



## برادری میں دندان سازی کی نہداشت کی خدمات دندان سازی کی خدمات کے لیے اجازت نامہ

**\*\* دندان سازی کی خدمات کی منظوری کے لیے لازمی ہے کہ اجازت کے فارم کے 2 صفحے پر دستخط کیے جائیں \*\***

والدین / سرپرست کی معلومات	طالب علم کی معلومات
والدہ آخری نام: _____ پہلا نام: _____	طالب علم کا آخری نام: _____ طالب علم کا پہلا نام: _____ تاریخ پیدائش: _____ / _____ / _____ سال _____ دن _____ مہینہ _____
والد آخری نام: _____ پہلا نام: _____	صنّف جنس: <input type="checkbox"/> لڑکا <input type="checkbox"/> لڑکی <input type="checkbox"/> گریڈ _____
قانونی سرپرست، اگر اطلاق ہوتا ہو آخری نام: _____ پہلا نام: _____	قومیت: <input type="checkbox"/> ہسپانوی <input type="checkbox"/> سیاہ فام <input type="checkbox"/> سفید فام <input type="checkbox"/> امریکن انڈین <input type="checkbox"/> ایشیائی / جزیرہ بحر الکاہل کے باشندہ <input type="checkbox"/> دیگر _____
طالب علم کا قانونی سرپرست سے رشتہ <input type="checkbox"/> جدی والدین: <input type="checkbox"/> چچا یا چچی <input type="checkbox"/> دیگر: _____	طالب علم کا پتہ: _____ _____
والدین یا سرپرست کی رابطے کی معلومات گھر کا فون: _____ کام کا فون: _____	شہر _____ ریاست _____ زپ کوڈ _____
بیر / سیل فون نمبر: _____	طالب علم کا باقاعدہ دندان ساز کون ہے؟ نام: _____ ٹیلیفون: _____ پتہ: _____
ہنگامی حالت میں اضافی رابطے کی معلومات نام: _____	طالب علم کس اسکول میں شرکت کرتا ہے؟ _____
طالب علم کے ساتھ رشتہ: _____	
گھر کا فون: _____ کام کا فون: _____	
بیر / سیل فون نمبر: _____	

### بیمہ کی معلومات

کیا آپ کے بچے کے پاس دندان سازی کا بیمہ ہے؟ <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں: نام: _____	کیا آپ کے بچے کے پاس میڈیکل بیمہ ہے؟ <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں: میڈیکل آئی ڈی # _____
کوئرج نمبر: _____	کیا آپ کے بچے کے پاس میڈیکل مینیجڈ کیئر منصوبہ ہے؟ اگر ہاں، کونسا منصوبہ ہے؟ _____
پالیسی آئی ڈی نمبر: _____	مینیجڈ پلین کیئر آئی ڈی # _____
آپ کے بچے کو اس بات کے قطع نظر مفت خدمات فراہم کی جائیں آیا اس کے پاس طبی بیمہ ہے یا نہیں ہے۔	کیا آپ کے بچے کے پاس کمرشل انشورنس منصوبہ ہے؟ اگر ہاں، کونسا منصوبہ ہے؟ _____
	کمرشل انشورنس آئی ڈی # _____

