

استمارة تقييم صحة الفم لمرحلة رياض الأطفال (Kindergarten)

Kindergarten Oral Health Assessment Form (Arabic)

ينص قانون ولاية كاليفورنيا (قسم قانون التعليم بالرقم 49452.8) على وجوب حصول طفلكم على فحص للأسنان بحلول ٣١ مايو/أيار من السنة الدراسية الأولى للطفل في مدرسة عامة. يجب أن يقوم طبيب أسنان مرخص من قبل ولاية كاليفورنيا يعمل ضمن نطاق ممارسته بإجراء هذا الفحص وتعبئة القسم رقم ٢ من هذه الاستمارة. إذا حصل طفلكم على فحص للأسنان خلال ١٢ شهر قبل التحاقه بالمدرسة فيرجى الطلب من طبيب الأسنان تعبئة القسم ٢ من هذه الاستمارة. إن لم يكن بإمكانكم الحصول على فحص أسنان لطفلكم يرجى تعبئة القسم ٣.

القسم ١: معلومات الطفل (يتم تعبئتها من قبل الوالدين أو ولي الأمر)

اسم الطفل الأول:	اسم العائلة:	الحرف الأول من اسم والد الطفل:	تاريخ ولادة الطفل:
العنوان:	رقم الشقة:		
المدينة:	الرمز البريدي:		
اسم المدرسة:	اسم المعلم:	الصف:	جنس الطفل: ☐ ذكر ☐ أنثى
اسم الوالد(ة)/ولي الأمر:	العرق/الإثنية للطفل: ☐ آسيوي ☐ أمريكي أسود/من أصل أفريقي ☐ من أصل إسباني/لاتيني		
	متعدد الأعراق ☐ من سكان أمريكا الأصليين ☐ من سكان هاواي الأصليين/من سكان جزر المحيط الهادئ ☐ أبيض ☐ عرق آخر _____ ☐ العرق غير معروف		

القسم ٢: جمع بيانات صحة الفم (تتم تعبئته من قبل أخصائي أسنان مرخص للعمل في كاليفورنيا)

Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)

IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.

Assessment Date:	Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) ☐ Yes ☐ No	Visible Decay Present: ☐ Yes ☐ No	Treatment Urgency: ☐ No obvious problem found ☐ Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) ☐ Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)
_____ Licensed Dental Professional Signature CA License Number Date			

القسم ٣: الإعفاء من شرط تقييم صحة الفم

يجب تعبئته من قبل أحد الوالدين أو ولي الأمر الذي يطلب إعفائه من هذا الشرط

يرجى إعفاء طفلي من فحص الأسنان بسبب: (يرجى اختيار المربع الذي يصف السبب على أفضل وجه)

☐ لا أستطيع إيجاد عيادة للأسنان تقبل خطة التأمين على الأسنان الخاصة بطفلي.

خطة التأمين على الأسنان الخاصة بطفلي هي:

☐ برنامج الدنتيكال التابع للمديكال (Medi-Cal/Denti-Cal) ☐ تأمين آخر _____ ☐ لا يوجد

☐ لا يمكنني تحمل نفقات تقييم صحة الفم لطفلي.

☐ لا أريد أن يحصل طفلي على تقييم لصحة الفم.

☐ اختياري: أسباب أخرى لم يتمكن بسببها طفلي من الحصول على تقييم لصحة الفم: _____

يرجى التوقيع إذا كنتم تطلبون الإعفاء من شرط تقييم صحة الفم: _____

توقيع أحد الوالدين أو ولي الأمر التاريخ

ينص القانون على أن المدارس يجب أن تحافظ على خصوصية المعلومات الصحية للطلاب. لن يذكر اسم طفلكم في أي تقرير يتم إعداده نتيجة لهذا القانون. لا يجوز استخدام هذه المعلومات إلا لأغراض تتعلق بصحة طفلكم. إذا كانت لديكم أسئلة، فيرجى الاتصال بالمدرسة.

يرجى تسليم هذه الاستمارة إلى المدرسة في موعد لا يتجاوز ٣١ مايو/أيار من العام الدراسي الأول لطفلكم.

يجب الاحتفاظ بالنسخة الأصلية في سجل الأطفال المدرسي.

مقاطعة سان دييغو، وكالة الخدمات الصحية والإنسانية، خدمات الصحة العامة، خدمات صحة الأمومة والطفل والأسرة

لمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال بالرقم (619) 692-8858



LIVE WELL
SAN DIEGO

Updated 09/2020