીથી પ્રિન્ટ કરો

બરો અને તેને શાળામાં પરત કરો (જો તમને આ સેવાઓ જોઈતી હોય તો જ)

સેવાઓ આપવામાં આવે છે:



Miles of Smiles, Ltd.  
2424N8thSt  
Pekin, IL 61554-1547  
309-382-6404

શાળાનું નામ (અથવા આરોગ્ય મેળો) :

શિક્ષક:

ગ્રેડ:

દેશ:

શું તમારી પાસે ડેન્ટિસ્ટ છે? હા/ના

ડેન્ટિસ્ટનું નામ:

પરીક્ષા તારીખ:

જો તમે આ ડેન્ટલ સેવાઓ શાળામાં Miles of Smiles, Ltd દ્વારા પ્રાપ્ત કરવા માંગતા હોવ તો નીચેની માહિતી પ્રદાન કરો.

પ્રિય માતાપિતા અથવા વાલી,

Miles of Smiles, Ltd. અને ઇલિનોઇસ ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હેલ્થકેર એન્ડ ફેમિલી સર્વિસીસ એ લાયક બાળકો માટે ડેન્ટલ સેવાઓની વ્યવસ્થા કરી છે. આ સેવાઓમાં પરીક્ષા, ક્લિનિંગ, ફ્લોરાઇડ સારવાર અને સીલન્ટ (પાછળના દાંતની યાવવાની સપાટી પર રક્ષણાત્મક આવરણ)નો સમાવેશ થઈ શકે છે. લાઇસન્સ પ્રાપ્ત ડેન્ટિસ્ટ અથવા લાઇસન્સ પ્રાપ્ત અને પ્રમાણિત જાહેર આરોગ્ય ડેન્ટલ હાઇજિનિસ્ટ્સ, લાઇસન્સ પ્રાપ્ત (નોંધાયેલ) ડેન્ટલ હાઇજિનિસ્ટ્સ અને ડેન્ટલ સહાયકો પોર્ટેબલ સાધનો સાથે તમારા બાળકની શાળામાં આવશે. તમારા બાળકને આ સેવાઓ પ્રાપ્ત થાય તે માટે, તમારે નીચે વિનંતી કરેલ તમામ માહિતી પ્રદાન કરવી પડશે અને દર્શાવેલ જગ્યામાં સહી કરવી પડશે.

તમારા બાળકનું કાનૂની નામ:

જન્મતારીખ:

સરનામું:

જાતિ: પુરુષ/સ્ત્રી

શહેર/ઝિપ કોડ:

ફોન#:

શું તમારું બાળક મફત અથવા ડિસ્કાઉન્ટેડ લોજન માટે લાયક છે:

હા/ના

MCO કંપનીનું નામ (સર્કલ એક): Aetna, BCBS, CountyCare, Meridian, Molina, YouthCare. અન્ય (કૃપા કરીને યાદી આપો):

શું તમારું બાળક 'મેડીકેડ/ઓલ કિડ્સ પ્રોગ્રામમાં નોંધાયેલું છે:

હા/ના

જો હા, તો તમારા બાળકનો પ્રાપ્તકર્તા ID નંબર શામેલ કરો:

\*\*મેડીકેડ/ઓલ કિડ્સનું બિલિંગ કરવામાં આવશે\*\*

(મેડી-પ્લાન કાર્ડની પાછળનો આઈડી નંબર)

શું તમારું બાળક ખાનગી ડેન્ટલ વીમા દ્વારા કવર થયેલ છે:

હા/ના

(જો અપૂરું હોય, તો માત્ર K, 2 અને 6 ગ્રેડ પરીક્ષા માટે લાયક હોઈ શકે છે)

જો હા, તો કૃપા કરીને નીચેની તમામ વીમા માહિતી ભરો: (ડેન્ટલ ઇન્સ્યોરન્સ કંપનીને બિલ કરવામાં આવશે)

ડેન્ટલ ઇન્સ્યોરન્સ કંપનીનું નામ:

ડેન્ટલ ઇન્સ્યોરન્સ કંપનીનું સરનામું (રાજ્ય):

સભ્ય/કર્મચારી ID અથવા SS#:

ડેન્ટલ ઇન્સ્યોરન્સ પ્લાન અથવા ગ્રૂપ#:

સભ્યનું નામ:

સભ્યની જન્મતારીખ:

સભ્યનું સરનામું (જો બાળક કરતા અલગ હોય):

