

نیویارک شہر محکمہ تعلیم دندانی صحت کا پروگرام - اسکول کے لیے والدین کا اجازت نامہ

First MedCare Primary Care Center

دندانی نگہداشت فراہم کنندہ (OHCP) کا نام:

8707 Flatlands Avenue, Brooklyn, NY 11236

OHCP کا پتہ:

والدین / سرپرست کی معلومات	طالب علم کی معلومات
والدہ آخری نام: _____ پہلا نام: _____	طالب علم کا آخری نام: _____ طالب علم کا پہلا نام: _____
والد آخری نام: _____ پہلا نام: _____	تاریخ پیدائش: _____ / _____ / _____ سال دن مہینہ
قانونی سرپرست، اگر اطلاق ہوتا ہو آخری نام: _____ پہلا نام: _____	طالب علم کا پتہ: _____
قانونی سرپرست کا طالب علم سے رشتہ <input type="checkbox"/> جدی والدین <input type="checkbox"/> والدین کا بھائی یا بہن <input type="checkbox"/> دیگر: _____	شہر ریاست زپ کوڈ
والدین یا سرپرست کی رابطے کی معلومات گھر کا فون: _____ کام کا فون: _____	اسکول: _____ اساتذہ کا نام: _____
سیل: _____ ای میل: _____	اہم طبی سوال کیا آپ کا بچہ کسی ایسی طبی صورت حال کا حامل ہے جو اس کے معالجہ دندان پر اثر انداز ہو یا اس میں پیچیدگی آسکتی ہے؟ اس میں دل، سانس یا خون بہنے کے مسائل، دورے، الرجیز، چھوت کی بیماریاں، مدافعتی نظام کی بیماریاں وغیرہ۔ اگر ہاں، تو وضاحت کریں۔ اگر نہیں تو خالی چھوڑ دیں۔
بنگامی حالت میں اضافی (فرد کی) رابطے کی معلومات نام: _____ طالب علم کے ساتھ رشتہ: _____ گھر کا فون: _____ کام کا فون: _____ سیل: _____ ای میل: _____	
بیمہ کی معلومات	
کیا آپ کے بچے کے پاس میڈیکل بیمہ ہے؟ <input type="checkbox"/> جی ہاں: میڈیکل آئی ڈی # _____ <input type="checkbox"/> جی نہیں	کیا آپ کے بچے کے پاس چائلڈ ہیلتھ پلس ہے؟ <input type="checkbox"/> جی ہاں: CHP # _____ <input type="checkbox"/> جی نہیں
کیا آپ کے بچے کے پاس آپ کے آجر کی جانب سے یا کسی اور قسم کا طبی بیمہ ہے؟ <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں، صحت کا بیمہ: _____ ممبر آئی ڈی یا سوشل سیکیورٹی نمبر: _____ صحتی بیمہ فون نمبر: _____ بالغ بیمہ شدہ شخص کا نام: _____ بیمہ شدہ بالغ فرد کی تاریخ پیدائش: _____ آپ کے بچے کو بغیر کسی لاگت کے خدمات فراہم کی جائیں گی اس سے قطعہ نظر کہ آیا آپ کے بچے کے پاس صحت کا بیمہ ہے یا نہیں۔	کونسا پلان؟ Fidelis <input type="checkbox"/> Affinity <input type="checkbox"/> Health Plus Amerigroup <input type="checkbox"/> Healthfirst <input type="checkbox"/> MetroPlus <input type="checkbox"/> HIP <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> WellCare <input type="checkbox"/> Empire BlueCross BlueShield <input type="checkbox"/> MVP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> دیگر:
اسکول میں قائم صحت کے مراکز کی خدمات کے لیے والدین کا اجازت نامہ	
میں سمجھتا ہوں کہ میرا بچہ دندانی صحت کی خدمات موصول کرے گا اور میرے دستخط میرے بچے کو OHCP سے خدمات موصول کرنے کے لیے اجازت فراہم کرتے ہیں جب تک کہ میرا بچہ اسکول میں مندرج ہے۔ میں کسی بھی وقت اپنا اجازت نامہ OHCP کو ایک تحریری نوٹ لکھ کر منسوخ کرسکتا ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ میں اپنے بچے کی صحت میں کسی بھی بامعنی تبدیلیوں سے فراہم کنندہ کو باخبر کرونگا۔	
نوٹ: ازروئے قانون ان طلباء کے لیے والدین کی اجازت درکار نہیں جن کی عمر 18 سال یا زیادہ ہے یا وہ طلباء جو والدین ہیں یا قانونی طور پر خودمختار ہیں۔ میرا دستخط یہ ظاہر کرتا ہے کہ مجھے رازداری کے دستور العمل کے نوٹس کی نقل موصول ہوئی ہے۔	
X	
والدین / سرپرست کے دستخط (یا طالب علم کے اگر ان کی عمر 18 سال یا زیادہ ہے یا وہ طلباء جن کو بصورت دیگر ایسا کرنے کی قانونی اجازت ہے) تاریخ _____	
صحت کی معلومات افشا کرنے کے لیے HIPAA کی تعمیل کرنے والا والدینی اجازت نامہ	
میں نے اس فارم کے صفحے 2 پر درج صحت کی معلومات کے افشا کرنے کو پڑھ اور سمجھ لیا ہے۔ میرے دستخط دندانی صحت کی معلومات کو بیان کے مطابق افشا کرنے کی میری اجازت کی تصدیق کرتے ہیں۔	
X	
والدین / سرپرست کے دستخط (یا طالب علم کے اگر ان کی عمر 18 سال یا زیادہ ہے یا وہ طلباء جن کو بصورت دیگر ایسا کرنے کی قانونی اجازت ہے) تاریخ _____	

