

خدمات طب الأسنان في المدرسة

برنامج القواطع للأسنان
مركز بيكر فيكتوري لطب الأسنان
828 – 7583

- الفحص الإعتيادي للأسنان (الروتيني)
- أشعة مقطعية للأسنان
- ترميم الأسنان (حشوها)
- قلع/ خلع بسيط
- تنظيف الأسنان
- العلاج بالفلورايد
- إحالات

الوكالات المشاركة:
مركز بيكر فيكتوري لطب الأسنان
أساس الصحة لغرب و وسط ولأية نيويورك
إدارة الصحة لولاية نيويورك، قسم صحة الأسنان
جامعة طب أسنان الأطفال

برنامج القواطع للأسنان
مركز بيكر فيكتوري لطب الأسنان
828-7583

إن الغرض من برنامج القواطع للأسنان هو تقديم خدمات طب الأسنان للطلبة الذين ليس لديهم طبيب أسنان خاص بهم و بعائلاتهم لعائلاتهم ، وإيجاد مكتب أو عيادة طب أسنان يتابعونها بشكل دائم و مستمر.

فرجاءً إذا كان لديك طبيب أسنان لعائلتك فاستمر مع طبيبك الخاص و تلقى الرعاية منه

إسم الطفل: _____ تاريخ الميلاد: _____

_____ طفلي لم يزُر طبيب أسنان من قبل
_____ طفلي ليس لديه طبيب أسنان خاص أو معين في الوقت الحالي.
_____ طفلي قد زار طبيب الأسنان خلال 6 الأشهر الماضية.

إسم طبيب الأسنان: _____ رقم الهاتف: _____
العنوان: _____

هل زار طفلك طبيب الأسنان في المدرسة من قبل؟ **نعم/ لا**
العرق / الجنس (لغرض الإحصاء فقط لا غير) ضع علامة أينما وجد: _____ أبيض ، _____ أسود/أفريقي أمريكي، _____ هندي أحمر/ الاسكا، _____ هاواي/جزر المحيط الهادي، _____ آسيوي، _____ لاتيني

الموافقة على الإلتحاق

- أوافق على حصول طفلي على خدمات طب الأسنان التالية: الفحص، الأشعة، التنظيف، الفلورايد(مكافحة التسوس)، التعبئة(الحشو)، سد الفجوات و الفتحات.
- أعلم أن إذا احتاج طفلي إلى خلع أو إخراج أحد أسنانه، فإن طبيب الأسنان أو مساعده سيتصلون بي قبل التنفيذ.
- أصرح لطفلي في الحصول على التعبئة(الحشو) باستخدام المخدر المستخدم محلياً المعروف بإسم نوفوكين.
- أعلم أن الموافقة صالحة و سارية المفعول لمدة عام دراسي كامل، مادام طفلي يداوم على الحضور لهذه المدرسة.
- إنها مسؤولية الأب/الأم/ولي الأمر بإبلاغ مقدم خدمة طب الأسنان و/ أو ممرضة المدرسة بأي تغيير في المعلومات الطبية الخاصة بالطفل.
- أعلم أن نسخة عن تقرير طب الأسنان الخاص بطفلي سوف يقدم إلى ممرضة المدرسة أو المنسق المسؤول عن الخدمة و سوف تكون كل المعلومات الخاصة بطفلي سرية و خاصة لبرنامج القواطع للأسنان و شركائهم فقط.
- إذا كان لدي تأمين صحي يشمل رعاية و علاج الأسنان فإنني أسمح بأن ترسل فواتير الخدمة المقدمة لطفلي إلى شركة التأمين الصحي التابعة لي.
- لقد أعطي لي نسخة من إشعار الخصوصية و لوائح و قوانين مركز بيكر فيكتوري لطب الأسنان.
- أعلم أن مركز بيكر فيكتوري لطب الأسنان قد يستعمل المعلومات الطبية الخاصة بطفلي للعلاج، و للأقساط(الدفعات المالية)، و للعمليات الطبية، و لتقييم البرنامج.
- لقد قرأت و فهمت برنامج طب الأسنان المقدم لطفلي، و أوافق على إلتحاق طفلي في برنامج القواطع للأسنان.

