

أحضر هذا النموذج إلى طبيب الأسنان

| For Official Use Only | | |
|---|----------------------|---|
| Student's Last Name | Student's First Name | Birth Date (MM/DD/YYYY) ____/____/____ |
| District Borough Number (Example: 12M345) | | Office of Student Information Systems Number (OSIS) |

1. أولياء الأمور أو الأوصياء:

يُرجى العلم بأن طفلكم قد خضع لفحص أسنان في المدرسة يوم ____/____/____ وأنه يحتاج إلى رعاية إضافية لأسنانه. يُرجى منكم إحضار هذا النموذج إلى طبيب الأسنان الخاص بطفلكم. إذا كنتم تحتاجون إلى مساعدة في الحصول على تأمين الأسنان، يرجى التحدث إلى منسق شؤون أولياء الأمور بالمدرسة الخاصة بكم أو الاتصال بالرقم 311.

مطلوب علاج عاجل للأسنان
يرجى إحضار طفلكم إلى طبيب الأسنان خلال السبعة أيام التالية.

مطلوب علاج غير عاجل للأسنان
تأكد من زيارة طفلكم لطبيب أسنان خلال مدة الـ 30 يوماً التالية. يمكنكم القيام بأي من أحد الأمرين:

إحضار طفلكم لزيارة طبيب الأسنان في مُجتمعكم.

--أو--

إخضاع طفلكم لرعاية الأسنان بالمدرسة. برجاء الاطلاع على المعلومات المرفقة.

2. Dentist:**A. Complete and sign the box below**

- No treatment is necessary
 Treatment is in progress
 Treatment is complete

Dentist's Name (Print): _____ Phone: _____ - _____ - _____

Address: _____ City: _____ State: _____ ZIP: _____

Dentist's Signature: _____ Date: _____

B. Fax this form to the School-Based Dental Provider:

Name: _____

Fax Number: _____