



**برنامج رعاية الصحة السنّية المجتمعي (DENTCARE)**  
**موافقة الوالدة(ة) على الحصول على خدمات الصحة السنّية**

**\*\*يجب أن يتم توقيع استمارة الموافقة في الصفحة الثانية من أجل التصريح بالموافقة على خدمات الصحة السنّية\*\***

معلومات التلميذ(ة)	معلومات الوالدة(ة)/ ولي(ة) الأمر
الاسم الأخير للتلميذ(ة): _____ الاسم الأول للتلميذ(ة): _____ تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____ الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى الصف _____ الخلقية الإثنية: <input type="checkbox"/> إسباني <input type="checkbox"/> أسود <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> من الهنود الحمر <input type="checkbox"/> آسيوي/ من سكان جزر المحيط الهادي <input type="checkbox"/> غير ذلك _____ عنوان التلميذ(ة): _____ _____	الوالدة الاسم الأخير: _____ الاسم الأول: _____ الوالد الاسم الأخير: _____ الاسم الأول: _____ الوصي(ة) القانوني(ة)، إذا كان ينطبق الاسم الأخير: _____ الاسم الأول: _____ علاقة الوصي(ة) القانوني(ة) بالتلميذ(ة) <input type="checkbox"/> جد(ة) <input type="checkbox"/> عم(ة) أو خال(ة) <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____ معلومات الاتصال بالوالدة(ة) أو ولي(ة) الأمر هاتف المنزل: _____ هاتف العمل: _____ رقم الهاتف المحمول/ جهاز الاستدعاء: _____ معلومات اتصال إضافية في حالات الطوارئ الاسم: _____ العلاقة بالتلميذ(ة): _____ هاتف المنزل: _____ هاتف العمل: _____ رقم الهاتف المحمول/ جهاز الاستدعاء: _____
الاسم: _____ رقم الهاتف: _____ العنوان: _____ _____	من هو طبيب الأسنان المعتاد للتلميذ(ة)? الاسم: _____ رقم الهاتف: _____ العنوان: _____ _____
ما هي المدرسة التي يداوم بها التلميذ(ة)? _____	

**بيانات التأمين الصحي**

هل لدى طفلك أي تأمين صحي آخر للصحة السنّية? <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم: الاسم: _____ رقم التغطية التأمينية: _____ رقم السياسة/ رقم البطاقة: _____ سوف يتم تقديم الخدمات لطفلك بالمجان بغض النظر عما إذا كان لديه تأمين صحي أو لا.	هل لدى طفلك تأمين ميديكيد (Medicaid)? <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم: رقم بطاقة ميديكيد (Medicaid) _____ هل لدى طفلك خطة رعاية مدارة من ميديكيد (Medicaid Managed Care Plan)? إذا كان الجواب نعم، ما هي الخطة? رقم خطة رعاية مدارة من ميديكيد (Medicaid Managed Care Plan) _____ هل لدى طفلك أي خطة تأمين صحي تجارية? إذا كان الجواب نعم، ما هي الخطة? رقم خطة تأمين صحي تجارية? _____
---	---

**موافقة الوالدة(ة) على حصول الطفل على خدمات الصحة السنّية ضمن المدرسة**

أقر، أنا والدة(ة)/ الوصي(ة) القانوني(ة) للطفل القاصر المذكور أعلاه، بتصريحي وموافقتي على حصول طفلي على خدمات الصحة السنّية ضمن المدرسة التي يتم تقديمها من طرف اختصاصيين صحيين مجازين من الولاية في كلية طب الأسنان بجامعة كولومبيا/ الرعاية الصحية بجامعة كولومبيا. برنامج (CUHC) هو جزء من برنامج الصحة السنّية بالمدارس وهو مرخص من طرف إدارة الصحة بولاية نيويورك، وسيقوم البرنامج بإجراء الفحوص السنّية، والصور الشعاعية، والتشخيص، وتقديم العلاج والخدمات الوقائية بما فيه على سبيل المثال وليس الحصر تنظيف الأسنان، والتليبيسات السنّية، وعلاجات الفلورايد، والإحالات كما تقتضي الحاجة للخدمات الأخرى. وأنا على علم بأن علاج طفلي سيتم في غيابي. يمكن أن تشمل خدمات الصحة السنّية ضمن المدارس، على سبيل المثال وليس الحصر، فحوصات طبية شاملة للأسنان، وعلاجات تنظيف الأسنان، والصور الشعاعية، وتليبيسات الأسنان، وعلاجات الفلورايد. وقد يشمل هذا وضع مادة الفلورايد ( Silver Diamine Fluoride) على الأسنان الخلفية لوقف تقدم التسوس. (قد يسبب استخدام دواء (Silver Diamine Fluoride) بزالة اللون عن أي تسوسات مما يؤدي إلى لون بني أو أسود). بالنسبة للخدمات غير خدمة الفحص الشامل للأسنان وخدمات الوقاية لصحة الفم والأسنان والحشوات، يتعين على جامعة كولومبيا إخطاري بالخدمات والعلاجات التي سيتم تقديمها بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، خلع الأسنان واستخدام أدوية التخدير أو الأدوية الأخرى. وإذا لم أوافق، فلن يتم تقديم هذه الخدمات. إنني أدرك أن هذه الموافقة على الفحوص الشاملة للأسنان، وخدمات الصحة الفموية الوقائية ووضع الحشوات، ستبقى سارية المفعول حتى أقوم بإلغائها كتابياً. كما يؤكد توقيعني أيضاً على أنني قد قمت بإكمال سجلّ السوابق المرضية في الصفحة المرفقة وأن المعلومات المذكورة صحيحة ودقيقة. وفي حال طرأ أي تغيير على صحة طفلي أو أدويته فسوف أخبر طبيب الأسنان في أسرع وقت ممكن.  
تم تعديلها في شهر كانون الثاني/يناير، 2018/ كما تمت الموافقة عليها من قبل (CDM-CCC) في 21 حزيران/يونيو، 2018.

