



কম্যুনিটি ডেন্টালকেয়ার

ডেন্টাল সার্ভিসের জন্য পিতামাতার সম্মতি

****ডেন্টাল সার্ভিসের অনুমোদন দিতে এই ফরমটির দ্বিতীয় পৃষ্ঠায় অবশ্যই স্বাক্ষর করতে হবে****

শিক্ষার্থীর তথ্য	পিতামাতা/অভিভাবকের তথ্য
শিক্ষার্থীর শেষ নাম: _____ শিক্ষার্থীর প্রথম নাম: _____ জন্মতারিখ: _____/_____/_____ <div style="text-align: center;"> মাস দিন বছর </div> লিঙ্গ: <input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> স্ত্রী গ্রেড _____ জনজাতিত্ব: <input type="checkbox"/> হিস্পানিক <input type="checkbox"/> কৃষ্ণাঙ্গ <input type="checkbox"/> শ্বেতাঙ্গ <input type="checkbox"/> আমেরিকান ইনডিয়ান <input type="checkbox"/> এশিয়ান/প্যাসিফিক আইল্যান্ডার <input type="checkbox"/> অন্যান্য _____ শিক্ষার্থীর ঠিকানা: _____ _____ <div style="text-align: center;"> সিটি স্টেট জিপ কোড </div> শিক্ষার্থীর নিয়মিত দাঁতের ডাক্তার কে? নাম: _____ ফোন: _____ ঠিকানা: _____ _____ শিক্ষার্থী কোন্ স্কুলে পড়ে? _____	মা শেষ নামঃ _____ প্রথম নামঃ _____ বাবা শেষ নামঃ _____ প্রথম নামঃ _____ আইনগত অভিভাবক, যদি প্রযোজ্য হয় শেষ নামঃ _____ প্রথম নামঃ _____ শিক্ষার্থীর সাথে আইনগত অভিভাবকের সম্পর্ক <input type="checkbox"/> গ্র্যান্ডপ্যারেন্ট <input type="checkbox"/> আন্ট অথবা আংকল <input type="checkbox"/> অন্যান্য _____ পিতামাতা অথবা অভিভাবকের জন্য যোগাযোগের তথ্য বাড়ির ফোন: _____ কাজের ফোন: _____ বিপার/সেল: _____ জরুরি পরিস্থিতিতে বাড়তি যোগাযোগের ব্যক্তি নাম: _____ শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক: _____ বাড়ির ফোন: _____ কাজের ফোন: _____ বিপার/সেল: _____

ইনসুরেন্সের তথ্য	
আপনার সন্তানের কি মেডিকেইড আছে? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ: মেডিকেইড আইডি # _____ আপনার সন্তানের কি মেডিকেড ম্যানেজড কেয়ার প্ল্যান আছে? যদি হ্যাঁ হয়, কোন্ প্ল্যান? _____ ম্যানেজড কেয়ার প্ল্যান আইডি # _____ আপনার সন্তানের কি মেডিকেড ম্যানেজড কেয়ার প্ল্যান আছে? যদি হ্যাঁ হয়, কোন্ প্ল্যান? _____ কমার্শিয়াল ইনসুরেন্স আইডি # _____	আপনার সন্তানের কি অন্য কোন দাঁতের ইনসুরেন্স আছে? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ: নাম: _____ কভারেজ নম্বর: _____ পলিসি আইডি #: _____ আপনার সন্তানের ইনসুরেন্স আছে কি-না, সেটা বিবেচনা ছাড়াই আপনার সন্তানকে বিনামূল্যে পরিষেবা প্রদান করা হবে।

