



သွားဆရာဝန် ကျောင်းသို့ လာရောက်ပါမည်။ သင့်အတွက် အခမဲ့* ဖြစ်သော ကျောင်းတွင်း သွားကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုကို ရယူပါ။

* Medicaid သို့မဟုတ် Hoosier Healthwise အာမခံရှိသော လူနာများအတွက် ဖြစ်သည်

အွန်လိုင်းမှတစ်ဆင့်
စာရင်းပေးသွင်းပါ။
www.MySchoolDentist.com

သင့်ဖုန်းဖြင့် ကုန်ကို
စက်နံမတ်ပါ။



သင့်ကလေး၏ သွားများကို ဂရုစိုက်ခြင်းသည် ၎င်းတို့ကျန်းမာစေရန်အတွက် အရေးကြီးပါသည်။

လွယ်ကူလျင်မြန်ခြင်း - ပြည်နယ်အသိအမှတ်ပြု လိုင်စင်ရ သွားဆရာဝန်မှ သင့်ကလေး၏ ခံတွင်းနှင့် သွားများကို ပုံမှန်စစ်ဆေးပေးမည့်အပြင် သွားသန့်ရှင်းရေးလုပ်ခြင်း၊ လိုအပ်ပါက ဓာတ်မှန် ရိုက်ခြင်း၊ ဖလိုရိုက် ကုထုံးပေးခြင်းနှင့် လိုအပ်သလို သွားပိုးစားခြင်းကာကွယ်သည့် ဆေးများ ထည့်ပေးခြင်းတို့ကို ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ သွားဖာခြင်း ကဲ့သို့သော ထပ်ဆောင်း ကုသမှုများကိုလည်း ပေးကောင်းပေးနိုင်ပါသည်။ သွားကျန်းမာရေး မှတ်တမ်းကတ်ပြားကို သင့်ကလေးနှင့်အတူ အိမ်သို့ ထည့်ပေးလိုက်ပါမည်။ ခွင့်ပြုချက်တွင် ကနဦးသွားကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုနှင့် နောက်ဆက်တွဲ ပြန်လည်ပြသမှုများ ပါဝင်သည်။ ယနေ့ပင် လက်မှတ်ရေးထိုး၍ ကျောင်းသို့ ပြန်လည်ပေးပို့ပါ။

ကျေးဇူးပြု၍ ဖြည့်စွက်ပါ

ကလေး၏ တရားဝင်အမည်	မွေးနေ့	☐ အမျိုးသား ☐ အမျိုးသမီး
လိပ်စာ	မြို့	ပြည်နယ်
ကျောင်း	ဆရာ	စာတိုက်သင်ကောင့်
မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ အမည်	ဖုန်း	
အိမ်မှလွှဲ	အခြားဖုန်း	

အရေးကြီးသော ကျန်းမာရေးမေးခွန်း

သင့်ကလေးတွင် အတိတ် သို့မဟုတ် လက်ရှိ၌ ကျန်းမာရေးအခြေအနေ၊ မသန်စွမ်းမှု၊ အမူအကျင့် သို့မဟုတ် အခြားပြဿနာများ ရှိပါသလား။ သင့်ကလေးနှင့် သက်ဆိုင်သော အခြေအနေများကို အမှန်ခြစ် ပေးပြီး ပေးထားသော နေရာတွင် ရှင်းပြပါ။ လိုအပ်ပါက ထပ်ဆောင်းအချက်အလက်များကို ဤဖော်စံနှင့်အတူ ပူးတွဲတင်ပြပါ။ သက်ဆိုင်ခြင်းမရှိပါက ကွက်လပ်အတိုင်း ထားခဲ့ပါ။

- | | | | | |
|---|--|--|---|---|
| ☐ လက်ရှိ ကူးစက်တတ်သော ရောဂါရှိခြင်း (COVID-19 အပါအဝင်) | ☐ ဓာတ်မတည့်မှုများ - အစားအစာ/ရာသီအလိုက် | ☐ သွေးတိတ်ရန် ခက်ခဲသော ရောဂါများ | ☐ ဆီးချိုရောဂါ | ☐ ကျောက်ကပ်ရောဂါ |
| ☐ ပန်းနာရင်ကျပ်ရောဂါ | ☐ ဓာတ်မတည့်မှုများ - ဆေးဝါးများ | ☐ အသက်ရှူလမ်းကြောင်းဆိုင်ရာ ပြဿနာများ | ☐ နှလုံးရောဂါ | ☐ အသည်းရောဂါ |
| ☐ အခြား _____ ရှင်းပြပါ _____ | ☐ အမူအကျင့်ဆိုင်ရာ ပြဿနာများ | ☐ သွားနှင့် ခံတွင်းဆိုင်ရာ ပြဿနာများ | ☐ ကိုယ်ခံအားစနစ် ချို့ယွင်းသော ရောဂါများ | ☐ အတက်ရောဂါ |

လက်ရှိ သောက်နေသော ဆေးဝါးများ နှင့်သို့မဟုတ် သွားနှင့်ပတ်သက်၍ စိုးရိမ်ပူပန်မှုများကို ဖော်ပြပါ။

ကလေးတွင် MEDICAID/HOOSIER HEALTHWISE, HEALTHY INDIANA PLAN, HOOSIER CARE CONNECT ရှိပါက

အောက်ပါတို့အနက် တစ်ခုကို ဝိုင်းပေးပါ - Anthem BCBS, Caresource, MHS (Managed Health Services), IN Medicaid, UnitedHealthcare

ကလေး၏ 12 လုံးပါ Medicaid အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ ID ကို ဤနေရာတွင် ရိုက်ထည့်ပါ။

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

သို့မဟုတ် ကလေး၏ လူမှုဖူလုံရေး # (ရှိပါက)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ပုဂ္ဂလိက သွားဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံ	အာမခံ ကုမ္ပဏီအမည် (Medicaid မဟုတ်သော)	အာမခံ ဖုန်း
အုပ်စု #	အလုပ်ရှင်အမည်	ကုမ္ပဏီဖုန်း
အာမခံထားသူ လူကြီးအမည်		အာမခံထားသူ လူကြီး၏ မွေးနေ့
အဖွဲ့ဝင် ID/မူဝါဒ #		အာမခံထားသူ လူကြီး SS #

ကလေးတွင် သွားဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံ မရှိပါက - (အောက်ပါတို့အနက် တစ်ခုကို အမှန်ခြစ်ပါ) ဝန်ဆောင်ခ ပေးချေမည်ဆိုပါက ချက်လက်မှတ် သို့မဟုတ် ငွေလွှဲလျှာကို ဤပုံစံနှင့်အတူ တွဲပေးပါ။ လက်ခံသူအမည်ကို အောက်ပါအတိုင်း ရေးသားပါ - Indiana Dental Outreach. ခရက်ဒစ်ကတ်ဖြင့် ပေးချေလိုပါက 855-481-8639 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

