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

دندانی نگہداشت فراہم کنندہ (OHCP) کا نام: Family Health Centers at NYU Langone

OHCP کا پتہ: 5800 Third Avenue, Brooklyn, NY 11220

طالب علم کی معلومات	والدین / سرپرست کی معلومات
طالب علم کا آخری نام:_____	**والدہ** آخری نام:_____ پہلا نام:_____
طالب علم کا پہلا نام:_____	**والد** آخری نام:_____ پہلا نام:_____
تاریخِ پیدائش:____ / ____ / ____ سال دن مہینہ	**قانونی سرپرست، اگر اطلاق ہوتا ہو** آخری نام:_____ پہلا نام:_____
طالب علم کا پتہ:_____ شہر ریاست زپ کوڈ	قانونی سرپرست کا طالب علم سے رشتہ ❑ جدی والدین ❑ والدین کا بھائی یا بہن ❑ دیگر:_____
اسکول:_____ **گریڈ:**_____	**والدین یا سرپرست کی رابطے کی معلومات** گھر کا فون:_____ کام کا فون:_____
استاد کا نام:_____	سیل:_____ ای میل:_____
اہم طبی سوال **کیا آپ کا بچہ کسی ایسی طبی صورتِ حال کا حامل ہے جو اس کے معالجہ دندان پر اثرانداز 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۔** _____	**ہنگامی 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 آپکے بچے کے پاس میڈیکیڈ ہے؟

❑ جی نہیں ❑ جی ہاں: میڈیکیڈ آئی ڈی #_____

کیا آپکے بچے کے پاس چائلڈ ہیلتھ پلس ہے؟

❑ جی نہیں ❑ جی ہاں: CHP #_____

کونسا پلان؟

❑ Affinity	❑ Fidelis
❑ Healthfirst	❑ Health Plus Amerigroup
❑ HIP	❑ MetroPlus
❑ WellCare	❑ United Healthcare
❑ MVP	❑ Empire BlueCross BlueShield

❑ دیگر:_____

کیا آپ کے بچے کے پاس آپ کے آجر کی جانب سے یا کسی اور قسم کا طبی بیمہ ہے؟

❑ جی نہیں ❑ 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 تاریخِ پیدائش:_____

آپکے بچے کو بغیر کسی لاگت کے خدمات فراہم کی جائیں گی اس سے قطعہ نظر کہ آیا آپکے بچے کے پاس صحت کا بیمہ ہے یا نہیں۔

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 طلبا کے لیے والدین کی اجازت درکار نہیں جن کی عمر 18 سال یا زیادہ ہے یا وہ طلبا جو والدین ہیں یا قانونی طور پر خودمختار ہیں۔ میرا دستخط یہ ظاہر کرتا ہے کہ مجھے رازداری کے دستورالعمل 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 طلبا 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 طلبا 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

دندانی نگہداشت فراہم کنندہ (OHCP) کا نام: Family Health Centers at NYU Langone

OHCP کا پتہ: 5800 Third Avenue, Brooklyn, NY 11220

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

میں اپنے بچے کو نیویارک ریاست محکمۂ صحت کے منظورکردہ 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 حفظانِ صحت علاج، ایکس رے، سیلنٹ اور فلورائڈ علاج۔ اس میں دانتوں میں کھوکھلا پن (cavities) بڑھنے سے روکنے کے لیے دانتوں کے پیچھے سِلور ڈائامائن فلورائیڈ لگانا (سلور ڈائامائن فلورائیڈ کسی بھی کھوکھلے پن کو بدرنگ کرکے براون یا کالا کرسکتا ہے۔) جامع دندانی معائنے اور انسدادی دندانی صحت کی خدمات کے علاوہ خدمات کے لیے، OHCP کو والدین / سرپرست کوفراہم کی جانے والی خدمات اور علاج سے مطلع کرنا چاہیئے 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 دینی چاہییں۔

HIPAA کے احکامت 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 کرکے، میں نیویارک شہر تعلیمی بورڈ (موسوم بنام نیویارک شہر محکمۂ 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 اسلیے 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 دستبراداری 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 محکمۂ تعلیم) کو افشا کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔

میں OHCP سے نیویارک شہر محکمۂ تعلیم کو اور نیویارک شہر محکمۂ 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 بصیغۂ 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 ذریعہ 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۔