স্কুল-ভিত্তিক দাঁত-সংক্রান্ত পরিষেবার জন্য পিতামাতার সম্মতি

আমি, উপরে উল্লিখিত অপ্রাপ্তবয়স্ক শিক্ষার্থীর পিতামাতা অথবা আইনি অভিভাবক হিসেবে, এই মর্মে আমার সন্তানকে নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অভ হেলথ কর্তৃক অনুমোদিত স্কুল ডেন্টাল প্রোগ্রামের অংশ হিসেবে কলাম্বিয়া ইউনিভার্সিটি কলেজ অভ ডেন্টাল মেডিসিন/কলাম্বিয়া ইউনিভার্সিটি হেলথ কেয়ার, ইনক (CUHC)-এর স্টেট-লাইসেন্সধারী হেলথ প্রোফেশনালগণ প্রদত্ত স্কুল-ভিত্তিক দাঁতের পরিষেবা নিতে অনুমতি ও সম্মতি প্রদান করছি, এই পেশাজীবীগণ দাঁতের পরীক্ষা, রেডিওগ্রাফ গ্রহণ, রোগ-নির্ণয়, চিকিৎসা প্রদান ও প্রতিষেধক পরিষেবা প্রদান করবেন - এর অন্তর্ভুক্ত কিন্তু এতেই সীমিত নয় দাঁত পরিষ্কার, সীলকরা, ফ্লোরাইড ট্রিটমেন্ট এবং প্রয়োজনবোধে অন্য পরিষেবার জন্য রেফারাল প্রদান। আমি জানি যে, শিক্ষার্থীকে আমার অনুপস্থিতিতে চিকিৎসা প্রদান করা হবে। প্রতিরোধমূলক দাঁতের স্বাস্থ্য পরিষেবার অন্তর্ভুক্ত, কিন্তু এতেই সীমাবদ্ধ নয়, সামগ্রিক দাঁতের পরীক্ষা, দাঁতের স্বাস্থ্য-বৈজ্ঞানিক চিকিৎসা, এক্স-রেজ, সীল করা এবং ফ্লোরাইড চিকিৎসা। এর মধ্যে থাকতে পারে ক্রমবর্ধমান ক্যাভিটি বন্ধ করার লক্ষ্যে পিছনের দাঁতগুলিতে সিলভার ডায়ামিন ফ্লোরাইড প্রয়োগ। (সিলভার ডায়ামিন ফ্লোরাইড ব্যবহারের ফলে যেকোন ক্যাভিটির রঙ ব্রাউন অথবা কালো রঙে পরিবর্তিত হতে পারে)। সামগ্রিক দাঁতের পরীক্ষা এবং প্রতিরোধমূলক দাঁতের স্বাস্থ্য পরিষেবা এবং ফিলিং ছাড়াও, কলাম্বিয়া আমাকে অন্য যেসব পরিষেবা ও চিকিৎসা প্রদান করা হবে সেগুলি সম্পর্কে জানাবে, যার অন্তর্ভুক্ত কিন্তু এতেই সীমিত নয় দাঁত তোলা এবং অ্যানাথেটিক্স অথবা অন্য ঔষুধের ব্যবহার। আমার সম্মতি ছাড়া, এসব পরিষেবা প্রদান করা হবে না। আমি জানি যে, এই সামগ্রিক দাঁতের পরীক্ষা, প্রতিরোধমূলক দাঁতের স্বাস্থ্য পরিষেবা ও ফিলিংয়ের আমার এই সম্মতিটি আমি লিখিতভাবে বাতিল না করা পর্যন্ত বলবৎ থাকবে। আমার স্বাক্ষর এটিও নিশ্চিত করে যে, আমি সংযুক্ত স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত ইতিহাসের পৃষ্ঠাটি পূরণ করেছি এবং এই তথ্য সত্য ও সঠিক। যেকোন সময়ে আমার সন্তানের স্বাস্থ্য অথবা তার ঔষুধের কোন পরিবর্তন আমি যথাশীঘ্র দাঁতের চিকিৎসককে জানাবো।

**এই সম্মতির উভয় পৃষ্ঠা দেখেছেন, অনুগ্রহ করে সেটা নিশ্চিত করুন
ডেন্টাল সার্ভিসের অনুমোদন দিতে এই ফরমটির দ্বিতীয় পৃষ্ঠায় অবশ্যই স্বাক্ষর করতে হবে**