نرجو التأكد من مراجعة الوجهين الاثنتين من هذه الموافقة

يجب أن يتم توقيع هذه الاستمارة في الصفحة الثانية للتصريح بالموافقة على خدمات الصحة السنّية



## برنامج رعاية الصحة السنّية المجتمعي (DENTCARE) موافقة الوالد(ة) على الحصول على خدمات الصحة السنّية

**\*\*يجب أن يتم توقيع استمارة الموافقة أدناه من أجل التصريح بالموافقة على خدمات الصحة السنّية\*\***

### إسناد المزايا والمسؤولية المالية

إنني، والدة(ة)/ الوصي(ة) القانوني(ة) للطفل المذكور أعلاه، أصد وأخصص بموجبه الأموال الكافية و/ أو المزايا التي قد أكون مخوّلًا للحصول عليها من الوكالات الحكومية، وشركات التأمين أو الوكالات الأخرى المسؤولة ماليًا عن صحتي السنّية والعامّة، لتغطية جميع تكاليف الرعاية والمعالجة المقّمة لطفلي المعال إلى كلية طب الأسنان بجامعة كولومبيا/ الرعاية الصحية بجامعة كولومبيا (Columbia University College of Dental Medicine/Columbia University Health Care, Inc.)، وأدرك بأنني لن أكون مسؤولاً عن أي نفقات لا تتم تغطيتها من طرف خطة التأمين.

### إدارة التعليم لمدينة نيويورك

### صحيفة الحقائق المتعلقة بموافقة الآباء بشأن الإفصاح عن المعلومات الصحية موافقة الآباء بشأن الإفصاح عن المعلومات الصحية وفقاً لقانون (HIPAA)

إنني أعلم بأنه سيتم ضمان الخصوصية بين التلميذ(ة) ومقدّم الخدمة الصحية تماشياً مع القانون، وأنه سوف يتم تشجيع التلاميذ على إشراك آبائهم أو أولياء أمورهم في الاستشارات والقرارات المتعلقة بالرعاية الطبية. إن توقيعني على هذه الاستمارة يعدّ تصريحاً بموافقتي على الإفصاح عن المعلومات الصحية. قد تكون هذه المعلومات محمية من الكشف عنها بموجب القانون الفيدرالي للخصوصية وقانون الولاية.

بتوقيعي على هذه الاستمارة، أقرّ بأنني أصرح بإعطاء المعلومات الطبية لمجلس التعليم لمدينة نيويورك (والمعروف باسم إدارة التعليم لمدينة نيويورك)، إما لأن ذلك مطلوباً بحكم القانون أو تبعاً لتعليمات مستشار التعليم، أو لأن ذلك ضرورياً لحماية صحة وسلامة التلميذ(ة). ويتعين على المنشأة أو الشخص المختص بالإفصاح عن تلك المعلومات أو يزودني بنسخة من هذه الاستمارة عند طلبي لذلك. إن الآباء مطالبون بحكم القانون بتقديم معلومات معينة للمدرسة، مثل إثبات التطعيمات. والإخفاق في تقديم هذه المعلومات قد يؤدي إلى فصل التلميذ(ة) من المدرسة.

لقد تمت الإجابة على أسئلتي المتعلقة بهذه الاستمارة. وأنا أفهم أنني غير ملزم بالسماح بالإفصاح عن المعلومات الطبية المتعلقة بطفلي، وأنه يمكنني أن أعبر رأيي في أي وقت وأن ألغي تصريحتي بذلك من خلال الكتابة إلى المركز الصحي المدرسي. غير أنه بعد الموافقة على التصريح، لا يمكن إلغائه بأثر رجعي لكي يغطي معلومات قد تم الإفصاح عنها قبل الإلغاء.