- ☐ တစ်ခါပြသတိုင်း သွားသန့်ရှင်းရေးလုပ်ခြင်း၊ စစ်ဆေးခြင်းနှင့် ဖလိုရိုက်ထည့်ခြင်းတို့အတွက် လျှော့ချေးဖြင့် ပေးဆောင်ပါမည်။ အသက် 11 နှစ် သို့မဟုတ် အောက် - \$77.00 အသက် 12 နှစ် သို့မဟုတ် အထက် - \$93.00
- ☐ ကျွန်ုပ်တို့၏ကလေးအတွက် သွားသန့်ရှင်းရေး၊ စစ်ဆေးခြင်းနှင့် ဖလိုရိုက်ထည့်ခြင်း ကုန်ကျစရိတ်ကို အခမဲ့ ကူညီစောင့်ရှောက်မှုမှ ကျခံပေးရန် တောင်းဆိုပါသည်။ (ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်ထံသို့ အခမဲ့ ကူညီစောင့်ရှောက်မှု လျှောက်လွှာ ပေးပို့ပါမည်။ စာသင်နှစ်တစ်နှစ်လျှင် တစ်ကြိမ်သာ ရရှိနိုင်ပြီး ရောဂါကြိုတင်ကာကွယ်ရေး စောင့်ရှောက်မှုအတွက်သာ ဖြစ်ပါသည်။)

သင့်ကလေးတွင် ပုံမှန်ပြသနေကျ သွားဆရာဝန်ရှိပြီး ထိုဆရာဝန်နှင့်ပင် ဆက်လက်ကုသလိုပါက ထိုအတိုင်း ဆက်လက်ဆောင်ရွက်ပါ။

ဖတ်ရှုပြီး အောက်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးပါ

ကျွန်ုပ်တို့သည် အထက်ဖော်ပြပါ ကလေး၏ အုပ်ထိန်းသူ သို့မဟုတ် တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ ဖြစ်သည်နှင့်အညီ၊ Jessica Marn, DDS, Dental Outreach PLLC (ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ)၊ ၎င်းနှင့် ဆက်သွယ်သော သွားဆရာဝန်များနှင့် သွားဘက်ဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးကျင့်သုံးမှုများကို ကျောင်းတွင် သွားကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုပေးရန် နားလည်သဘောတူ ခွင့်ပြုပါသည်။ ၎င်းတွင် စစ်ဆေးခြင်း၊ သန့်ရှင်းရေးလုပ်ခြင်း၊ ဖလိုရိုက်၊ သွားပိုးစားခြင်းကာကွယ်ဆေး၊ ဓာတ်မှန်နှင့် လိုအပ်ပါက SILVER DIAMINE FLUORIDE ထည့်ခြင်း တို့ပါဝင်သည်။ (Silver Diamine Fluoride အသုံးပြုခြင်းသည် သွားပိုးစားနေသော နေရာများကို အညိုရောင် သို့မဟုတ် အနက်ရောင်သို့ အရောင်ပြောင်းသွားစေနိုင်ပါသည်။ အသေးစိတ်ကို ကျောက်ဘက်တွင် ကြည့်ပါ။) ထို့အပြင် သွားဖာခြင်း၊ ပြဿနာရှိသော ကလေးသွားများကို နုတ်ခြင်း၊ သွားအရှိကြောကုသခြင်း (ကလေးသွား အရှိကြော ကုသမှု၊ ထုံဆေးပေးခြင်းနှင့် အခြားလုပ်ထုံးလုပ်နည်းများ) ကို ဆောင်ရွက်ရန် ခွင့်ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် အထက်ပါ အရေးကြီးသော ကျန်းမာရေးမေးခွန်းများကို ဖတ်ရှုပြီးဖြစ်ကာ ကလေး၏ ကျန်းမာရေးတွင် ထူးခြားသော ပြောင်းလဲမှုများ ရှိပါက 855-481-8639 သို့ အကြောင်းကြားပါမည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် ဤစာမျက်နှာ၏ ကျောက်ဘက်ရှိ အရေးကြီးသော အသိပေးချက်နှင့် သဘောတူညီချက်များကို ဖတ်ရှုပြီးဖြစ်ကာ ၎င်းပါ စည်းကမ်းချက်များကို နားလည်သဘောတူပါသည်။

သင့်၏ ကိုယ်ရေးအချက်အလက်
လိုအပ်သည့် ကျေးဇူးပြု၍
ခေါက်ပြီး လိုအပ်သော ပုံစံပေးပါ။



ဤနေရာတွင် လက်မှတ်ထိုးပြီး
ရက်စွဲ တပ်ပါ

ဤခွင့်ပြုချက်သည် ကနဦးသွားရောက်ပြသမှုနှင့် နောင်လာမည့်
ပြသမှုများအားလုံးအတွက် အကျိုးဝင်ပါသည်။

ရက်စွဲ

မေးခွန်းများ - 855-481-8639 ဖက်စ် - 888-330-4331 mobiledentists.com တွင် ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုနိုင်ပါသည်

Jessica Marn, DDS & Dental Director
Jessica Marn, DDS, Dental Outreach PLLC, 9465 Counselors Row, Suite 200, Indianapolis, IN 46240
© Jessica Marn, DDS, Dental Outreach PLLC, 2026