### اسکول پر مبنی دندان سازی کی خدمات کے لیے والدینی اجازت نامہ

میں مذکورہ بالا نامی نابالغ بچے کا والدین یا سرپرست ہوں، بذریعہ ہذا میں اپنے بچے کو نیو یارک ریاست محکمہ صحت سے منظور کردہ اسکول کے دندان سازی کے پروگرام کے حصے کے طور پر Columbia University College of Dental Medicine/Columbia University Health Care, Inc. (CUHC) کے ذریعے ریاست کے لائسنس یافتہ طبی ماہرین کے ذریعے اسکول مبنی دندان سازی کی خدمات موصول کرنے کی اجازت اور منظوری دیتا ہوں، جو دانتوں کا معائنہ کرے گا، ریڈیوگراف لے گا، تشخیص کرے گا، علاج فراہم کرے اور اجتناب کرنے کی خدمات فراہم کرے گا بشمول دانتوں کی صفائی، سیلینٹس، فلورائیڈ علاج اور دیگر خدمات کے لیے حسب ضرورت حوالے دینے کے لیکن انہی تک محدود نہیں ہے۔ میں جانتا ہوں کہ میرے بچے کا علاج میری غیر موجودگی میں کیا جائے گا۔ اسکول پر مبنی خدمات بشمول دانتوں کا جامع معائنہ، دانتوں کی صفائی کا علاج، ایکس رے، سیلینٹ اور فلورائیڈ علاج، لیکن انہی تک محدود نہیں ہے۔ اس میں دانتوں کے گلے کے عمل کو روکنے کے لیے دانتوں کے پیچھے سیلور ڈیمائین فلورائیڈ لگانا شامل ہو سکتا ہے۔ (سیلور ڈیمائین فلورائیڈ کے استعمال سے دانتوں کے گلے ہونے کی بھی خطرہ ہے)۔ دانتوں کے جامع معائنہ کے علاوہ دندانہ بیماریوں سے اجتناب کرنے کی جیسی طبی خدمات کے لیے کولمبیا مجھے فراہم کی جانے والی خدمات اور علاج سے آگاہ کرے گا، بشمول دانت نکالنا اور بے ہوشی کی دوا یا دیگر دوائیوں کا استعمال لیکن انہی تک محدود نہیں ہے۔ اگر میں اجازت نہیں دیتا ہوں تو یہ خدمات فراہم نہیں کی جائیں گے۔ میں جانتا ہوں دانتوں کے جامع معائنہ، دندانہ بیماریوں سے اجتناب کرنے، فلنگس کی جیسی طبی خدمات کے لیے یہ اجازت اس وقت تک نافذ العمل رہے گی جب تک کہ میں تحریر میں اس کو واپس نہ لے لوں۔ میرے دستخط اس بات کی تصدیق بھی کرتے ہیں کہ میں نے منسلکہ صفحے پر طبی پس منظر کا فارم مکمل کر دیا ہے اور یہ معلومات سچ اور درست ہیں۔ اگر میرے بچے کی صحت یا دوائیوں میں کوئی تبدیلی ہوتی ہے تو میں دندان ساز کو اس بات سے جلد از جلد مطلع کروں گا۔

RVSD Jan'2018/ APRVD BY CDM-CCC JUNE 21,2018

براہ کرم اجازت نامے کے صفحے کی جانب دیکھیں

دندان سازی کی خدمات کی اجازت دینے کے لیے اس فارم کے صفحے 2 پر دستخط ہونا لازمی ہیں

## برادری کے دندان سازی کی خدمات دندان سازی کی خدمات کے لیے والدین کی اجازت

**\*\* دندان سازی کی خدمات کی منظوری کے لیے لازمی ہے کہ اجازت کے فارم کے صفحہ 2 پر دستخط کیے جائیں \*\***

### سہولیات کی تفویض اور مالی ذمہ داریاں

میں مذکورہ بالا بیج کا والدین یا قانونی سرپرست بذریعہ ہذا Dental Medicine/Columbia University Health Care, Inc کو حسب ضرورت سرمائے اور مفادات کو تقرر اور قائم کرتا ہوں جن کے لیے میں حکومت کی ایجنسیوں، بیمہ کمپنیوں یا ایسے دیگر اداروں کی جانب سے مستحق ہوں جو میرے مختار کے لیے فراہم کی جانی والی نگہداشت اور علاج کے اخراجات کی ادائیگی کے لیے دندان سازی / طبی نگہداشت کے لیے مالی طور پر ذمہ دار ہیں۔  
میں جانتا ہوں کہ میں ان اخراجات کے لیے ذمہ دار نہیں ہوں جن کے لیے میرا بیمہ منصوبہ ذمہ دار نہیں ہے۔

### نیویارک محکمہ تعلیم

### کے والدینی اجازت نامہ برائے صحتی معلومات کی حوالگی سپردگی کا حقائق نامہ HIPAA کے احکامات کی تکمیل کرنے والا والدینی اجازت نامہ برائے صحتی معلومات کی حوالگی سپردگی