نعم، أصرح لطفلي الإلتحاق بالبرنامج _____ لا، أصرح لطفلي بالإلتحاق بالبرنامج _____

التوقيع(الأب/الأم/ولي الأمر) _____ إسم (الأب/الأم/ولي الأمر) _____

صلة القرابة: _____ تاريخ اليوم: _____

برنامج القواطع للأسنان
مركز بيكر فيكتوري لطب الأسنان
828 - 7583

الإسم: _____ تاريخ الميلاد: _____ ذكر / أنثى
العنوان: _____ المدينة: _____ الرمز: _____
البريدي: _____
هاتف #: _____ رقم الضمان الإجتماعي (مهم): _____ - _____ - _____ المدرسة: _____
الصف: _____
إسم الأب / الأم: _____ السيار #: _____ هاتف العمل: _____
عنوان البريد الإلكتروني الأب/ الأم: _____ الإتصال في الحالات الطارئة: _____
صلة القرابة بالطفل: _____ هاتف البيت: _____ السيار: _____ العمل: _____

هل يعاني طفلك من أحد الأمراض التالية؟

(ضع دائرة حول الإجابة مقابل كل مرض)

لا	نعم	عيب خلقي	لا	نعم	الربو	لا	نعم	HIV/الإيدز
لا	نعم	السكري	لا	نعم	مرض خلقي في القلب	لا	نعم	نزيف مضطرب
لا	نعم	الحمى الروماتيزمية	لا	نعم	أزمة صرع مضطرب	لا	نعم	نوبات إغماء
لا	نعم	مرض في الكبد	لا	نعم	فقدان في السمع	لا	نعم	تقب في القلب
لا	نعم	مرض السل	لا	نعم	مشاكل في الجهاز الهضمي	لا	نعم	أمراض القلب
لا	نعم	مشاكل في الرؤية	لا	نعم	نقص في المناعة	لا	نعم	إلتهاب في الكبد
لا	نعم	إنخفاض ضغط الدم	لا	نعم	ارتفاع ضغط الدم	لا	نعم	مرض تناسلي

إضطراب نفسي: _____ أعضاء صناعية: _____ عمليات جراحية: _____

الإقامة في المستشفى: _____ إصابات خطيرة: _____ مشاكل صحية أخرى: _____

أدوية يومية يستخدمها الطفل. أذكرها: _____
1. _____
2. _____
3. _____
حساسية: (ضع دائرة حول الإجابة إن وجدت)
لين الشجر(اللاتكس) ، الجوز ، الموسم(الجو)
الزبيب ، أكل ، مضادات حيوية ، البنسيلين
أخرى: _____
تأمين صحي؟ نعم لا
نوع التغطية: _____
إسم الطبيب: _____

تأمين صحي حكومي(ميديكيد): _____
رقم البطاقة: _____
رقم الرمز (SEQ#): _____
(حرفين، 5 أرقام، حرف. مثال AB12345C) (رقمين موجودين في أدنى اليمين في بطاقة البنفيت. مثال 01)

تأمين الأسنان الخاص: (إن وجد)
تغطية تأمين الأسنان: _____
رقم هاتف شركة التأمين: _____
رقم البطاقة: _____
رقم المجموعة: _____

معلومات عن صاحب وثيقة التأمين(البوليصة):

الإسم: _____ تاريخ الميلاد: _____
مكان العمل: _____ رقم الضمان الإجتماعي: _____ - _____ - _____
غير مؤمن: _____ ليس لدي تأمين صحي.

برنامج القواطع للأسنان
مركز بيكر فيكتوري لطب الأسنان
828-7583

طلب موافقة قانون مساءلة و قابلية التأمين الصحي (HIPAA)

أسست وزارة الصحة و الخدمات الإنسانية ما يسمى بـ "قاعدة الخصوصية" لضمان حماية المعلومات المتعلقة بالرعاية الصحية الشخصية و بقائها سرية. و تخدم قاعدة الخصوصية شركات التأمين لتوفر مقياس الخدمة المقدمة للعميل و موافقة الأخير على النصوص و اللوائح. إرسال المعلومات الصحية الخاصة بالمريض لأسباب عدة مثل للعلاج، لدفع الأقساط، أو للعمليات الصحية.