အရေးကြီးသော အသိပေးချက်နှင့် သဘောတူညီချက်

ကျွန်ုပ်တို့သည် အထက်ပါကလေး၏ အုပ်ထိန်းသူ သို့မဟုတ် တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူဖြစ်သည့်အလျောက် Jessica Marn, DDS, Dental Outreach PLLC (ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ) နှင့် ၎င်း၏လက်အောက်ခံ သွားဆရာဝန်များ၊ သွားဘက်ဆိုင်ရာ ကျွမ်းကျင်သူများကို အောက်ပါဝန်ဆောင်မှုများပေးရန် နားလည်သဘောတူ ခွင့်ပြုပါသည်။ သွားစစ်ဆေးခြင်းနှင့် ခံတွင်းသန့်ရှင်းရေး လမ်းညွှန်မှု၊ သွားသန့်ရှင်းရေးလုပ်ခြင်း၊ ဖလိုရိုက်ကုထုံးပေးခြင်း၊ ဓာတ်မှန်ရိုက်ခြင်းနှင့် သွားပိုးစားခြင်း ကာကွယ်ဆေးများ ထည့်ခြင်းတို့အပြင် သွားပိုးစားခြင်းကို တားဆီးကုသရန် Silver Diamine Fluoride အသုံးပြုခြင်းတို့ကို ခွင့်ပြုပါသည်။ ထို့အပြင် သွားဆရာဝန်မှ လိုအပ်သလို သွားဖာခြင်း၊ သွားစွပ် စွပ်ခြင်း၊ ပြဿနာရှိသော နို့သွားများကို နုတ်ခြင်း၊ သွားအာရုံကြောကုသခြင်း (ကလေးသွား အာရုံကြော ကုသမှု)၊ သွားများအတွက် နေရာထိန်းကိရိယာများ တပ်ဆင်ခြင်း သို့မဟုတ် အခြားလိုအပ်သော သွားဘက်ဆိုင်ရာ ကုသမှုများကို လုပ်ဆောင်ရန် ခွင့်ပြုပါသည်။ သွားကုသမှုတွင် ကုသမှုကြောင့် သို့မဟုတ် ထိုဆေးထိုးခြင်းကြောင့် ဖြစ်ပေါ်လာနိုင်သော ရောင်ရမ်းခြင်း၊ နာကျင်ခြင်း သို့မဟုတ် ဓာတ်မတည့်ခြင်း တို့ပြန်မှု ကဲ့သို့သော အန္တရာယ်များ ရှိနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့နားလည်ပါသည်။ (ကုသမှု၏ ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးများနှင့် အခြားရွေးချယ်စရာ ကုသမှုများ အကြောင်း အသေးစိတ် သိရှိလိုပါက ပေးထားသော ဖုန်းနံပါတ်သို့ ခေါ်ဆိုပါ။) ကလေး၏ သွားစစ်ဆေးမှုအချို့ကို အဝေးရောက်စနစ်ဖြင့် လုပ်ဆောင်နိုင်ပြီး ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ (ဥပမာ - ဓာတ်မှန်များ) ကို သွားဆရာဝန်မှ စစ်ဆေးအကဲဖြတ်နိုင်ရန် အခြားနေရာတစ်ခုသို့ အီလက်ထရွန်နစ်စနစ်ဖြင့် ပေးပို့နိုင်ကြောင်း နားလည်ပါသည်။ ဤအဝေးရောက် သွားကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုကို ကျွန်ုပ်တို့ သဘောတူပါသည်။ လျှို့ဝှက်ချက် ထိန်းသိမ်းခြင်းဆိုင်ရာ ကာကွယ်မှုများ ရှိသော်လည်း ပြင်ပအဖွဲ့အစည်း၏ အီလက်ထရွန်နစ် ဆက်သွယ်ရေးစနစ်များကို အသုံးပြုခြင်းကြောင့် ကိုယ်ရေးအချက်အလက် လုံခြုံမှုဆိုင်ရာ ထပ်ဆောင်းစိုးရိမ်ရမှုများ ရှိနိုင်ကြောင်းကိုလည်း နားလည်ပါသည်။ အဝေးရောက် သွားကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုနှင့် သက်ဆိုင်သော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ကြည့်ရှုခွင့်ရှိကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့နားလည်ပါသည်။ Medicaid၊ အာမခံ သို့မဟုတ် အခြားငွေပေးချေမှု အဖွဲ့အစည်းများထံမှ ကုသခွင့် တောင်းခံရန်နှင့် သိမ်းဆည်းရန် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူအား လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးပါသည်။ ကုသခွင့် တောင်းခံနိုင်ရန်အတွက် ကျွန်ုပ်တို့ကလေး၏ အာမခံအချက်အလက်များကို ဝန်ဆောင်မှုပေးသူနှင့် ၎င်း၏ ငွေတောင်းခံသူ ကိုယ်စားလှယ်ထံသို့ ကျောင်းမှ လွှဲပြောင်းပေးအပ်ရန် ခွင့်ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့ ပုဂ္ဂလိက သွားဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံရုံပါက အာမခံမူပေးချေသော ကနဦး ပေးချေရမည့် ပမာဏ နှင့်/သို့မဟုတ် ကြိုတင်သတ်မှတ်ထားသော ဝေစုပေးချေမှုများကို ပေးဆောင်ရန် သဘောတူပါသည်။ ကျောင်းတွင်း သွားဆရာဝန်ဖြင့် ကုသခြင်းသည် သင့်ကလေး၏ ပုဂ္ဂလိကအာမခံ၊ Medicaid သို့မဟုတ် CHIP အောက်တွင် နောင်ရရှိမည့် အကျိုးခံစားခွင့်များကို ထိခိုက်စေနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့ကလေးတို့ တက်ရောက်ရန် ကြိုတင်စီစဉ်ထားခြင်း မရှိပါက သို့မဟုတ် ကုသချိန်တွင် ရောက်ရှိမနေပါက ဝန်ဆောင်မှုများကို ကျွန်ုပ်တို့မပါဘဲ လုပ်ဆောင်ပေးမည် ဖြစ်ပါသည်။ ကျောင်းတွင်း သွားကျန်းမာရေး အစီအစဉ်နှင့် ပတ်သက်၍ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူဘက်မှ စာတိုမက်ဆေ့ချ် ပေးပို့ခြင်းကို ကျွန်ုပ်တို့သဘောတူပါသည်။ စာတိုမက်ဆေ့ချ် ပေးပို့ခြင်းသည် လုံခြုံစိတ်ချရသော ဆက်သွယ်ရေးစနစ် မဟုတ်ကြောင်းနှင့် ကိုယ်ရေးအချက်အလက် လုံခြုံမှုဆိုင်ရာ ထပ်ဆောင်းစိုးရိမ်ရမှုများ ရှိနိုင်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ်တို့သိရှိနားလည်ပါသည်။ (စာတိုမက်ဆေ့ချ် နှင့်/သို့မဟုတ် ဒေတာအသုံးပြုမှုများကို သင့်ဖုန်းအော်ပရေတာမှ ကောက်ခံနိုင်ပါသည်။ မက်ဆေ့ချ်များ ဖြတ်တောက်လိုပါက ကျွန်ုပ်တို့ထံမှ ရရှိသော မက်ဆေ့ချ်ကို "STOP" ဟု ပြန်လည်ပေးပို့၍ ရပ်ဆိုင်းနိုင်ပါသည်။ ဤခွင့်ပြုချက်ပုံစံတွင် ပေးထားသော ကြိုးဖုန်း နှင့်/သို့မဟုတ် လက်ကိုင်ဖုန်းနံပါတ်များသို့ ကျောင်းတွင်း သွားကျန်းမာရေး အစီအစဉ်နှင့် သက်ဆိုင်သော ကြိုတင်အသိပေးထားသည့် ဖုန်းခေါ်ဆိုမှုများ နှင့်/သို့မဟုတ် အလိုအလျောက် ခေါ်ဆိုသည့် စနစ်များဖြင့် ဆက်သွယ်လာခြင်းကိုလည်း သင် သဘောတူပါသည်။) ကျွန်ုပ်တို့သည် ဤပုံစံတွင် ပူးတွဲပါရှိသော ကိုယ်ရေးအချက်အလက် လုံခြုံမှုဆိုင်ရာ ကျင့်ထုံးများ (NPP) အသိပေးချက်ကို ရရှိပြီးဖြစ်ကာ ကျွန်ုပ်တို့ကလေး၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ မှတ်တမ်းအချက်အလက်များကို ထုတ်ပေးရန် သဘောတူပါသည်။ ၎င်းတွင် အခြားဝန်ဆောင်မှုပေးသူများထံမှ ရရှိသော မှတ်တမ်းများ၊ HIV/AIDS၊ ကူးစက်ရောဂါ၊ လိင်မှတစ်ဆင့် ကူးစက်တတ်သော ရောဂါ၊ မူးယစ်ဆေးနှင့် အရက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များနှင့် သွေးအားနည်းရောဂါဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ ပါဝင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ကလေးအား ကုသမှုပေးခြင်း၊ ဝန်ဆောင်ခ ငွေတောင်းခံခြင်းနှင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လုပ်ငန်းလည်ပတ်ခြင်းဆိုင်ရာ ကိစ္စရပ်များတွင် အသုံးပြုရန်နှင့် ထုတ်ဖော်ပြောဆိုရန်အတွက် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူဘက်မှ အဆိုပါအချက်အလက်များကို သက်ဆိုင်ရာ ငွေပေးချေသူ နှင့်/သို့မဟုတ် စီမံခန့်ခွဲမှု ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများနှင့် ၎င်းတို့၏ လက်အောက်ခံ ကန်ထရိုက်တာများထံသို့ ထုတ်ပေးရန် ကျွန်ုပ်တို့ခွင့်ပြုပါသည်။ ဤလက်မှတ်ရေးထိုးထားသော သဘောတူညီချက်သည် ကျွန်ုပ်တို့ကလေး၏ ကနဦးနှင့် နောင်လာမည့် သွားဘက်ဆိုင်ရာ ပြဿနာများအားလုံးအတွက် ခွင့်ပြုပါသည်။ ဤခွင့်ပြုချက်ကို မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို စာဖြင့် ရေးသား၍ ရုတ်သိမ်းနိုင်ပါသည်။