میں یہ سمجھتا ہوں کہ طالب علم اور نگہداشت صحت فراہم کنندگان کے مابین قانون کے مطابق رازداری یقینی بنائی جائے گی، اور یہ کہ طلبہ کو ایک والدین یا سرپرستوں کو مشاورت اور طبی نگہداشت کے فیصلوں میں شریک کرنے کی تاکید کی جائے گی۔ اس فارم پر میرے دستخط طبی معلومات کی حوالگی سپردگی کا اختیار دیتے ہیں۔ ان معلومات کو وفاقی رازداری قانون اور ریاستی قانون کے تحت افشا ہونے سے تحفظ حاصل ہوسکتا ہے۔  
اس اجازت نامے پر دستخط کر کے، میں نیویارک شہر تعلیمی بورڈ (موسوم بہ نیویارک شہر محکمہ تعلیم) کو طبی معلومات کی فراہمی کا اختیار دیتا ہوں، خواہ کیونکہ قانون یا چانسلسر کا ضابطہ اسکا تقاضہ کرتا ہے یا اس لیے کہ یہ طالب علم کی صحت اور امان کے تحفظ کے لیے لازمی ہے۔ میرے درخواست کرنے پر، اس طبی معلومات کو افشا کرنے والے ادارے یا فرد کا اس فارم کی نقل مہیا کرنا ضروری ہے۔ والدین کے لیے قانونی طور پر لازمی ہے کہ وہ اسکول کو مخصوص معلومات فراہم کریں، جیسے مدافعتی ٹیکہ کاری کا ثبوت۔ یہ معلومات فراہم کرنے میں ناکامی کے نتیجے میں طلبہ کو اسکول سے خارج کر دیا جاسکتا ہے۔  
اس فارم کے متعلق میرے سوالات کے جوابات فراہم کیے گئے ہیں۔ میں یہ سمجھتا ہوں کہ مجھے اپنے بیج کی طبی معلومات کی حوالگی سپردگی کی اجازت دینا لازمی نہیں ہے، اور یہ کہ میں کسی بھی وقت اسکول پر مبنی صحتی مرکز کو خط لکھ کر اپنے خیالات تبدیل کرسکتا ہوں اور اس اجازت کو رد کرسکتا ہوں۔ تاہم، معلومات کے افشا ہونے کے بعد، ترمیم سے قبل افشا ہونے والی معلومات کے لیے پچھلی تاریخ سے دستبرداری نہیں دی جاسکتی۔  
میں کولمبیا یونیورسٹی کالج آف ڈینٹل میڈیسن / کولمبیا یونیورسٹی ہسپتال کیئر انک (CUHC) نیو یارک شہر بورڈ آف ایجوکیشن ( موسوم نیو یارک شہر محکمہ تعلیم)، حکومت کی ایجنسیوں، دندان سازی کے اخراجات کی ادائیگی کے لیے ذمہ دار بیمہ کمپنیوں یا دیگر اداروں پر معلومات افشا کرنے اور اس صفحے کی پشت پر نامی طالب علم کے لیے ایسی نگہداشت کے اخراجات کی ادائیگی کے لیے تمام معلومات کی کاپیاں بنانے کی اجازت دیتا ہوں۔