إنني أصرّح لكلية طب الأسنان بجامعة كولومبيا/ الرعاية الطبية بجامعة كولومبيا (CUHC) بالإفصاح لمجلس التعليم لمدينة نيويورك (المعروف أيضاً باسم إدارة التعليم لمدينة نيويورك)، والوكالات الحكومية، وشركات التأمين أو الوكالات الأخرى المسؤولة ماليًا عن الصحة السنّية، وإجراء نسخ من جميع المعلومات اللازمة لتسديد تكاليف الرعاية المعنية للتلميذ(ة) المذكور في الوجه الخلفي من الصفحة.

### موافقة المريض(ة) بخصوص الوصول إلى المعلومات المتعلقة بسجلّ الأدوية الموصوفة إلكترونياً والإفصاح عنها

إنني أصرّح لكلية طب الأسنان بجامعة كولومبيا/ الرعاية الطبية بجامعة كولومبيا بالوصول إلى جميع بيانات سجلّ الأدوية الموصوفة إلكترونياً، والإفصاح عن سجلّ وصفاتي الطبية المتوفرة فيها والمرسلة إلى قاعدة بيانات سجلّ الأدوية الموصوفة إلكترونياً (بما في ذلك على سبيل المثال وليس الحصر، المعلومات المتعلقة بمرض نقص المناعة المكتسبة ومرض الإيدز (HIV/AIDS)، ومشاكل وعلاجات ادمان الكحول والمخدرات، وتحديد النسل، والأمراض الوراثية، والأمراض العقلية، والأمراض المنقولة بالجنس) لاستخدامها من طرف كلية طب الأسنان بجامعة كولومبيا/ الرعاية الطبية بجامعة كولومبيا. إنني أفهم أن هذا السجلّ قد لا يكون شاملاً وأنه يقتصر على الأدوية التي تم وصفها لي إلكترونياً. إنني أتحمّل مسؤولية تزويد طبيب الأسنان الخاص بي/ أو مقدّم الرعاية لي بقائمة كاملة من الأدوية التي أتناولها حالياً. إنني أدرك أن الغرض من هذه الاستمارة هو تمكين كلية طب الأسنان بجامعة كولومبيا/ الرعاية الطبية بجامعة كولومبيا، من الوصول إلى معلومات سجلّ الأدوية وإلى الخدمات المرخصّة لوصف الأدوية إلكترونياً من مقدمي الرعاية الصحية الآخرين، والصيديات، و/ أو برامج المزايا/ دافعي التكاليف من الصيدليات بوصفها طرف ثالث.

من خلال توقيع هذه الاستمارة، فإنني أوافق على الوصول إلى المعلومات الصحية المحمية واستخدامها أو الإفصاح عنها كما هو موصوف أعلاه. يمكنني إلغاء الموافقة الواردة في هذه الاستمارة في أي وقت قبل الإفصاح عن المعلومات التي طلبتها أو اتخاذ أي إجراءات بشأنها استناداً على هذه الموافقة وذلك عن طريق إرسال اشعار كتابي بالإلغاء كما هو محدد في إشعار ممارسات الخصوصية (Notice of Privacy Practices). إذا كان الطرف المتلقي غير خاضع لقوانين خصوصية المعلومات الطبية، فإنه قد تتم إعادة الإفصاح عن المعلومات من طرف المتلقي وقد لا تكون محمية بعد ذلك بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية. لا تتحمّل يمكن كلية طب الأسنان بجامعة كولومبيا / الرعاية الصحية بجامعة كولومبيا مسؤولية أي عواقب ناجمة عن إعادة الإفصاح عن المعلومات. سوف يتم تزويدي بنسخة من هذه الاستمارة. بحقّ لي طلب نسخة من معلوماتي الصحية.

لا تنتهي صلاحية هذه الموافقة والتصريح ما لم أقم أنا كتابياً بإلغائها أو عند توقف علاقتي العلاجية مع كلية طب الأسنان بجامعة كولومبيا/ الرعاية الصحية بجامعة كولومبيا. إنني من خلال التوقيع الإلكتروني على هذه الاستمارة، أقرّ بأنني قرأتها وفهمتها، وقد تمّ إعطائي الفرصة لطرح الأسئلة وقد تمت الإجابة على كافة أسئلتي بطريقة مرضية.

موافقة الآباء بشأن الإفصاح عن المعلومات الصحية وفقاً لقانون (HIPAA) والموافقة على الوصول إلى بيانات سجلّ الأدوية الموصوفة إلكترونياً والإفصاح عنها.

إنني أقرّ هنا بأنني قرأت وفهمت هذه الاستمارة، وقد تمّ إعطائي الفرصة لطرح الأسئلة التي قد تراودني، وقد تمت الإجابة على كافة أسئلتي بطريقة مرضية.

X

توقيع الوالد(ة)/ الوصي(ة) القانوني(ة) (أو توقيع التلميذ(ة) البالغ من العمر 18 سنة أو أكثر، أو المسموح له بموجب القانون)  
التاريخ