استمارة تقييم صحة الفم

ينص قانون ولاية كاليفورنيا (قسم *قانون التعليم* رقم ٤٩٤٥٢,٨) على وجوب حصول الطفل على فحص للأسنان بحلول ٣١ أيار من السنة الدراسية الأولى للطفل في مدرسة عامة. يجب ان يقوم طبيب اسنان مرخص من قبل ولاية كاليفورنيا يعمل ضمن نطاق ممارسته بإجراء هذا الفحص وتعبئة القسم رقم ٢ من هذه الاستمارة. أطلب من طبيب الاسنان تعبئة القسم ٢ إذا حصل طفلكم على فحص للأسنان خلال ١٢ شهر قبل التحاقه بالمدرسة. ان لم يكن بإمكانكم الحصول على فحص للأسنان لطفلكم يرجى تعبئة القسم ٣.

القسم رقم ١: معلومات الطفل (تعبأ من قبل الوالدين أو أولياء الأمر)

الاسم الأول للطفل:	الاسم الأخير للطفل:	الحرف الأول من الاسم الوسط الطفل:	تأريخ ولادة الطفل:
العنوان:			الشقة:
المدينة:			الرمز البريدي:
اسم المدرسة:	اسم المعلم:	الصف:	جنس الطفل: ☐ ذكر ☐ أنثى
اسم الوالد أو الوالدة أو أولياء الأمر:	الانتماء العرقي للطفل: ☐ ابيض ☐ امريكي اسود/من أصل افريقي ☐ اسباني/لاتيني ☐ آسيوي ☐ من سكان أمريكا الأصليين ☐ متعدد الأعراق ☐ عرق آخر ☐ _____ ☐ من سكان هاواي الأصليين/من سكان جزر المحيط الهادئ ☐ غير معروف		

القسم رقم ٢: جمع بيانات صحة الفم (تعبأ من قبل أخصائي اسنان مرخص 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 رقم ٣: الاعفاء من شرط تقييم صحة الفم

يتم تعبئتها من قبل الوالدين أو ولي الأمر طالبين الاعفاء من هذا الشرط

يرجى اعفاء طفلي من فحص الاسنان بسبب: (يرجى اختيار المربع الذي يصف السبب)

☐ انا غير قادر على إيجاد عيادة أسنان تقبل تأمين الأسنان الخاص بطفلي.
خطة تأمين الأسنان لطفلي هي:
☐ Medi-Cal/Denti-Cal ☐ أخرى: _____ ☐ لا يوجد
☐ انا لا أستطيع تحمل تكاليف فحص صحة الاسنان لطفلي.
☐ لا ارغب ان يحصل طفلي على فحص صحة الاسنان.
☐ اختياري: أسباب أخرى لم يتمكن بسببها طفلي من الحصول على فحص لصحة الاسنان: _____

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

توقيع الوالدين أو أولياء الأمر ***التأريخ***

ينص القانون على وجوب حفاظ المدرسة على خصوصية المعلومات الصحية للطالب. لن يكون اسم طفلك جزءا من أي تقرير وفقاً لهذا القانون. يسمح باستخدام هذه المعلومات لأغراض تتعلق بصحة طفلكم فقط. يرجى الاتصال بإدارة المدرسة إذا كانت لديكم أسئلة.

يرجى تسليم هذه الاستمارة الى المدرسة *قبل تأريخ* ٣١ أيار/مايو من أول سنة دراسية لطفلكم.

يتم الاحتفاظ بالنسخة الاصلية في سجل الطفل المدرسي.

مقاطعة سان دييغو، وكالة الخدمات الصحية والإنسانية، خدمات الصحة العامة، خدمات صحة الامومة والطفل والاسرة
لمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال بالهاتف رقم 8808-692 (619)