

Sealants for Smiles

a United Way of Salt Lake initiative

United
Way



يتوفر برنامج العناية بالاسنان المجاني في مدرسة طفلك لكافة طلاب المرحلة الثانية . سيتم فحص اسنان طفلك لتحديد الحاجة الى حشوة الاسنان. سيقوم اخصائيو الاسنان بوضع الحشوات. ثبت ان حشوة الاسنان هي الطريقة السليمة والاكثر فعالية في القضاء على مرض تسوس الاسنان. ستتم العملية باتباع الاساليب الصحيحة الخاصة بتطبيق الاسنان (القفاذات، القناع، الادوات المعقمة). سيعطي الطلبة المشاركون ارشادات العناية بنظافة الاسنان وفرشاة اسنان. ان علاج تسوس اسنان طفلك بالحشوة اللازمة لا يغني عن غسل الاسنان اليومي بالفرشاة والمعجون واستعمال خيط الاسنان والزيارات المنتظمة لفحص الاسنان.
يرجى بيان الموافقة للمشاركة في هذا البرنامج:

اسم الطفل: _____

نعم اعطي الموافقة لطفلي للحصول على فحص مجاني لاسنانه وحشوة الاسنان. لقد قرأت وفهمت المعلومات المرفقة.

لا اعطي الموافقة لطفلي للحصول على فحص الاسنان وحشوة الاسنان.

توقيع الوالد او ولي الامر: _____ التاريخ: _____

اسم الوالد/ولي الامر _____

العنوان: _____ المدينة: _____ الرقم البريدي: _____

هاتف المنزل: _____ هاتف العمل: _____ هاتف خلوي: _____

تاريخ ولادة الطفل: _____ ذكر _____ انثى _____

مدرسة الطالب: _____ اسم معلم الطالب: _____

العرق: اسباني/لاتيني _____ غير اسباني/لاتيني _____

هل لطفلك تامين صحة الاسنان؟ خاص _____ جب _____ ميديكيد _____ لا يوجد _____ غير متأكد _____ متى تم فحص اسنان طفلك من قبل طبيب الاسنان اخر مرة؟ _____

الجنس: ابيض _____ اسود/امريكي من اصل افريقي _____ هندي امريكي/سكان الاسكا الاصليين _____
اسيوي _____ من هواي/من جزر المحيط الهادي _____ اخرى _____

هل اصيب طفلك باحدى الامراض التالية؟ (اجب "بنعم" او "لا")

نعم	لا	نعم	لا
_____	_____	_____	_____
حمى الروماتزم	_____	_____	_____
امراض القلب	_____	_____	_____
الصرع	_____	_____	_____
التهاب الكبد	_____	_____	_____
الحساسية	_____	_____	_____

اذا اجبت بنعم، من ماذا؟

هل لطفلك حساسية من مادة اللاتيكس (Latex)؟ نعم _____ لا _____

هل يتناول طفلك الدواء؟ نعم _____ لا _____

اذا اجبت بنعم، يرجى ذكرها _____

هل يوجد شيء اضافي يتعلق بصحة طفلك علينا معرفته؟ _____