Silver Diamine Fluoride (SDF) - သွားပိုးစားခြင်းကို တိုက်ဖျက်မည့် သွားဘက်ဆိုင်ရာ ကုသမှုအသစ်

SDF ၏အကျိုးကျေးဇူးများ- ကလေးများတွင် သွားပိုးစားခြင်းမှာ အဖြစ်များသော်လည်း ယခုအခါ ကျွန်ုပ်တို့၏ သွားဆရာဝန်များတွင် သမားရိုးကျ သွားဖောက်စက်ဖြင့် ကုသသည့်နည်းလမ်းအစား ဘေးကင်းပြီး မနာကျင်စေသော Silver Diamine Fluoride (SDF) ဟုခေါ်သည့် အခြားရွေးချယ်စရာ ကုသမှုနည်းလမ်း ရှိနေပြီဖြစ်သည်။ SDF သည် FDA အသိအမှတ်ပြု ပိုးသတ်ဆေးရည်တစ်မျိုးဖြစ်ပြီး သွားပိုးစားခြင်း မဖြစ်ပေါ်စေရန်၊ မကြီးထွားလာစေရန်နှင့် အခြားသွားများသို့ မပြန့်ပွားစေရန် ကူညီပေးသည်။ သွားဆရာဝန်သည် SDF ဆေးရည်ကို အနောက်ဘက်သွားများပေါ်တွင်သာ ရှိရှင်းစွာ သုတ်လိမ်းပေးမည် ဖြစ်ပါသည်။

အခြားရွေးချယ်စရာများ

- ကုသမှု မခံယူခြင်း - သွားသည် ဆက်လက်ပိုးစားနေနိုင်ပြီး နာကျင်မှုကို ဖြစ်စေနိုင်ပါသည်။
- အခြားရွေးချယ်စရာများ - ဖလိုရိုက်ဆေးရည် သုတ်ခြင်း၊ သွားဖာခြင်း သို့မဟုတ် သွားစွပ်ခြင်း နှင့် သွားနုတ်ခြင်းတို့ ဖြစ်ပါသည်။

အန္တရာယ်များ

- SDF ကုသမှုသည် သမားရိုးကျ သွားဖာရန် လိုအပ်မှုကို လုံးဝဖယ်ရှားပေးနိုင်မည် မဟုတ်ပါ။
- SDF သည် သွားပိုးစားနေသော နေရာကို အညိုရောင် သို့မဟုတ် အနက်ရောင်သို့ အရောင်ပြောင်းသွားစေခြင်းမှာ ပုံမှန်သောဖြစ်ပြီး ၎င်းသည် ဆေးအာနိသင် ထိရောက်နေခြင်းကို ဆိုလိုပါသည်။
- သွား၏ ကျန်းမာသော အစိတ်အပိုင်းများတွင် အရောင်စွဲထင်ကျန်ရစ်မည် မဟုတ်ပါ။

- SDF သည် အရေပြားနှင့် ထိတွေ့မိပါက ယာယီအားဖြင့် အရောင်စွဲခြင်း ဖြစ်စေနိုင်ပါသည်။ အဆိုပါ အရောင်စွဲခြင်းမှာ ဘေးဥပဒ်မရှိဘဲ တစ်ပတ်အတွင်း ပြန်လည်ပျောက်ကွယ်သွားပါလိမ့်မည်။
- SDF ကြောင့် ပါးစပ်ထဲတွင် သတ္တုအရသာကဲ့သို့ ယာယီ ခံစားရနိုင်ပါသည်။



သွားပိုးစားခြင်း



SDF အသုံးပြုခြင်း



မေးမြန်းလိုသည်များ ရှိပါသလား။ ကျွန်ုပ်တို့၏ စောင့်ရှောက်မှု ညှိနှိုင်းရေးမှူးများထံသို့ 855-481-8639 နံပါတ်ဖြင့် ခေါ်ဆိုပါ။