কম্যুনিটি ডেন্টালকেয়ার

ডেন্টাল সার্ভিসের জন্য পিতামাতার সম্মতি

****ডেন্টাল সার্ভিসের অনুমোদন দিতে এই সম্মতির ফরমটির নিচে অবশ্যই স্বাক্ষর করতে হবে****

সুবিধা লাভ এবং আর্থিক দায়ভার

আমি, উপরে উল্লিখিত শিক্ষার্থীর পিতামাতা অথবা আইনি অভিভাবক হিসেবে, এই মর্মে কলাম্বিয়া ইউনিভার্সিটি কলেজ অভ ডেন্টাল মেডিসিন/কলাম্বিয়া ইউনিভার্সিটি হেলথ কেয়ার, ইনক্-কে আমার সন্তানকে প্রদত্ত ডেন্টাল/মেডিকেল কেয়ারের জন্য যে আর্থিক খরচ সেটি পূরণের উদ্দেশ্যে যেসব গভর্নমেন্ট এজেন্সিসমূহ, ইনস্যুরেন্স কোম্পানি অথবা অন্য যারা দায়বদ্ধ তাদের কাছে প্রাপ্য পর্যাণ্ড অর্থ এবং/অথবা সুবিধা আমি অর্পণ এবং হস্তান্তর করছি।

আমি বুঝতে পারছি যে, ইনস্যুরেন্স প্লানে পরিশোধ যোগ্য নয় এমন আর্থিক খরচের জন্য আমি দায়ী হবো না।

নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশনের

দাঁত সংক্রান্ত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশের জন্য পিতামাতার সম্মতির ফ্যান্ট শিট

স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশের জন্য HIPAA স্বীকৃত পিতামাতার সম্মতি

আমি বুঝেছি যে আইন মোতাবেক সুনির্দিষ্ট সেবার ক্ষেত্রে শিক্ষার্থী ও হেলথ প্রোভাইডারের মধ্যকার গোপনীয়তা সুনিশ্চিত করা হবে এবং কাউন্সেলিং ও স্বাস্থ্য পরিচর্যা সংক্রান্ত সিদ্ধান্তের ব্যাপারে পিতামাতা বা অভিভাবকদের সংশ্লিষ্ট করার জন্য শিক্ষার্থীদের উৎসাহিত করা হবে। এই ফরমে আমার স্বাক্ষর স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশের অনুমোদন প্রদান করে। ফেডারেল গোপনীয়তার আইন এবং স্টেটের আইন দ্বারা এই তথ্য প্রকাশ থেকে সুরক্ষিত রাখা হতে পারে।

এই সম্মতি স্বাক্ষর করে, আমি বোর্ড অভ এডুকেশন অভ নিউ ইয়র্ক (ওরফে নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন)-কে ওরাল হেলথের তথ্য দেওয়ার অনুমতি প্রদান করছি, হয় তা আইন কিংবা চ্যান্সেলরের প্রবিধান অনুযায়ী আবশ্যিক, অথবা শিক্ষার্থীর স্বাস্থ্য ও সুরক্ষা বজায় রাখার জন্য প্রয়োজন। আমার অনুরোধক্রমে, যে প্রতিষ্ঠান অথবা ব্যক্তি এই স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করবে তাকে এই ফরমের একটি কপি আমাকে দিতে হবে। আইনগতভাবে পিতামাতাদেরকে কিছু নির্দিষ্ট তথ্য অবশ্যই স্কুলে প্রদান করতে হবে, যেমন ইম্যুনাইজেশনের প্রমাণ। এই তথ্য প্রদান করতে ব্যর্থ হবার ফলে শিক্ষার্থীকে স্কুল থেকে বহিষ্কার করা হতে পারে।