لأنك مريضنا، نريدك أن تعلم جيداً بأن معلوماتك الشخصية و الصحية في أمان و بعيدة عن متناول الآخرين و ذلك لأننا نحترم خصوصيتك، و سنعمل المستطاع لتقديم أقل قدر ممكن من المعلومات التي تخصك في حدود الضرورة، و نحن دائماً و أبداً نأخذ أقصى الحذر في التعامل في تلك الظروف الضرورية للحفاظ على و لحماية خصوصيتك. و تُعطى هذه المعلومات في حالة العلاج، أو تقسيم الأقساط، أو العمليات الطبية لتحصل على أفضل رعاية ممكنة.

و نريدك أن تعلم أيضاً أننا نشجعك في الدخول كيف ما تشاء وقت ما تشاء و الإطلاع على سجلاتك الصحية. و قد يكون هناك تواصل غير مباشر معك و لكنه يختص بحالتك الصحية و يختص أيضاً بعلاجك مثل (المختبرات الطبية تتواصل مع الطبيب المختص و ليس مع المرضى). و قد ينتج عن هذا التواصل الغير مباشر تداول معلوماتك الصحية لأغراض شتى مثل العلاج، الأقساط، أو العمليات الطبية. و في أغلب الأحيان في مثل هذه الحالات لا تُطلب موافقة المريض لتبادل المعلومات الصحية المتعلقة به.

يمكنك رفض تقديم أو الإدلاء بأي معلومات صحية خاصة بك و لكن يجب أن يكون هذا الرفض خطياً. و قانونياً في هذه الحالة لنا الحق عدم القيام بالعلاج بسبب رفضك الإدلاء بمعلوماتك الصحية الشخصية (PHI). و إذا اخترت الموافقة على هذه الوثيقة، و في المستقبل يمكنك أن ترفض تقديم كل أو بعض المعلومات الصحية الشخصية (PHI) فإن ليس باستطاعتك إلغاء أية إجراءات قد اتخذت و التي إعتمدت على هذه الموافقة أو على موافقة مسبقه منك.

إذا كان لديك أية اعتراضات على هذا الإشعار الخاص فباستطاعتك التحدث مع مندوب الإمتثال لقانون مساءلة و قابلية التأمين

الصحي (HIPAA).

إن لديك الحق بعد الإطلاع على إشعارنا الخصوصية بطلب فرض قيود و إلغاء موافقتك المسبقة و يتم ذلك خطياً، و هذا بعد الإطلاع على إشعار الخصوصية.

إخطار ضمان الإمتثال لمرضانا

إلى مرضانا المحترمين:

تعرف مشكلة سوء استخدام المعلومات الصحية الشخصية (PHI) بمشكلة وطنية و قومية تسبب الإزعاج للمرضى، و المضايقة لهم، و إهدار مالهم. نريدكم أن تعرفوا أيها السيدات و السادة بأن كل موظفينا، و مدرائنا، و أطبائنا يخضعون للتدريب و باستمرار على فهم و الإذعان للقوانين و اللوائح الحكومية المتعلقة بقانون مساءلة و قابلية التأمين الصحي (HIPAA) مع التركيز الخاص على "قاعدة الخصوصية". نحن نسعى لتقديم الخدمات لمرضانا على أعلى مستوى من الأخلاق و النزاهة.

إن خطتنا و سياستنا العامة هي تحديد استعمال المعلومات الصحية الشخصية (PHI) الإستعمال اللائق و بالشكل المناسب طبقاً للقوانين، و اللوائح، و البنود الحكومية. نحن نريد ضمان عدم مساهمة عيادتنا بأي حالٍ من الأحوال في تفاقم مشكلة الإستعمال السيئ و المشين لبنود المعلومات الصحية الشخصية (PHI). و جزء من هذه الخطة، لقد قمنا بتنفيذ برنامج الإمتثال و الذي نؤمن بأن هذا البرنامج سيساعدنا على منع الإستعمال الغير مناسب و الغير لائق للمعلومات الصحية الشخصية (PHI).