သင့်မှတ်တမ်းအတွက် သိမ်းဆည်းထားပါ

JESSICA MARN, DDS, DENTAL DIRECTOR

Theresa Alexander, DDS, Marshall Belmer, DDS, Virginia Faulkner, DDS, Rachel Goad, DDS, Paul Hillis, DDS, David Keens-Douglas, DDS, James Krol, DDS, Hector Soria, DDS, John Stewart, DDS, Mark Van Buskirk, DDS, Gregory Velligan, DDS

ကိုယ်ရေးအချက်အလက် လုံခြုံမှုဆိုင်ရာ ကျင့်ထုံးများ အသိပေးချက်

ဤအသိပေးချက်တွင် သင့်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို မည်သို့အသုံးပြုမည်၊ ထုတ်ဖော်မည်နှင့် အဆိုပါအချက်အလက်များကို သင် မည်သို့ ရယူကြည့်ရှုနိုင်မည်ဟူသော အချက်များကို ဖော်ပြထားပါသည်။ ကျေးဇူးပြု၍ သေချာစွာ ဖတ်ရှုစစ်ဆေးပေးပါ။ သင့်မှတ်တမ်းအတွက် သိမ်းဆည်းထားပါ

ကျွန်ုပ်တို့၏ ဥပဒေကြောင်းအရ တာဝန်ရှိမှု

သင်၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ၏ လုံခြုံမှုသည် ကျွန်ုပ်တို့အတွက် အလွန်အရေးကြီးပါသည်။ သက်ဆိုင်ရာ ဖက်ဒရယ်နှင့် ပြည်နယ်ဥပဒေများအရ သင်၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို လုံခြုံစွာ ထိန်းသိမ်းထားရန် ကျွန်ုပ်တို့တွင် တာဝန်ရှိပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ ကိုယ်ရေးအချက်အလက် လုံခြုံမှုဆိုင်ရာ ကျင့်ထုံးများ၊ ဥပဒေကြောင်းအရ တာဝန်ရှိမှုများနှင့် သင်၏ ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များနှင့် ပတ်သက်သော သင်၏ ရပိုင်ခွင့်များ အကြောင်း ဤအသိပေးချက်ကို သင့်ထံ တင်ပြရန်လည်း လိုအပ်ပါသည်။ ဤအသိပေးချက် အာဏာတည်နေသရွေ့ ၎င်းတွင် ဖော်ပြထားသော လုံခြုံမှုဆိုင်ရာ ကျင့်ထုံးများကို ကျွန်ုပ်တို့ လိုက်နာရမည် ဖြစ်သည်။ သင်၏ လုံခြုံမှု မရှိသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ ပေါက်ကြားမှု ဖြစ်ပေါ်ပါက သင့်ကို အကြောင်းကြားပါမည်။

သက်ဆိုင်ရာ ဥပဒေများမှ ခွင့်ပြုထားခြင်း ရှိပါက ကျွန်ုပ်တို့၏ လုံခြုံမှုဆိုင်ရာ ကျင့်ထုံးများနှင့် ဤအသိပေးချက်ပါ စည်းကမ်းချက်များကို မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို ပြောင်းလဲပိုင်ခွင့် ရှိပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ ကိုယ်ရေးအချက်အလက် လုံခြုံမှုဆိုင်ရာ ကျင့်ထုံးများနှင့် ဤအသိပေးချက်ပါ စည်းကမ်းချက်အသစ်များကို ပြောင်းလဲပိုင်ခွင့်ရှိပြီး အဆိုပါအပြောင်းအလဲများသည် အပြောင်းအလဲ မလုပ်မီက ဖန်တီးခဲ့သော သို့မဟုတ် လက်ခံရရှိခဲ့သော အချက်အလက်များ အပါအဝင် ကျွန်ုပ်တို့ ထိန်းသိမ်းထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်အားလုံး အပေါ် အကျိုးသက်ရောက်မှု ရှိစေမည် ဖြစ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ လုံခြုံမှုဆိုင်ရာ ကျင့်ထုံးများတွင် ကြီးမားသော အပြောင်းအလဲတစ်ခု မပြုလုပ်မီ ဤအသိပေးချက်ကို ပြောင်းလဲမည်ဖြစ်ပြီး အသိပေးချက်အသစ်ကို တောင်းဆိုလာပါက ရရှိနိုင်အောင် ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။

ဤအသိပေးချက်၏ မိတ္တူကို မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ လုံခြုံမှုဆိုင်ရာ ကျင့်ထုံးများနှင့်ပတ်သက်သော နောက်ထပ် အချက်အလက်များအတွက် သို့မဟုတ် ဤအသိပေးချက်၏ နောက်ထပ်မိတ္တူများအတွက် ဤအသိပေးချက်၏ အဆုံးတွင် ဖော်ပြထားသော အချက်အလက်များကို အသုံးပြု၍ ကျွန်ုပ်တို့ကို ဆက်သွယ်ပါ။

ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုခြင်းနှင့် ထုတ်ဖော်ခြင်း
ကျွန်ုပ်တို့သည် သင်၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ကုသမှုပေးခြင်း၊ ငွေတောင်းခံခြင်းနှင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လုပ်ငန်းလည်ပတ်ခြင်းဆိုင်ရာ ကိစ္စရပ်များအတွက် အသုံးပြုခြင်းနှင့် ထုတ်ဖော်ခြင်းများ ပြုလုပ်ပါသည်။ ဥပမာ -

ကုသမှု - ကျွန်ုပ်တို့သည် သင်၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို သင့်အား ကုသမှုပေးနေသော ဆရာဝန်၊ ကျောင်းသူနာပြု/ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ညီညွှတ်ရေးမှူး သို့မဟုတ် အခြားသော ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ပေးသူများထံသို့ အသုံးပြုခြင်း သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ခြင်းများ ပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။

ငွေတောင်းခံခြင်း - ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်အား ပေးအပ်ခဲ့သော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကုသရေး ရရှိနိုင်ရန် သင်၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုခြင်းနှင့် ထုတ်ဖော်ခြင်းများ ပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။

ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လုပ်ငန်းလည်ပတ်ခြင်း - ကျွန်ုပ်တို့သည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကျွမ်းကျင်ပညာရှင်များ၏ အရည်အချင်း သို့မဟုတ် လုပ်ငန်းကျွမ်းကျင်မှုကို ပြန်လည်စစ်ဆေးခြင်းနှင့် ကုသမှုပေးသူများ၏ စွမ်းဆောင်ရည်ကို အကဲဖြတ်ခြင်း ကဲ့သို့သော လုပ်ငန်းလည်ပတ်မှုဆိုင်ရာ ကိစ္စရပ်များတွင် သင်၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုခြင်းနှင့် ထုတ်ဖော်ခြင်းများ ပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။

