

# طلاء الفلورايد والأسنان السليمة

مهم يرجى إعادة ورقة الإذن وهي موقعة من أجل استخدام هذه الخدمة المجانية.

للحصول على مزيد  
من المعلومات ، يرجى  
الاتصال بنا على الرقم  
.503-521-7166

تقدم مدرسة طفلك علاجاً بالفلورايد وفحوصات مجانية.

فحص الأسنان هو نظرة سريعة داخل فم طفلك لفحص كامل صحة أسنانهم. طلاء الفلورايد هو غطاء وقائي يفرش فوق أسنانك.

ما الذي تحتاج إلى معرفته:

- طلاء الفلورايد هو طريقة آمنة وسريعة لحماية الأسنان من التسوس
- طلاء الفلورايد لا يتسبب بالآلم
- يقوم بطلاء الفلورايد والفحوصات مختصون في رعاية الأسنان



## المحافظة على ابتسامة سليمة

- افرش أسنانك واستخدم الخيط كل يوم
- استخدم معجون الأسنان المدعوم بالفلورايد بمقدار يساوي حبة رز
- اختر الوجبات الخفيفة الصحية مثل الفواكه والخضروات
- حاول شرب الماء بدلاً عن شرب العصير
- ستساعد الأسنان اللبنية السليمة في الحماية من المشاكل التي تصيب الأسنان الدائمة
- زر طبيب الأسنان مرة واحدة على الأقل كل عام

# Fluoride Varnish for Healthy Teeth

**Important: Please return a signed permission slip to use this free service.**

## Free fluoride varnish and dental screenings are offered at your child's school!

A dental screening is a quick look inside your child's mouth to check the overall health of their teeth. Fluoride varnish is a protective coating brushed on the teeth.

For more information, please call us at **503-521-7166.**

### What you need to know:

- Fluoride varnish is a safe and quick way to protect teeth from cavities.
- Fluoride varnish does not hurt.
- Screenings and fluoride varnish are done by dental care professionals.

### Keeping a healthy smile:

- Brush and floss every day.
- Use fluoride toothpaste the size of a grain of rice.
- Choose healthy snacks such as fruits and vegetables.
- Try drinking water over juice.
- Healthy baby teeth will help prevent problems in adult teeth.
- See a dentist at least once a year.



# قسمة فحص مجاني للأسنان / برنامج طلاء الفلورايد



يتم الآن تقديم فحوصات مجانية للأسنان وخدمات طلاء الفلورايد في مدرسة طفلك. فطاء الفلورايد إحدى الطرق السريعة والسهلة لحماية الأسنان من التسوس. ويجري اختصاصيو صحة الأسنان فحص الأسنان وطلائها بالفلورايد بمعدل يصل إلى أربع مرات في العام.

اسم الطفل: _____		
(الاسم المفضل)	(الاسم الأول)	(اسم العائلة)
تاريخ ميلاد الطفل: _____ / _____ / _____ (اليوم) (الشهر) (العام)		
الجنس: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر		

## حدد خانة واحدة أدناه للتسجيل في هذه الخدمة المجانية:

- نعم للفحص والمواد المانعة للتسرب والفلورايد  
 نعم للفحص والمواد المانعة للتسرب  
 نعم للفحص والفلورايد  
 نعم للفحص فقط

\* ملحوظة: إذا تم تحديد أكثر من مربع بـ"نعم"، فسيتم توفير جميع الخدمات المعتمدة.  
 لا، لا تقدم أي خدمات أسنان لطفلي

معلومات الاتصال	
الوالد / الوصي: _____	
أفضل رقم هاتف للوصول إليك: _____	إذن بالمراسلة النصية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
عنوان البريد الإلكتروني: _____	
العنوان البريدي: _____	

## يرجى تقديم المعلومات التالية حتى نتمكن من خدمة طفلك بشكل أفضل:

لا يوجد: <input type="checkbox"/>	طفلي يأخذ (قائمة الأدوية): _____
لا يوجد: <input type="checkbox"/>	طفلي يعاني من حساسية تجاه: _____
لا يوجد: <input type="checkbox"/>	أي حالات طبية حالية: _____
لا يوجد: <input type="checkbox"/>	أي اعتبارات سلوكية: _____
لا يوجد: <input type="checkbox"/>	معلومات أخرى لمساعدتنا على تقديم خدمة أفضل لطفلك: _____