এই ফরম সম্পর্কিত আমার প্রশ্নগুলির উত্তর প্রদান করা হয়েছে। আমি বুঝি যে, আমার সন্তানের চিকিৎসা সংক্রান্ত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশে আমাকে অনুমতি দিতে হবে না, এবং এই যে আমি যেকোন সময় আমার মত পরিবর্তন করতে পারি এবং স্কুল-ভিত্তিক হেলথ ক্লিনিকে প্রদত্ত আমার অনুমতি লিখিতভাবে আমি প্রত্যাহার করতে পারি। যদিও, একবার প্রকাশ হয়ে গেলে প্রত্যাহারের আগে প্রকাশিত তথ্য অতীত কার্যকারিতাসহ ঢেকে রাখার জন্য প্রত্যাহার করা যাবে না।

আমি কলাম্বিয়া ইউনিভার্সিটি কলেজ অভ ডেন্টাল মেডিসিন/কলাম্বিয়া ইউনিভার্সিটি হেলথ কেয়ার, ইনক্ (CUHC)-কে অপর পৃষ্ঠায় উল্লিখিত শিক্ষার্থীকে প্রদত্ত ডেন্টাল কেয়ারের আর্থিক খরচ পরিশোধের যার দায় বোর্ড অভ এডুকেশন অভ দ্যা সিটি অভ নিউ ইয়র্কের (অন্য নাম নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন), গভর্নমেন্ট এজেন্সিসমূহের, ইনস্যুরেন্স কোম্পানী অথবা অন্যদের তাদের কাছে এবং প্রয়োজনীয় সকল তথ্যের কপি প্রকাশের অনুমতি প্রদান করছি।

ইলেক্ট্রনিকভাবে প্রেসক্রাইব করা ওষুধের হিস্ট্রি ড্যাটাবেসে প্রবেশ এবং প্রকাশে রোগীর সম্মতি

আমি কলাম্বিয়া ইউনিভার্সিটি কলেজ অভ ডেন্টাল মেডিসিন/কলাম্বিয়া ইউনিভার্সিটি হেলথ কেয়ারকে সকল ইলেক্ট্রনিকভাবে প্রেসক্রাইব করা মেডিকেশন হিস্ট্রির ড্যাটাবেসসমূহে প্রবেশের এবং ঐসব ইলেক্ট্রনিক প্রেসক্রাইবিং মেডিকেশন হিস্ট্রি ড্যাটাবেসে (এর মধ্যে আছে কিন্তু এতেই সীমিত নয় HIV/AIDS সম্পর্কিত তথ্য, অ্যালকহোল অথবা ড্রাগ ব্যবহারজনিত সমস্যা/চিকিৎসা, পরিবার পরিকল্পনা, জেনেটিক রোগ, মানসিক স্বাস্থ্যগত অবস্থা, এবং যৌন-সংক্রমণজনিত রোগ) রক্ষিত এবং সেখানে প্রেরিত তথ্য প্রকাশের অনুমতি প্রদান করছি যা কলাম্বিয়া ইউনিভার্সিটি কলেজ অভ ডেন্টাল মেডিসিন/কলাম্বিয়া ইউনিভার্সিটি হেলথ কেয়ার কর্তৃক ব্যবহৃত হয়। আমি জানি এই ইতিহাস সামগ্রিক নাও হতে পারি এবং ইলেক্ট্রনিকভাবে আমাকে প্রেসক্রাইব করা ওষুধের মধ্যে সীমিত থাকতে পারে। আমি বর্তমানে যেসব ওষুধ নিচ্ছি তার একটি পূর্ণ তালিকা আমার দাঁতের ডাক্তার/প্রযত্ন প্রদানকারীকে দেয়া আমার দায়িত্ব। আমি জানি যে, এই ফরমটি কলাম্বিয়া ইউনিভার্সিটি কলেজ অভ ডেন্টাল মেডিসিন/কলাম্বিয়া ইউনিভার্সিটি হেলথ কেয়ারের জন্য যাতে তারা মেডিকেশন হিস্ট্রির তথ্যে প্রবেশাধিকার পায় এবং সেগুলি অন্য প্রযত্ন প্রদানকারী, ফার্মেসি এবং/অথবা তৃতীয় পক্ষ ফার্মেসি বেনিফিট প্রোগ্রাম/পেয়রের কাছ থেকে প্রাপ্ত অনুমোদিত ইলেক্ট্রনিক প্রেসক্রাইবিং সার্ভিসের সাথে বিনিময় করতে পারে।