સભ્યનો ફોન # (જો બાળક કરતા અલગ હોય):

શું તમારા બાળકને નીચામાંથી કોઈ તબીબી ઇતિહાસ, અથવા તેના સંબંધી સ્થિતિ રહી છે? (કૃપા કરીને સર્કલ કરો)

એનિમિયા:	હા/ના	કોનિક સાઇનસાઇટિસ:	હા/ના	વૃદ્ધિની સમસ્યાઓ:	હા/ના	ખેંચ:	હા/ના
અસ્થમા:	હા/ના	ક્રાયાબિટીસ:	હા/ના	બહેરાશ:	હા/ના	થાઇરોઇડ:	હા/ના
રક્તસ્રાવની બીમારી:	હા/ના	કાનમાં કૃપાવો:	હા/ના	હૃદય રોગ:	હા/ના	તમાકુ/ડ્રગ વપરાશ:	હા/ના
કેન્સર:	હા/ના	એપીલેપ્સી:	હા/ના	લેટેક્સ એલર્જી**:	હા/ના	એલર્જી:	હા/ના
મગજનો લકવો:	હા/ના	મૂર્છા આવવી:	હા/ના	ગર્ભાવસ્થા(કિશોરો):	હા/ના	અન્ય:	હા/ના

શું તમારું બાળક આ સમયે કોઈ પ્રિસ્ક્રિપ્શન અને/અથવા ઓવર-ધ-કાઉન્ટર દવાઓ લે છે?

હા/ના

કૃપા કરીને યાદી આપો:

શું તમારા બાળકને હૃદયની કોઈ જાણીતી બીમારી છે? હા/ના વર્ણન કરો:

શું તમારા બાળકને કોઈ કૃત્રિમ સાંધા છે: હા/ના જો હા, તો ક્યારે અને કયા સાંધા:

શું તમારા બાળકની દાંતની સારવાર માટે ડોક્ટરે ક્યારેય કોઈ વિશેષ સાવચેતીઓ અથવા પૂર્વ-દવાઓની ભલામણ કરી છે? હા/ના જો હા, તો શું:

મહત્વપૂર્ણ: માતા-પિતા/વાલીની સહી આવશ્યક છે (જો તમે આ સેવાઓ ઇચ્છતા હોવ તો જ)

હું ઉપરોક્ત નામના સગીર બાળકના કસ્ટોડિયલ માતાપિતા અથવા કાનૂની વાલી છું. હું આ બાળકને વર્ણવેલ દાંતની સારવાર પ્રાપ્ત કરવા માટે અધિકૃત કરું છું અને સંમતિ આપું છું અને હું શાળાની નર્સ/શાળાના પ્રતિનિધિ અને ડેન્ટલ પ્રદાતાને બાળકના ડેન્ટલ રેકોર્ડની એક્સેસની મંજૂરી આપું છું. આનાથી ઇલિનોઇસ ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ પબ્લિક હેલ્થને તમારા બાળકના સીલન્ટનું મૂલ્યાંકન કરીને ગુણવત્તા ખાતરી ઓડિટ પ્રદાન કરવાની પરવાનગી પણ મળશે જે શાળામાં મૂકવામાં આવ્યા હતા. નિર્ધારણ પર, જો સૂચવવામાં આવે તો આ પરવાનગી પ્રદાતા દ્વારા સીલન્ટને બદલવાની પણ પરવાનગી આપવામાં આવશે. કાયદા દ્વારા પરવાનગી આપવામાં આવેલી હદ સુધી, હું આ દાવાના સંબંધમાં ચુકવણીની પ્રવૃત્તિઓ હાથ ધરવા માટે સગીર બાળકની સુરક્ષિત આરોગ્ય માહિતીના ઉપયોગ અને જાહેરાત માટે સંમતિ આપું છું. હું આથી Miles of Smiles, Ltd ને ડેન્ટલ લાભોની ચુકવણીને અધિકૃત કરું છું અને નિર્દેશિત કરું છું.

સહી:

નામ પ્રિન્ટ કરો:

તારીખ:

SIGNATURE:

PRINTNAME:

DATE:

જો તમારી પાસે ડેન્ટિસ્ટ છે, તો ત્યાં ડેન્ટલ કેર મેળવો!

DDS/DMD/PHDH પ્રથમાક્ષર: \_\_\_\_\_ RDH પ્રથમાક્ષર: \_\_\_\_\_