သင်၏ ခွင့်ပြုချက် - ဤအသိပေးချက်တွင် ဖော်ပြထားခြင်း မရှိသော အချက်အလက် အသုံးပြုမှု သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်မှုများကို သင်၏ စာဖြင့် ရေးသားထားသော ခွင့်ပြုချက်ဖြင့်သာ လုပ်ဆောင်နိုင်ပါသည်။ ထို့အပြင် သင်၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ရောင်းချရန် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့ဘက်မှ အကျိုးအမြတ် ရယူ၍ ကုန်ပစ္စည်းနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများအား ဈေးကွက်မြှင့်တင်ရန်အတွက် သင်၏ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုခြင်း သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ခြင်းများ ပြုလုပ်ရန် သင်၏ စာဖြင့် ရေးသားထားသော ခွင့်ပြုချက်ကို ရယူရမည် ဖြစ်သည်။ သင်သည် ကျွန်ုပ်တို့အား ခွင့်ပြုချက် ပေးထားပြီးပါက အဆိုပါ ခွင့်ပြုချက်ကို မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို စာဖြင့် ရေးသား၍ ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းနိုင်ပါသည်။ သင်၏ ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းမှုသည် ခွင့်ပြုချက် အာဏာတည်နေစဉ်အတွင်း ဆောင်ရွက်ခဲ့သော အချက်အလက် အသုံးပြုမှု သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်မှုများအပေါ် သက်ရောက်မှု ရှိမည်မဟုတ်ပါ။ သင်၏ စာဖြင့် ရေးသားထားသော ခွင့်ပြုချက် မရှိဘဲ ဤအသိပေးချက်တွင် ဖော်ပြထားသော အကြောင်းရင်းများမှလွဲ၍ အခြားမည်သည့် အကြောင်းကြောင့်မျှ သင်၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုခြင်း သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ခြင်းများ ပြုလုပ်မည် မဟုတ်ပါ။

သင်၏ မိသားစု၊ သူငယ်ချင်းများနှင့် သင့်အား ပြုစုစောင့်ရှောက်ပေးနေသူများသို့ - သင်၏ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု သို့မဟုတ် ဆေးကုသမှု ငွေပေးချေမှုများတွင် ကူညီပေးနိုင်ရန်အတွက် လိုအပ်သည့် အတိုင်းအတာ အထိ သင်၏ မိသားစုဝင်၊ သို့မဟုတ် သင့်အား ပြုစုစောင့်ရှောက်ပေးနေသည့် အခြားသူများထံသို့ သင်၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ထုတ်ဖော်ပြောဆိုနိုင်ပါသည်။ သဘာဝဘေးအန္တရာယ် ကျရောက်ချိန်တွင် လူပုဂ္ဂိုလ်များကို ရှာဖွေရာတွင် ကူညီနိုင်ရန်အတွက် သင်၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ဘေးအန္တရာယ်ဆိုင်ရာ ကူညီကယ်ဆယ်ရေး အဖွဲ့အစည်းများထံ ထုတ်ဖော်ပြောဆိုနိုင်သည်။ သင်၏ တည်နေရာ၊ ယေဘုယျ ကျန်းမာရေးအခြေအနေ သို့မဟုတ် သေဆုံးမှုတို့နှင့် ပတ်သက်၍ သင်၏ မိသားစုဝင်၊ ကိုယ်စားလှယ် သို့မဟုတ် သင့်အား ပြုစုစောင့်ရှောက်ရန် တာဝန်ရှိသူတစ်ဦးထံ အကြောင်းကြားရန် သို့မဟုတ် အကြောင်းကြားရာတွင် ကူညီရန် သင်၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုခြင်း သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ခြင်းများ ပြုလုပ်နိုင်သည်။ အထက်ဖော်ပြပါ အခြေအနေများတွင် သင်၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို မိသားစုဝင်များ သို့မဟုတ် အခြားသူများထံ ထုတ်ဖော်ပြောဆိုခြင်းကို မပြုလုပ်လိုပါက ကျွန်ုပ်တို့၏ HIPAA အရာရှိထံသို့ 888-833-8441 ဖုန်းနံပါတ်ဖြင့် အကြောင်းကြားပေးပါ။

ဥပဒေအရ လိုအပ်ချက် - ဥပဒေအရ လိုအပ်ချက်ရှိလာပါက သင်၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုခြင်း သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ခြင်းများ ပြုလုပ်နိုင်သည်။

အများပြည်သူ ဘေးကင်းလုံခြုံရေး - ရှာဖွေစရမ်း သို့မဟုတ် တရားရုံး၏ ဆင့်ခေါ်စာများကို တုံ့ပြန်ရန်၊ လူပုဂ္ဂိုလ် တစ်ဦးအား မည်သူသည်ပါဖြစ်ကြောင်း ခွဲခြားသတ်မှတ်ရန် သို့မဟုတ် ရှာဖွေရာတွင် ရဲတပ်ဖွဲ့အား ကူညီရန်၊ ရာဇဝတ်မှုကြောင့် သေဆုံးခြင်းများကို အစီရင်ခံရန်နှင့် ကျွန်ုပ်တို့၏ လုပ်ငန်းခွင်အတွင်း ဖြစ်ပွားသော ရာဇဝတ်မှုများကို တိုင်ကြားရန် ကဲ့သို့ သင်၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ဥပဒေစိုးမိုးရေး အရာရှိများထံ ထုတ်ဖော်ဖော်ပြရန် လိုအပ်နိုင်ပါသည်။

ညှဉ်းပန်းနှိပ်စက်မှု သို့မဟုတ် လျစ်လျူရှုမှု - သင်သည် ညှဉ်းပန်းနှိပ်စက်ခံရသူ၊ လျစ်လျူရှုခံရသူ၊ အိမ်တွင်း အကြမ်းဖက်ခံရသူ သို့မဟုတ် အခြားသော ရာဇဝတ်မှု တစ်ခုခု၏ နစ်နာသူ ဖြစ်နိုင်သည်ဟု ကျွန်ုပ်တို့ ခိုင်လုံစွာ ယုံကြည်ပါက သင်၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို သက်ဆိုင်ရာ အာဏာပိုင်များထံ ထုတ်ဖော်ပြောဆိုနိုင်ပါသည်။ သင်၏ ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် ဘေးကင်းလုံခြုံမှု သို့မဟုတ် အခြားသူများ၏ ကျန်းမာရေး