نیویارک شہر محکمہ تعلیم دندانی صحت کا پروگرام – اسکول کے لیے والدین کا اجازت نامہ

First MedCare Primary Care Center

دندانی نگہداشت فراہم کنندہ (OHCP) کا نام:

8707 Flatlands Avenue, Brooklyn, NY 11236

OHCP کا پتہ:

اسکول میں قائم دندانی صحت کے مراکز کی خدمات کے لیے اجازت نامہ

میں اپنے بچے کو نیویارک ریاست محکمہ صحت کے منظور کردہ اسکول دندانی صحت پروگرام کے حصے کے طور پر OHCP کے ریاستی لائسنس یافتہ صحت پیشہ وران کے ذریعے دندانی صحت کی خدمات وصول کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں OHCP کو تحریری نوٹس بھیج کر کسی وقت بھی اپنی اجازت منسوخ کرسکتا ہوں۔ میں یہ سمجھتا ہوں کہ طالب علم اور دندانی صحت کی خدمات کے فراہم کنندگان کے مابین مخصوص خدمت کے پہلوؤں میں قانون کے مطابق رازداری یقینی بنائی جائے گی، اور یہ کہ طلبا کو انکے والدین یا سرپرستوں کو مشاورت اور دندانی نگہداشت کے فیصلوں میں شریک کرنے کی تاکید کی جائے گی۔ اسکول میں قائم دندانی صحت کے مراکز کی خدمات میں شامل ہے، لیکن انہی تک محدود نہیں، انسدادی دندانی صحت کی خدمات، دانتوں کی درستگی اور ہنگامی علاج۔ انسدادی دندانی صحت کی خدمات میں شامل ہے، لیکن انہی تک محدود نہیں، دانتوں کا جامع معائنہ، دندانی حفظان صحت علاج، ایکس رے، سیلنٹ اور فلوراٹڈ علاج۔ اس میں دانتوں میں کھوکھلا پن (cavities) بڑھنے سے روکنے کے لیے دانتوں کے پیچھے سلور ڈائنامن فلوراٹڈ لگانا (سلور ڈائنامن فلوراٹڈ کسی بھی کھوکھلے پن کو بد رنگ کر کے براون یا کالا کرسکتا ہے۔) جامع دندانی معائنے اور انسدادی دندانی صحت کی خدمات کے علاوہ خدمات کے لیے، OHCP کو والدین / سرپرست کو فراہم کی جانے والی خدمات اور علاج سے مطلع کرنا چاہیے بشمول فلنگ، دانت نکالنا اور بے حسی کی یا دیگر کسی دوا کے استعمال کے۔ اگر والدین / سرپرست اجازت نہ دیں تو یہ خدمات انجام نہیں چاہیں۔

HIPAA کے احکامات کی تکمیل کرنے والا دندانی صحت کی معلومات افشا کرنے کے لیے والدین کا اجازت نامہ

