

نموذج تقييم صحة الفم

ينص قانون ولاية كاليفورنيا (قسم قانون التعليم 49452.8) على ضرورة إجراء فحص طبي شامل على أسنان طفلك بحلول 31 مايو من العام الأول للطفل في المدرسة العامة.

يجب أن يقوم أخصائي أسنان مرخص له بالعمل من ولاية كاليفورنيا ضمن نطاق ممارسته بإجراء الفحص الطبي الشامل وتعبئة القسم 2 من هذا النموذج. إذا كان طفلك قد خضع لكشف طبي شامل على الأسنان خلال فترة 12 شهراً قبل دخوله المدرسة، فاطلب من طبيب الأسنان لديك تعبئة القسم 2. إذا تعذر عليك إجراء فحص طبي شامل على أسنان طفلك، وقم بتعبئة القسم 3.

| | | | |
|--|---------------|-------------|--------------------|
| تاريخ ميلاد الطفل: | الاسم الوسط: | اسم العائلة | تاريخ ميلاد الطفل: |
| شقة رقم.. | العنوان: | | |
| الرمز البريدي: | المدينة: | | |
| جنس الطفل: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر | الصف المدرسي: | المعلم: | اسم المدرسة: |
| السلالة/ الأصل العرقي للطفل: | | | |
| <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أسود/ أمريكي أفريقي <input type="checkbox"/> من أصل أسباني/ لاتيني <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> هندي أمريكي <input type="checkbox"/> متعدد الأعراق <input type="checkbox"/> آخر <input type="checkbox"/> أحد سكان هاواي الأصليين/ من جزر الباسفيك <input type="checkbox"/> غير معروف | | | |
| اسم أحد الوالدين/ولي الأمر: | | | |

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

القسم الثاني: جمع بيانات صحة الفم (يجب تعبئته من قبل أخصائي الأسنان المرخص له بولاية كاليفورنيا)

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

ملاحظة هامة: الرجاء دراسة كل مربع بشكل مستقل.

| | | | |
|------------------------------------|---|--|--|
| Assessment Date: تاريخ التقييم: | Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) تجربة الإصابة بالتسوس (تسوس ظاهر و/ أو حشوات موجودة) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | Visible Decay تسوس ظاهر Present: موجود: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No نعم لا | Treatment Urgency: مدى الحاجة الملحة للمعالجة: <input type="checkbox"/> No obvious problem found لا توجد مشكلة ظاهرة <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation) النصح بالعناية المبكرة بالأسنان (تسوس غير مصحوب بالألم أو عدوى أو الطفل قد يستفيد من المواد السادة لشقوق الأسنان (الحشو) أو أي تقييم إضافي) <input type="checkbox"/> Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions) ضرورة اتخاذ العناية العاجلة (تسوس مصحوب بالألم، عدوى، تورم، أو جروح بالنسيج الرخو) |
| | | | |
| التاريخ Date | رقم الرخصة في ولاية كاليفورنيا CA license Number | توقيع أخصائي الأسنان المرخص Licensed Dental Professional Signature | |

القسم الثالث: تنازل عن مطلب إجراء تقييم صحة الفم

يجب أن تتم التعبئة من قبل أحد الوالدين أو ولي الأمر من أجل طلب الإعفاء من هذا المطلب

الرجاء إعفاء طفلي من مطلب إجراء فحص طبي شامل على الأسنان بسبب: (الرجاء تحديد المربع الذي يصف السبب على أفضل وجه)

لا أتمكن من إيجاد عيادة فحص أسنان تقبل ببرنامج التأمين الطبي للرعاية بأسنان طفلي .

يتكون برنامج التأمين الطبي للرعاية بأسنان طفلي من التالي :

Healthy Kids Healthy Families Medi-Cal/Denti-Cal آخر لا يوجد

□ غير قادر على تحمل نفقة إجراء فحص طبي شامل على أسنان طفلي.

□ لا رغبة لدي في تلقي طفلي لفحص طبي شامل على الأسنان.

اختياري: أسباب أخرى قد لا يتلقى طفلي بموجبها الفحص الطبي الشامل على الفم:

في حال طلب الإعفاء من هذا المطلب _____ توقيع أحد الوالدين أو ولي الأم التاريخ

ينص القانون على قيام المدارس بالمحافظة على سرية المعلومات الصحية للتلميذ. لن يكون اسم طفلك جزء من أي تقرير ناتج عن هذا القانون. ولا يجوز استخدام هذه المعلومات إلا لأغراض تتعلق بصحة الطفل. إذا كان لديك أي أسئلة، الرجاء الاتصال بالمدرسة الخاصة بك.

الرجاء إعادة هذا النموذج إلى المدرسة في وقت لا يتجاوز 31 مايو من العام الأول لدخول طفلك المدرسة.
يحتفظ بالنسخة الأصلية في سجل مدرسة الطفل.

[NOTE TO LOCAL EDUCATIONAL AGENCIES (LEAs): As a form of assistance to LEAs, the California Department of Education (CDE) offers this translation free of charge. Because there can be variations in translation, the CDE recommends that LEAs confer with local translators to determine any need for additions or modifications, including the addition of local contact information or local data, or modifications in language to suit the needs of specific language groups in the local community. If you have comments or questions regarding the translation, please e-mail the Clearinghouse for Multilingual Documents (CMD) at cmd@cde.ca.gov.]