သို့မဟုတ် ဘေးကင်းလုံခြုံမှုကို ထိခိုက်စေနိုင်သော ကြီးမားသည့် ခြိမ်းခြောက်မှုများကို တားဆီးရန် လိုအပ်သည့် အတိုင်းအတာအထိ သင်၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ထုတ်ဖော်ပြောဆိုနိုင်ပါသည်။

ရက်ချိန်းသတ်ပေးချက်များ - သင့်အား ရက်ချိန်းသတ်ပေးချက်များ ပေးပို့ရန်အတွက် (ဥပမာ - အသိမက်ဆွေချ၊ ပို့စကတ်၊ စာ၊ အီးမေးလ် သို့မဟုတ် စာတိုက်မက်ဆေ့ချ်များ) သင်၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုခြင်း သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ခြင်းများ ပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။

ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ကြီးကြပ်ကွပ်ကဲမှု လုပ်ငန်းစဉ်များ - ဥပဒေအရ ခွင့်ပြုထားသော လုပ်ငန်းစဉ်များအတွက် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ကျန်းမာရေး ကြီးကြပ်ကွပ်ကဲမှု အေဂျင်စီထံသို့ ကျွန်ုပ်တို့ ထုတ်ဖော်ပြောဆိုနိုင်သည်။ အဆိုပါ ကြီးကြပ်ကွပ်ကဲမှု လုပ်ငန်းစဉ်များတွင် ဥပမာအားဖြင့် စာရင်းစစ်ဆေးခြင်း၊ စုံစမ်းစစ်ဆေးခြင်း၊ ကွင်းဆင်းစစ်ဆေးခြင်းနှင့် လိုင်စင်ဆိုင်ရာ စစ်တမ်းကောက်ယူခြင်းများ ပါဝင်သည်။ အစိုးရအနေဖြင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုစနစ်၊ ရောဂါကူးစက်ပြန့်ပွားမှု၊ အစိုးရစီမံကိန်းများ၊ နိုင်ငံသားအခွင့်အရေးဆိုင်ရာ ဥပဒေများ လိုက်နာမှုတို့ကို စောင့်ကြည့်ရန်နှင့် လူနာများ၏ ကျန်းမာရေး ရလဒ်များကို မြှင့်တင်ရန်အတွက် ဤလုပ်ငန်းစဉ်များမှာ လိုအပ်သည်။

တရားစွဲဆိုမှုများနှင့် အငြင်းပွားမှုများ - တရားရုံး သို့မဟုတ် စီမံခန့်ခွဲမှုဆိုင်ရာ အမိန့်များကို တုံ့ပြန်ရန် အတွက် သင်၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ထုတ်ဖော်ပြောဆိုနိုင်သည်။ တရားရုံးဆင့်ခေါ်စာ၊ အချက်အလက်တောင်းခံမှု သို့မဟုတ် အခြားသော ဥပဒေကြောင်းအရ လုပ်ငန်းစဉ်များကို တုံ့ပြန်ရန်အတွက်လည်း သင်၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ထုတ်ဖော်ပြောဆိုနိုင်ပါသည်။

အခြားသော အသုံးပြုမှုများနှင့် ထုတ်ဖော်မှုများ။ ဥပဒေအရ ခွင့်ပြုထားခြင်း သို့မဟုတ် လိုအပ်ချက်ရှိခြင်းတို့အရ ကျွန်ုပ်တို့သည် သင်၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို သုတေသန လုပ်ငန်းများအတွက်၊ အင်္ဂလိအစိတ်အပိုင်း လှူဒါန်းခြင်းနှင့် အစားထိုးကုသခြင်းများကို ကိုင်တွယ်ဆောင်ရွက်သည့် အဖွဲ့အစည်းများအတွက်၊ အလုပ်ခွင်အတွင်း ထိခိုက်ဒဏ်ရာရမှု သို့မဟုတ် ဖျားနာမှုများအတွက် အကျိုးခံစားခွင့်များ ပေးအပ်သည့် အလုပ်သမားလျော်ကြေးပေးရေး ဥပဒေများ သို့မဟုတ် အလားတူအစီအစဉ်များကို လိုက်နာစေရန်အတွက်၊ ရောဂါ၊ ထိခိုက်ဒဏ်ရာရမှု သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုများကို ကာကွယ်ရန် သို့မဟုတ် ထိန်းချုပ်ရန် ကဲ့သို့သော ပြည်သူ့ကျန်းမာရေး လုပ်ငန်းစဉ်များအတွက်၊ ဆေးဝါးများကြောင့် ဘေးတွက်ဆိုးကျိုး ခံစားရမှုများ သို့မဟုတ် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ထုတ်ကုန်ပစ္စည်းများ၏ ပြဿနာများကို အစီရင်ခံ တိုင်ကြားရန်အတွက်၊ လူနာများ အသုံးပြုနေနိုင်သည့် ထုတ်ကုန်ပစ္စည်းများကို ပြန်လည်သိမ်းဆည်းခြင်းများ ရှိပါက အကြောင်းကြားရန်အတွက်၊ ရောဂါပိုးနှင့် ထိတွေ့မှု သို့မဟုတ် ရောဂါကူးစက်နိုင်ခြေ သို့မဟုတ် ပြန့်ပွားစေနိုင်ခြေရှိသူကို အကြောင်းကြားရန်အတွက်၊ သေဆုံးသူ မည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်း ခွဲခြားရန် သို့မဟုတ် သေဆုံးရသည့် အကြောင်းရင်းကို ဆုံးဖြတ်ရန်အတွက် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ စစ်ဆေးသူများထံသို့လည်းကောင်း၊ နာရေးကူညီမှု လုပ်ငန်းများကို ဆောင်ရွက်နိုင်ရန်အတွက် နာရေးကူညီမှု ဒါရိုက်တာများထံသို့လည်းကောင်း အချက်အလက်များကို ထုတ်ဖော်ပေးနိုင်ပါသည်။

လူနာ၏ ရပိုင်ခွင့်များ
ရယူကြည့်ရှုခွင့် - ကန့်သတ်ထားသော ခြင်းချက်အချို့မှလွဲ၍ သင်၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ကြည့်ရှုခွင့် သို့မဟုတ် မိတ္တူရယူခွင့် ရှိပါသည်။ သင်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို ရယူရန် စာဖြင့် ရေးသားတောင်းဆိုမှုမည်ဖြစ်ပြီး ဤအသိပေးချက်၏ အဆုံးတွင် ဖော်ပြထားသော ဖက်စံနိပါတ်သို့ ပေးပို့ရမည် ဖြစ်ပါသည်။