و نحن نعم أيضاً أننا لسنا معصومين من الخطأ. و لذلك، فإن من خطتنا و سياستنا العامة الإستماع لموظفينا و مرضانا و بدون أية نوايا بإجراء العقوبة عليهم ما داموا يشعرون بأن حدث ما في كل الأحوال قد يكون حل وسط مع خطتنا النزيهة. على العكس من ذلك، فإننا نرحب بتعليقاتكم و إرشاداتكم على أية مشكلة في الخدمة و هذا قد يساعدنا في إصلاح الوضع على الفور.

شكراً لكونكم من أحد مرضانا الأكثر إحتراماً و تقديراً.

خدمات بيكر فيكتوري

الموافقة على كشف المعلومات الصحية المحفوظة لتتم إجراءات العلاج و/أو لأغراض الرسوم و الدفعات المالية و/أو لإجراء العمليات الجراحية الصحية

القسم أ:

إنني أسمح بالكشف عن معلوماتي الصحية المحفوظة للوكالة المدونة أدناه و للموظفين و العملاء من أجل العلاج و/أو إجراء العمليات الجراحية المطلوبة و/أو الدفعات النقدية المتعلقة بحالتي الصحية.

إسم الوكالة التي سوف تستعمل و تكشف عن معلوماتي هي:
بيكر فيكتوري للخدمات ، هاتف رقم: 828-7583 (716)

عنوان الوكالة:

780 ريدج رود ، لاكوانا، نيويورك 14218

القسم ب: معلومات هامة متعلقة بهذه الموافقة:

1. إنني أعلم تمام العلم بأن قانون ولاية نيويورك يتطلب موافقتي بالكشف عن معلوماتي الصحية المحفوظة للوكالة المدونة أدناه و للموظفين و العملاء من أجل العلاج و/أو إجراء العمليات الجراحية المطلوبة و/أو الدفعات النقدية المتعلقة بحالتي الصحية.

2. إنني أعلم بأن هذه المعلومات قد تكشف للوكالة للأغراض التالية:

- التخطيط لرعايتي و لعلاجي
- التواصل و التخاطب مع كل الأطباء و الإختصاصيون الطبيون المشاركون في رعايتي و في علاجي
- لتقديم الرسوم و الدفعات المالية للخدمات المقدمة من قبل الوكالة أو للأنشطة المالية للخدمات المقدمة من قبل مقدم للخدمات الصحية آخر
- تقديم المعلومات لشركة تأميني الصحي
- الحصول على الدفعات المالية من قبل تأميني الصحي
- لتقييم و مراجعة نوعية الرعاية الصحية المقدمة لي.

3. أعلم أن توقيعني على الموافقة مطلوب لكي أحصل على الخدمات المقدمة من الوكالة و المتعلقة برعايتي الصحية و أن الوكالة قد تكشف عن معلوماتي من أجل العلاج و/أو إجراء العمليات الجراحية المطلوبة و/أو الدفعات المالية المتعلقة بحالتي الصحية.

4. أعلم أن أية معلومات محفوظة أخرى قد تستعملها و/أو تكشف عنها الوكالة من معلوماتي الصحية من أجل العلاج و/أو إجراء العمليات الجراحية المطلوبة و/أو الدفعات المالية المتعلقة بحالتي الصحية مشمولة في إخطار الخصوصية للممارسات الشخصية للوكالة.