## الرجاء إكمال القسم أدناه. لن نتلقى فاتورة

هذه الخدمات مجانية!	تأمين صحي: _____
	<input type="checkbox"/> خطة ولاية أوريغون الصحية (OHP) / معرف الميديكيد # _____
	<input type="checkbox"/> شركة خاصة لتأمين الأسنان _____
<input type="checkbox"/> لا يوجد تأمين صحي	
بصفتي الوالد / الوصي القانوني، أوافق بموجب هذا على الإفصاح عن المعلومات ومشاركتها، بما في ذلك أي معلومات صحية شخصية، بين موظفي مانع التسرب السني، وموظفي المدرسة، وشركات التأمين، وطبيب أسنان الطفل، ومنظمة الرعاية المنسقة المعمول بها، و / أو منظمة رعاية الأسنان للسجل. لقد تلقيت نسخة من "إشعارات ممارسات الخصوصية". تتوفر ممارسات الخصوصية على موقع All Smiles Community Oral Health الإلكتروني AllSmilesCOH.org/forms. أعلم أيضًا أنه يحق لطالب في كلية الأسنان أو طالب في كلية التمريض، تحت الإشراف الدقيق لاختصاصي أسنان مرخص، أن يُقدّم الخدمة.	
توقيع الوالد/ة / الوصي: _____ التاريخ: _____	

Внимание: эта форма доступна на русском языке по адресу AllSmilesCOH.org/forms

Chú ý: Mẫu này có sẵn bằng tiếng Việt tại địa chỉ nha3.net/forms

注意: 此表格可通过以下网址获得中文版本: AllSmilesCOH.org/forms

خضع للمراجعة في أبريل / نيسان 2023



# Free Dental Screening/Fluoride Varnish Program Permission Slip

Free dental screenings and fluoride varnish services are now offered at your child’s school. Fluoride varnish is a quick and easy way to protect teeth from cavities. The screening and fluoride varnish are done by dental care professionals up to four times a year.

Child’s Name: _____		
(Last)	(First)	(Preferred Name)
Child’s Date of Birth (mm/dd/yy): _____ / _____ / _____		Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
School: _____		

**Dental Screening: A quick look inside the mouth to check the overall health of teeth.**

YES  NO

**Fluoride Varnish: Applied to teeth to prevent cavities.**

YES  NO

**If Yes, Please Complete and Sign Below:**

<b>Contact Information</b>	
Parent/Guardian Name: _____	
Best phone number to reach you: _____	Permission to Text: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Email address: _____	
Mailing address: _____	

**Please provide the following information so we can better serve your child:**

My child is taking (list medications): _____	None: <input type="checkbox"/>
My child is allergic to: _____	None: <input type="checkbox"/>
Any current medical problems: _____	None: <input type="checkbox"/>
Other information to help us better serve your child: _____	None: <input type="checkbox"/>

**Please complete the section below. You will not receive a bill.**

Health Insurance: <input type="checkbox"/> Oregon Health Plan (OHP) / Medicaid ID# _____ <input type="checkbox"/> Private dental insurance company _____ <input type="checkbox"/> No health insurance	These services are <b>FREE!</b>
--	---------------------------------

As the legal parent/guardian, I hereby consent to the release and exchange of information, including any relevant personal health information regarding the services provided, between the dental staff, Head Start staff, your child’s future school district or ESD, insurance carriers, the child’s dentist, applicable Coordinated Care Organization, and/or the Dental Care Organization of record. I have received a copy of “Notices of Privacy Practices.” Privacy Practices are available on the All Smiles Community Oral Health website [AllSmilesCOH.org/forms](http://AllSmilesCOH.org/forms). I also understand a dental hygiene or nursing student closely supervised by a licensed dental professional may provide treatment.

**Parent/Guardian Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Внимание: эта форма доступна на русском языке по адресу [AllSmilesCOH.org/forms](http://AllSmilesCOH.org/forms)

Chú ý: Mẫu này có sẵn bằng tiếng Việt tại nhà [AllSmilesCOH.org/forms](http://AllSmilesCOH.org/forms)

注意：此表格可通過以下網址獲得中文版本: [AllSmilesCOH.org/forms](http://AllSmilesCOH.org/forms)

## ملخص إشعار ممارسات الخصوصية

خصوصية معلوماتك الصحية المحمية، والتي يُطلق عليها أيضًا اسم سجلك الطبي، لها الأولوية القصوى في عيادة All Smiles Community Oral Health. وهناك عدد من الأسباب قد تجعلنا نحتاج إلى استخدام هذه المعلومات أو الإفصاح عنها للآخرين. وترسل عيادة All Smiles Community Oral Health هذا الإشعار بممارسات الخصوصية لإعلامك بالطرق التي قد نستخدم بها المعلومات من سجلك الطبي ونُصرِّح بها. وهذه الصفحة ليست إشعار ممارسات الخصوصية الكامل؛ فالإشعار الكامل متوفر عند الطلب. بالإضافة إلى التزامنا الدائم بحماية معلوماتك، نتعهد ببعض الالتزامات بمقتضى القانون الفيدرالي؛ وأحد تلك الالتزامات إرسال هذا الإشعار إليك.