ထုတ်ဖော်မှု မှတ်တမ်း တောင်းခံခွင့် - ကျွန်ုပ်တို့ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့နှင့် ဆက်စပ်လုပ်ကိုင်သူများမှ သင်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို ထုတ်ဖော်ခဲ့သည့် စာရင်းအချို့ကို တောင်းခံပိုင်ခွင့် ရှိပါသည်။ 12 လတာ ကာလအတွင်း ဤမှတ်တမ်းကို တစ်ကြိမ်ထက်ပို၍ တောင်းခံပါက ထပ်မံတောင်းဆိုမှုများအတွက် ကျသင့်သော ဝန်ဆောင်ခကို ကျွန်ုပ်တို့ ကောက်ခံနိုင်ပါသည်။

ကန့်သတ်ချက် - သင်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို အသုံးပြုခြင်း သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ခြင်းအား ကန့်သတ်ပေးရန် တောင်းဆိုပိုင်ခွင့် ရှိပါသည်။ သင်၏ တောင်းဆိုချက်ကို ကျွန်ုပ်တို့ဘက်မှ လိုက်နာဆောင်ရွက်ပေးရန် တာဝန် မရှိပါ။ သို့သော် အချက်အလက် ထုတ်ဖော်မှုသည် သင်၏ ကျန်းမာရေးအာမခံအစီအစဉ်အတွက် ဖြစ်ခြင်း၊ သင်သည် သင်၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု စရိတ်ခံကုသမှုများကို အပြည့်အဝ ပေးချေပြီးခြင်း၊ ထိုသို့ ထုတ်ဖော်မှုသည် ငွေပေးချေမှု သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လုပ်ငန်းစဉ်များနှင့် သက်ဆိုင်ခြင်းနှင့် ထိုသို့ထုတ်ဖော်ရန် ဥပဒေအရ အခြားနည်းလမ်းဖြင့် လိုအပ်ချက်မရှိခြင်း စသည့် အချက်များနှင့် ကိုက်ညီပါက ကျွန်ုပ်တို့ဘက်မှ လိုက်နာဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ သို့သော် ကျွန်ုပ်တို့ဘက်မှ ကန့်သတ်ချက်ကို သဘောတူခဲ့လျှင် (အရေးပေါ်အခြေအနေမှလွဲ၍) အဆိုပါ သဘောတူညီချက်အတိုင်း လိုက်နာပါမည်။

အခြားနည်းလမ်းဖြင့် ဆက်သွယ်ခြင်း - သင်၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များနှင့် ပတ်သက်၍ အခြားသော နည်းလမ်းဖြင့် ဖြစ်စေ သို့မဟုတ် သင်၏ စာဖြင့် တောင်းဆိုချက်တွင် ဖော်ပြထားသည့် အခြားသော တည်နေရာများသို့ ဖြစ်စေ ဆက်သွယ်ပေးရန် စာဖြင့် ရေးသားတောင်းဆိုပိုင်ခွင့် သင့်တွင် ရှိပါသည်။

ပြင်ဆင်ချက် - သင်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို ပြင်ဆင်ပေးရန် တောင်းဆိုပိုင်ခွင့် ရှိပါသည်။ တောင်းဆိုမှုကို စာဖြင့် ရေးသားရမည်ဖြစ်ပြီး အဘယ်ကြောင့် ပြင်ဆင်သင့်သည်ကို ရှင်းပြရပါမည်။ ကျွန်ုပ်တို့ဘက်မှ အခြေအနေအချို့အရ တောင်းဆိုမှုကို ငြင်းပယ်နိုင်ပါသည်။

အီလက်ထရွန်းနစ် အသိပေးချက် - သင်သည် ဤအသိပေးချက်ကို ဝတ်ဆိုင် သို့မဟုတ် အီလက်ထရွန်းနစ်မေးလ် (အီးမေးလ်) မှတ်တစ်လက်ခံရရှိခဲ့လျှင်လည်း တောင်းဆိုပါက ဤအသိပေးချက်ကို ရယူပိုင်ခွင့် ရှိပါသည်။

မေးခွန်းများနှင့် တိုင်ကြားမှုများ
ကျွန်ုပ်တို့၏ ကိုယ်ရေးအချက်အလက် လုံခြုံမှုဆိုင်ရာ ကျင့်ထုံးများနှင့် ပတ်သက်၍ နောက်ထပ် အချက်အလက်များ သိရှိလိုပါက သို့မဟုတ် မေးမြန်းလိုသည်များ၊ စုံစမ်းပုံစံမှုများ ရှိပါက ကျွန်ုပ်တို့ကို ဆက်သွယ်ပါ။ ကျွန်ုပ်တို့ဘက်မှ သင်၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ ရပိုင်ခွင့်များကို ချိုးဖောက်ခဲ့သည်ဟု စုံစမ်းရပါက ဤအသိပေးချက်၏ အဆုံးတွင် ဖော်ပြထားသော ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက်များကို အသုံးပြု၍ ကျွန်ုပ်တို့ထံ တိုင်ကြားနိုင်ပါသည်။ သင်သည် အမေရိကန် ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားချင်းစာနာမှု ဝန်ဆောင်မှုဌာန၏ နိုင်ငံသားအခွင့်အရေးဆိုင်ရာရုံးသို့ 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 သို့ စာရေးသားပေးပို့၍သော်လည်းကောင်း၊ 1-877-696-6775 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆို၍သော်လည်းကောင်း၊ သို့မဟုတ် www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints ဝတ်ဆိုင်သို့ ဝင်ရောက်၍သော်လည်းကောင်း တိုင်ကြားစာ တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။ သင်က ကျွန်ုပ်တို့ထံသို့ ဖြစ်စေ၊ အမေရိကန် ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားချင်းစာနာမှု ဝန်ဆောင်မှုဌာနသို့ ဖြစ်စေ တိုင်ကြားရန် ရွေးချယ်ခဲ့ပါက ကျွန်ုပ်တို့ဘက်မှ မည်သည့်နည်းလမ်းဖြင့်မျှ သက်တံ့ပြန်ခြင်း ပြုလုပ်မည် မဟုတ်ပါ။

ဆက်သွယ်ရန် အရာရှိ - HIPAA အရာရှိ
ဖုန်း - 888-833-8441
ဖက်စ် - 888-330-4331
အီးမေးလ် - HIPAAOfficer@mobiledentists.com
စတင်အကျိုးသက်ရောက်သည့် ရက်စွဲ - နိုဝင်ဘာလ 1 ရက် 2022