### مریض کا الیکٹرانک نسخہ والی دوائیوں کے پس منظر ڈیٹا میں معلومات تک رسائی اور افشا کرنے کی اجازت

میں کولمبیا یونیورسٹی کالج آف ڈینٹل میڈیسن / کولمبیا یونیورسٹی ہسپتال کیئر کو تمام نسخہ والی الیکٹرانک دوائیوں کے ڈیٹا بیس تک رسائی کی اور کولمبیا یونیورسٹی کالج آف ڈینٹل میڈیسن / کولمبیا یونیورسٹی ہسپتال کیئر کے ذریعے استعمال کیے جانے والے الیکٹرانک نسخہ والی دوائی کے ڈیٹا بیس میں اور اس کو بھیجے جانے والے دوائیوں کے نسخوں (بشمول HIV/AIDS، الکوحل یا منشیات کے استعمال کے مسئلے، خاندانی منصوبہ بندی، جنیاتی بیماریوں، دماغی توازن کے مسائل اور جنسی طور پر منتقل بیماریوں کے لیکن یہ انہی تک محدود نہیں ہے) کی معلومات کو افشا کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں جانتا ہوں کہ ہو سکتا ہے کہ یہ پس منظر جامع نہ ہو اور ان دوائیوں تک محدود ہے جن کے لیے مجھے الیکٹرانک نسخہ دیا گیا تھا۔ میرے دندان ساز / نگہداشت فراہم کنندہ کو ان دوائیوں کی مکمل فہرست فراہم کرنا میری ذمہ داری جن کو فی الوقت میں لے رہا ہوں۔ میں جانتا ہوں کہ کولمبیا یونیورسٹی کالج آف ڈینٹل میڈیسن / کولمبیا یونیورسٹی ہسپتال کیئر کے لیے اس فارم کا مقصد یہ ہے کہ یہ دیگر فراہم کنندگان، فارمیسیوں اور / یا تیسری جماعت مفادات پروگرام / ادائیگی کرنے والوں کے ساتھ الیکٹرانک نسخہ والی دوائیوں کی معلومات تک رسائی حاصل کرنے ان کا تبادلہ کرنے کے قابل ہوں۔  
دستخط کر کے میں محفوظ طبی معلومات کو استعمال کرنے یا ان کو افشا کرنے کی اجازت دیتا ہوں جیسا کہ مذکورہ بالا میں بیان کیا گیا ہے۔ میں اس فارم میں دی گئی اجازت کو درخواست کردہ معلومات کے افشا ہونے سے قبل یا اس اجازت کی تکمیل کے لیے افشا کردہ یا اس پر عمل درآمد سے قبل اجازت واپس لینے تحریری نوٹس کو فراہم کر کے کسی بھی وقت اس اجازت کو واپس لے سکتا ہوں جیسا کہ رازداری کے دستور العمل میں بیان کیا گیا ہے۔ اگر موصول کرنے والا فریق طبی معلومات کی راز داری کے قوانین کے موقوف پر نہیں ہے تو موصول کرنے والا معلومات کو دوبار افشا کر سکتا ہے اور یہ معلومات قفاقی اور ریاستی قوانین کے تحت محفوظ نہ رہیں۔ کولمبیا یونیورسٹی کالج آف ڈینٹل میڈیسن / کولمبیا یونیورسٹی ہسپتال کیئر انک کو دوبارہ معلومات افشا کی وجہ سے رونما ہونے والے نتائج کے لیے ذمہ دار نہیں ٹھہرایا جاسکتا ہے۔ مجھ اس فارم کی نقل فراہم کی جائے گی۔ میں اپنی طبی معلومات کی ایک نقل کی درخواست کر سکتا ہوں۔  
یہ اجازت اور منظوری اس وقت تک ختم نہیں ہوگی جب تک کہ میں تحریر میں اس کو واپس نہ لے لوں یا کولمبیا یونیورسٹی کالج آف ڈینٹل میڈیسن / کولمبیا یونیورسٹی ہسپتال کیئر انک کے پاس میرا علاج مکمل ہو جائے تک۔  
الیکٹرانک طور پر اس فارم پر دستخط کر کے، میں بذریعہ ہذا بیان کرتا ہوں کہ مجھے سوالات پوچھنے کا موقع دیا جا چکا ہے اور میرے تمام سوالات کا تسلی بخش انداز میں جواب دیا جا چکا ہے۔

### طبی معلومات اور الیکٹرانک نسخہ والی دوائیوں کے پس منظر کے ڈیٹا بیس تک رسائی اور معلومات کو افشا کرنے کی اجازت

میں بذریعہ ہذا بیان کرتا ہوں کہ میں اجازت کے فارم کو پڑھ اور سمجھ لیا اور مجھے سوالات پوچھنے کا موقع دیا جا چکا ہے اور میرے تمام سوالات کا تسلی بخش انداز میں جواب دیا جا چکا ہے۔

X

والدین / قانونی سرپرست کے دستخط (یا طالب علم کے اگر ان کی عمر 18 سال یا زیادہ ہے یا وہ طلبہ جن کو بصورت دیگر ایسا کرنے کی قانونی اجازت ہے)  
تاریخ

2 صفحہ 2 کا 2

براہ کرم اجازت نامے کے صفحے کی جانب دیکھیں  
دندان سازی کی خدمات کی اجازت دینے کے لیے اس فارم کے صفحہ 2 پر دستخط ہونا لازمی ہیں