এই ফরমটি স্বাক্ষর করে, আমি উপরে বর্ণিত সংরক্ষিত স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত তথ্যে প্রবেশাধিকার, সঞ্চলি ব্যবহার অথবা প্রকাশের অনুমোদন প্রদান করছি। আমি যে তথ্যের জন্য অনুরোধ জানিয়েছি সেটি প্রকাশ অথবা এই অনুমোদনের ভিত্তিতে কোন পদক্ষেপ নেবার আগে এই ফরমে প্রদত্ত অনুমোদন নোটিস অভ প্রাইভেসি প্র্যাকটিসে বর্ণিত লিখিত প্রত্যাহারের নোটিস প্রদানের মাধ্যমে এই অনুমোদন আমি প্রত্যাহার করতে পারি। প্রাপক পক্ষ যদি মেডিকেল ইনফরমেশন প্রাইভেসি আইনে দায়বদ্ধ না থাকে, প্রাপক কর্তৃক এই তথ্য পুনরায় প্রকাশ করা হতে পারে এবং তা ফেডারেল অথবা স্টেট আইন দ্বারা সংরক্ষিত হবে না। কলাম্বিয়া ইউনিভার্সিটি কলেজ অভ ডেন্টাল মেডিসিন/কলাম্বিয়া ইউনিভার্সিটি হেলথ কেয়ার, ইনক্-পুন-প্রকাশ থেকে উদ্ধৃত কোন পরিণতির জন্য দায়ী থাকবে না। আমাকে এই ফরমের একটি কপি দেয়া হবে। আমার স্বাস্থ্যগত তথ্যের জন্য আমি অনুরোধ জানাতে পারি।

কলাম্বিয়া ইউনিভার্সিটি কলেজ অভ ডেন্টাল মেডিসিন/কলাম্বিয়া ইউনিভার্সিটি হেলথ কেয়ার, ইনক্-কে লিখিতভাবে প্রত্যাহার অথবা তাদের সাথে চিকিৎসার সম্পর্ক শেষ না হওয়া পর্যন্ত এই সম্মতি ও অনুমোদনের সমাপ্তি হবে না।

এই ফরমটি ইলেক্ট্রনিকভাবে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি এই মর্মে বিবৃতি প্রদান করছি যে, আমি এটি পড়েছি ও বুঝেছি, এবং আমাকে প্রশ্ন জিজ্ঞেস করার সুযোগ দেয়া হয়েছে এবং আমার সকল প্রশ্নের সন্তোষজনক উত্তর দেয়া হয়েছে।

স্বাস্থ্যগত তথ্য প্রকাশের জন্য HIPAA অনুযায়ী পিতামাতার সম্মতি এবং ইলেক্ট্রনিকভাবে প্রেসক্রাইবকৃত মেডিকেশন হিস্ট্রি ড্যাটাবেসে প্রবেশ এবং সেগুলি প্রকাশের সম্মতি

আমি এই মর্মে বিবৃতি প্রদান করছি যে, আমি এই সম্মতির ফরমটি পড়েছি ও বুঝেছি, এবং আমাকে আমার যে প্রশ্ন থাকতে পারে সেগুলি জিজ্ঞেস করার সুযোগ দেয়া হয়েছে এবং আমার সকল প্রশ্নের সন্তোষজনক উত্তর দেয়া হয়েছে।

X _____

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর (বা 18 বছর বা বেশি বয়সী শিক্ষার্থীর বা আইন দ্বারা অনুমোদিত)

তারিখ _____