### الأمور الموضحة في إشعار ممارسات الخصوصية الكامل

- **كيف يُمكننا استخدام معلوماتك الصحية ونشاركها بدون إذن منك من أجل:**
  - توفير العلاج إليك
  - تلقي المدفوعات نظير الخدمات التي تُقدِّمها إليك
  - إعداد تقارير إلى الوكالات الفيدرالية، ووكالات الولايات، والوكالات المحلية، وغيرها، عندما يقتضى القانون إعداد هذه التقارير
  - إصدار التقارير أو مشاركة المعلومات من أجل الصحة العامة، أو السلامة، أو للوفاء بأغراض بحثية.
- **كيف يُمكننا مشاركة معلوماتك بدون إذن منك بذلك، ولكن فقط بعد أن نُعطيك فرصة للاعتراض:**
  - مشاركة معلومات عنك إلى أسرتك، أو أصدقائك، أو الآخرين المشاركين في رعايتك من أجل سداد المدفوعات نظير الخدمات التي تتلقاها
  - مشاركة معلومات عنك في حالة وقوع كارثة من أجل إعلام أسرتك وأصدقائك بمكان وجودك والوقوف على حالتك العامة
- **كيف يُمكننا استخدام معلوماتك الطبية ومشاركتها فقط بعد الحصول على إذن منك في حالات الإفصاح عن المعلومات بخلاف تلك المذكورة أعلاه.**
- **تتضمن الحقوق القانونية المُحوَّلة إليك بمقتضى قوانين الخصوصية الفيدرالية حَقك في:**
  - طلب الاطلاع على معلوماتك الطبية والحصول على نسخة منها
  - طلب تصحيح المعلومات غير الصحيحة أو غير الكاملة في سجلك الطبي
  - طلب قائمة بالأماكن التي أرسلنا إليها معلوماتك، إلا إذا كانت مرسلة بعد الحصول على إذنك، من أجل سداد المدفوعات، أو العلاج، أو عمليات الرعاية الصحية
  - طلب حصر استخدامنا أو مشاركتنا للمعلومات على تلك اللازمة من أجل العلاج، أو سداد المدفوعات، أو عمليات الرعاية الصحية، أو المعلومات التي نشاركها مع أفراد الأسرة أو الآخرين المشاركين في رعايتك. ولا يُشترط علينا الموافقة على طلبك في هذه الحالة
  - طلب تواصلنا معك في سرية
  - طلب نسخة ورقية من إشعار ممارسات الخصوصية في أي وقت
  - إبلاغك في حالة حدوث أي خرق لمعلومات صحية محمية غير مؤمنة
  - تقديم شكوى إذا اعتقدت في حدوث انتهاك لحقوق خصوصيتك
  - السداد من مدفوعاتك الشخصية بالكامل نظير أحد بنود أو خدمات الرعاية الصحية وحصر الإفصاح عن ذلك البنود أو الخدمة بعينها على مقدم الخطة الصحية إليك



## **SUMMARY OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

The confidentiality of your protected health information, also called your medical record, is a high priority at All Smiles Community Oral Health. There are a number of reasons we may need to use this information or disclose it to others. This Notice of Privacy Practices is provided to inform you of the ways we can use and release information from your medical record. THIS PAGE IS NOT THE FULL NOTICE OF PRIVACY PRACTICES. The full notice is available upon request. In addition to our longstanding commitment to protecting your information, there are certain obligations we have under federal law. One of those obligations is to provide you with this Notice.

### **THINGS EXPLAINED IN THE FULL NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

- **How we may use and share your health information without your permission to:**
  - Provide treatment to you.
  - Get paid for the services we provide to you.
  - Make reports to federal, state, and local agencies and others when the law requires such reporting.
  - Make reports or share information for public health, safety, and/or research purposes.
- **How we can share your information without your permission, but only if we give you a chance to object:**
  - To share information about you to family, friends, or others involved in your care for payment for the services you receive.
  - To share information in case of a disaster to let your family and friends know where you are and your general condition.
- **How we can use and share your medical information only with your permission for disclosures other than those described above.**
- **Your legal rights under federal privacy laws include your right to:**
  - Ask to see and copy your medical information.
  - Ask that incorrect or incomplete information in your medical information be corrected.
  - Ask for a list of the places we have sent your information unless it was sent with your permission, for payment, treatment, or health care operations.
  - Ask that we limit the information we use or share for treatment, payment, or healthcare operations, or the information we share with family members or others involved in your care. We are not required to agree to your request.
  - Ask that we communicate with you in a confidential manner.
  - Ask for a paper copy of the Notice of Privacy Practices at any time.
  - Be notified in the event of a breach of unsecured, protected health information.
  - File a complaint if you think your privacy rights have been violated.
  - Pay out of pocket in full for a healthcare item or service and restrict disclosure of that particular item or service to your health plan provider.