اس فارم کی پچھلی جانب میرے دستخط طبی معلومات افشا کرنے کا اختیار دیتے ہیں۔ ان معلومات کو وفاقی رازداری قانون اور ریاستی قانون کے تحت افشا ہونے سے تحفظ حاصل ہوسکتا ہے۔

اس اجازت نامے پر دستخط کر کے، میں نیویارک شہر تعلیمی بورڈ (موسوم بنام نیویارک شہر محکمہ تعلیم) کو دندانی صحت کی معلومات افشا کرنے کا اختیار دیتا ہوں، اس میں اسکول نرسیں شامل ہوسکتی ہیں کیونکہ قانون، چانسلر کا ضابطہ اسکا تقاضہ کرتا ہے، یا اسلیبے کہ یہ طالب علم کی صحت اور تحفظ کے لیے لازمی ہے، یا میرے بچے کے بیمہ فراہم کنندہ کے پاس ایک کلیم دائر کرنے کے لیے۔ میرے درخواست کرنے پر، دندانی صحت کی ان معلومات کو افشا کرنے والے ادارے یا فرد کا مجھے اس فارم کی نقل مہیا کرنا ضروری ہے۔

والدین کے لیے قانونی طور پر لازمی ہے کہ وہ اسکول کو مخصوص معلومات فراہم کریں، جیسے مدافعتی ٹیکہ کاری کا ثبوت۔ یہ معلومات فراہم کرنے میں ناکامی کے نتیجے میں طلبا کو اسکول سے خارج کیا جاسکتا ہے۔

اس فارم کے متعلق میرے سوالات کے جوابات فراہم کیے گئے ہیں۔ میں یہ سمجھتا ہوں کہ مجھے اپنے بچے کی طبی معلومات افشا کرنے کی اجازت دینا لازمی نہیں ہے، اور یہ کہ میں کسی بھی وقت اپنے خیالات تبدیل کرسکتا ہوں اور OHCP کو لکھ کر اس اجازت کو رد کرسکتا ہوں۔ تاہم، معلومات کے افشا ہونے کے بعد، تنسیخ سے قبل افشا ہونے والی معلومات کے لیے پچھلی تاریخ سے دستبر اداری نہیں دی جاسکتی۔

میں وینڈر کو پچھلی جانب پر شناخت کیے گئے طالب علم کی مخصوص طبی معلومات نیویارک شہر تعلیمی بورڈ (موسوم بنام نیویارک شہر محکمہ تعلیم) کو افشا کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔

میں OHCP سے نیویارک شہر محکمہ تعلیم کو اور نیویارک شہر محکمہ تعلیم سے OHCP کو ذیل میں خاکہ کش طبی معلومات افشا کرنے کی اجازت دیتا ہوں تاکہ ضابطوں کے تقاضوں کی تعمیل ہوسکے اور یہ یقینی بنایا جاسکے کہ اسکول کے پاس وہ معلومات موجود ہیں جو میرے بچے کی صحت و امان کا تحفظ کریں۔ میں یہ سمجھتا ہوں کہ یہ معلومات وفاقی اور ریاستی قانون اور چانسلر کے رازداری کے ضوابط کے تحت بصیغہ راز رہیں گی:

- حالات جن میں ہنگامی صورت درکار ہوسکتی ہو
- حالات جو طالب علم کی روزمرہ کی سرگرمی کو محدود کریں (فارم 103S)
- کچھ قابل انتقال امراض کی تشخیص (ایچ آئی وی انفیکشن / STI اور قانون کے ذریعے تحفظ یافتہ دیگر خفیہ خدمات اس میں شامل نہیں ہیں)۔
- صحت کا بیمہ تحفظ

اس فارم کے صفحہ 1 پر میرے دستخط OHCP کو اس بات کی بھی اجازت دیتے ہیں کہ دیگر فراہم کنندگان سے رابطہ کرے جنہوں نے میرے بچے کا معائنہ کیا ہو اور بیمہ کی معلومات طلب کرے۔

معلومات افشا کرنے کی منظوری اس تاریخ سے ہے جس دن فارم پر دستخط کئے گئے تھے تاوقتیکہ طلبا علم اسکول میں قائم دندانی صحت کلینک پروگرام سے خارج ہو یا جب منسوخ کردی جائے، جو بھی پہلے واقع ہو۔

مریض کے حقوق اور راز داری کی پالیسی OHCP کے ذریعے فراہم کی جائے گی، جیسا کہ قانون کے تحت لازم ہے۔