كمريض أتيت لك الحقوق التالية:-

1. علاجك بكل إعتبار، و إحترام، و تقدير بما في ذلك إحترام خصوصية العلاج.
2. الحصول على الخدمات بغض النظر عن العرق، و الجنس، و العمر، و اللون، و الديانة، و الحالة الإجتماعية، و مكان الميلاد، و الإعاقة.
3. إخطارك و إعلامك بالخدمات المتوفرة في المركز
4. إعلامك و إخطارك بينود و أحكام الحالات الطارئة بعد الساعات المتعارف بها.
5. حصولك على معلومات كامله و واضحه و سلسة و سهلة الفهم من طبيبك الخاص بشأن حالتك الصحية الحالية سواء كان بشأن التشخيص الطبي، و/أو العلاج، و/أو التنبؤات الطبية. و إذا لم تكن واضحه و مفهومه بالنسبة لك طبياً فيجب أن تكون واضحه و مفهومه للشخص المفوض من جهتك.
6. للحصول على أي معلومات من طبيبك الخاص من الضروري الحصول على موافقتك الميدنية أولاً قبل البدء في إجراء أي عملية أو كشف طبي أو كلاهما. إلا في الحالات الطارئة فإنه لا يشترط الحصول على موافقتك في إتمام العلاج أو لإسعافك و التي تتضمن سواء كانت إجراء عملية جراحية معينة أو علاج معين أو كلاهما، و التي تحتوي على المخاطر الطبية الهامة، و يجب أن تُعطى لك النصائح الطبية في حالة وجود أي بديل للعلاج.
7. رفض العلاج في إطار المسموح به من قبل القوانين الطبية، و إخطارك عن ما يترتب عليه رفضك.
8. الخصوصية بالقدر المتفق عليه مع تقديم الرعاية الصحية المناسبة و الكافية. هذا يجب أن لا يمنع أو يعيق سرية القرارات المتخذة لرعايتك الصحية أو لفحصك الطبي من قبل أفراد العاية الصحية المناسبين.
9. الخصوصية و السرية التامة لكل سجلاتك الطبية و المتعلقة بعلاجك، إلا إذا هناك نص من القانون يسمح بذلك أو في حالة تدخل عنصر ثالث لدفع تكاليف العلاج.
10. قبول أو رفض تقديم أي معلومات صحية من أي سجل طبي خاص بك لأي هيئة أو جهة طبية إلا إذا هناك نص من القانون يسمح بذلك أو في حالة تدخل عنصر ثالث لدفع تكاليف العلاج.
11. الدخول و الإطلاع على سجلاتك الصحية تطبيقاً للقسم رقم 18 من قانون الصحة العام فقرة رقم 50-3 لهذا البند.
12. مراجعة سجلك الصحي مجاناً و من دون مقابل، و الحصول على نسخة منه مقابل رسوم رمزية معقولة يحددها المركز الطبي. و لايسمح برفض طلبك في الحصول على نسخة من سجلك الصحي بمجرد عدم قدرتك على دفع الرسوم الرمزية المعقولة.
13. إخطارك و إعلامك في حالة تغيير الخدمات الصحية، و/أو إعادة ما دفعه العنصر الثالث من قبل، و/أو توفر الخدمة الصحية المجانية أو المخفضة.
14. حصولك على رد من مركز بيكر فيكتوري الصحي بطريقة معقولة لطلبك في الحصول على الخدمات الصحية المقدمة و بشكل معتاد من قبل طاقم المركز و الملائمة لعلاجك.
15. معرفة هوية المعاهد و المراكز الطبية المشاركة في علاجك، و يتم ذلك تحت طلبك.
16. رفض المشاركة في إجراء أبحاث طبية بخصوص حالتك الصحية و القيام بإجراء تجارب بشرية و طبية عليك إلا بموافقتك الخطية.
17. بحث و حصول على تفسير و شرح لكشف الحساب بغض النظر عن مصدر الدفعات المالية.
18. معرفة اللوائح و القوانين المطبقة عليك كمريض.
19. إحالة أي شكاي و/أو إستفسارات متعلقة بحقوقك المدنية كمريض إلى المشرف الإداري في مركز بيكر فيكتوري للرعاية الصحية. إذا لم تكن راضٍ و مقتنع برد المركز، فيمكنك تقديم شكوى إلى إدارة الصحة لولاية نيويورك، مكتب إدارة النظم و القوانين هاتف رقم 4307-847 (716).