

الإشعار الهام والموافقة / IMPORTANT NOTICE & CONSENT

أفهم وأفوض جيسكا مارن، دكتوراه في جراحة الأسنان، Dental Outreach PLLC (مقدم الخدمة) وأطباء الأسنان التابعين لها أو مساعدي أطباء الأسنان بتقديم الخدمات التالية إلى الطفل المذكور أعلاه بصفتي الوالد الحاضن أو الوصي القانوني: تعليمات فحص الأسنان وصحة الفم وتنظيف الأسنان والعلاج بالفلورايد والأشعة السينية وحشو الأسنان، بالإضافة إلى استعمال فلوريد ثنائي أمين الفضة لعلاج تطور تسوس الأسنان. (قد يتسبب استخدام فلوريد ثنائي أمين الفضة في تغيير لون أي تجاويف إلى لون بني أو أسود). وأفوض أيضًا طبيب الأسنان بحشو أي تجاويف أو وضع تاج على السن، وخلع أي أسنان للطفل تسبب مشكلة أو إجراء خلع لثب (علاج أعصاب أسنان الطفل)، أو وضع حافظات المسافة أو إجراء أي علاج للأسنان إذا لزم الأمر وأفهم أن هناك مخاطر لعلاج الأسنان بما في ذلك التورم أو الألم الذي قد يحدث نتيجة العلاج أو حقن مخدر موضعي أو تفاعل حساسية. الحصول على المزيد من المعلومات بشأن مخاطر العلاج وبدائل العلاج، يرجى الاتصال على الرقم المذكور، وأفهم أنه قد يتم إجراء جزء من فحص أسنان طفلي عن بعد وأن المعلومات السريرية (مثل الأشعة السينية) قد يتم جمعها وإرسالها إلكترونياً إلى موقع آخر لتقييمها بواسطة طبيب الأسنان. وأوافق على خدمات طب الأسنان عن بُعد هذه وأفهم أنه أثناء تطبيق إجراءات حماية السرية، فإن استخدام عمليات الإرسال الإلكترونية بواسطة جهة خارجية قد يمثل مخاطر إضافية على الخصوصية، وأفهم أنني أملك الحق في الوصول إلى المعلومات الطبية المتعلقة بخدمات طب الأسنان عن بُعد. أفوض وأوجه مقدم الخدمة بفترة وتحصيل أي مبالغ من Medicaid أو التأمين أو جهة سداد أخرى. وأفوض مدرسة طفلي بتوفير معلومات التأمين الخاصة بطفلي لمقدم الخدمة ووكيل الفوترة الخاص به لتقديم الفواتير للجهة التي تتكفل بدفع مقابل الخدمات. إذا كان لدي تأمين أسنان خاص، فستتم محاسبتني وأوافق على دفع أي مدفوعات قابلة للاستقطاع وأ/أو تغطية جزئية. قد يؤثر العلاج عن طريق طبيب الأسنان في المدرسة على الاستحقاقات المستقبلية التي قد يحصل طفلك عليها بموجب التأمين الخاص أو CHIP أو Medicaid. ما لم أقم بإجراء ترتيبات مسبقة للحضور، وأتواجد أثناء تقديم الخدمة، فإنه سيتم تقديم الخدمات دون وجودي. وأوافق على قيام مقدم الخدمة بإرسال رسائل نصية حول برنامج علاج الأسنان في المدرسة. وأقر أنني أعلم أن الرسائل النصية ليست طريقة مراسلة آمنة وقد تتسبب في مخاطر إضافية فيما يتعلق بالخصوصية. (قد يتم فرض رسوم على الرسائل و/أو البيانات من قبل مزود الخدمة الخاصة بالخدمة الخاص بك؛ وللتوقف عن الاستلام، قم بالرد بكلمة "STOP" على أي رسالة تستلمها منا. وتوافق أيضاً على استقبال مكالمات هاتفية مسجلة مسبقاً و/أو اتصال تلقائي بتعلق ببرنامج الأسنان للمدارس على أرقام الخط الأرضي و/أو الهاتف الجوال المذكورة في استمارة الموافقة هذه). استلمت إشعار ممارسات الخصوصية (NPP) الملحق بهذه الاستمارة وأوافق على إفشاء معلومات السجل الطبي لطفلي، بما في ذلك السجلات التي يتم الحصول عليها من الجهات الأخرى. وأي إصابة بغيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والأمراض المعدية، والأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي والمخدرات والكحول. ومعلومات فقر الدم. وأفوض بإفشاء هذه المعلومات من قبل مقدم الخدمة لأي جهة سداد مسؤولة و/أو مزود الخدمة الأيضية والمتفاعلين معه من الباطن لأغراض الاستخدام والإفصاح المتعلق بعلاج طفلي ودفع مقابل الخدمات وعملية الرعاية الصحية. تاذن هذه الموافقة الموقعة بزيارات علاج الأسنان المبدئية لطفلي والزيارات المستقبلية. ويجوز لي سحب هذه الموافقة في أي وقت عن طريق الكتابة.

فلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF) - علاج أسنان جديد لمحاربة التسوس

مزايا فلوريد ثنائي أمين الفضة: تسوس الأسنان شائع جدًا بين الأطفال، لكن أطباء الأسنان داخل المدرسة يمتلكون الآن بديلاً آمناً وغير مؤلم لإجراءات تقب التسوس التقليدية يسمى فلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF). ويعد فلوريد ثنائي أمين الفضة سائل مضاد حيوي معتمد من إدارة الأغذية والعقاقير يستخدم للمساعدة في منع تكوين التسوس أو نموه أو انتشاره إلى أسنان أخرى. ويضعه طبيب الأسنان ببساطة على السن باستخدام الفرشاة.

المخاطر

- بدائل
- عدم تلقي علاج: قد يستمر السن في التسوس ويسبب الألم.
- خيارات أخرى: وضع مادة الفلورايد، حشوة أو تاج، أو خلع السن.

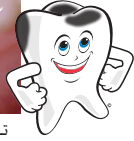
- قد لا يلغي العلاج باستخدام فلوريد ثنائي أمين الفضة الحاجة إلى الحشو التقليدي.
- من الطبيعي أن يلوّن فلوريد ثنائي أمين الفضة التجويف باللون البني أو الأسود، وهذا يعني أنه يعمل.
- لن تلوّن الأجزاء السليمة من الأسنان.
- يمكن أن يسبب فلوريد ثنائي أمين الفضة بقع مؤقتة إذا لامس الجلد، البقعة غير ضارة ويجب أن تختفي في أقل من أسبوع.
- قد يسبب فلوريد ثنائي أمين الفضة طعماً معدنيًا مؤقتًا.



تسوس



تم استخدام فلوريد ثنائي أمين الفضة



لديك أسئلة؟ اتصل بأحد منسقي الرعاية لدينا على رقم 855-481-8639

احتفظ به للرجوع إليه عند الحاجة.

JESSICA MARN, DDS, DENTAL DIRECTOR

Hillary Allen, DDS, Nadeen Amr, DMD, Michelle Ayres, DDS, Brenda Bailey, DDS, Elizabeth Baranek, DDS, Wynette Bender, DMD, Molly Beutel, DDS, Karyn Boltz, DDS, Kelly Brown, DDS, Jackson Cockley, DDS, Jamisha Collins, DDS, Cameron DeMarsh, DDS, Taylor Dufinetz, DDS, Robert Dymann, DDS, Amy Glasgow, DDS, Julia O'Neil Johnson, DDS, Karen Kirby, DDS, Stacy Love, DDS, Duane Neidert, DDS, Jasmina Saric, DMD, Trang To, DDS, John Zatko, DDS

إشعار ممارسات الخصوصية

يصف هذا الإشعار طريقة استخدام معلوماتك الطبية والإفصاح عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. يرجى الاطلاع عليه بعناية. احتفظ به للرجوع إليه عند الحاجة.

واجبتنا القانوني

سرية معلوماتك الطبية هامة بالنسبة لنا نحن مطالبون بموجب القانون الفيدرالي والمحلي المعمول به في الولايات بالحفاظ على سرية معلوماتك الصحية. كما أننا مطالبون أيضاً بأن نقدم لك هذا الإشعار حول ممارسات الخصوصية، وواجبتنا القانونية، وحقوقك فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية. يجب أن نتبع ممارسات الخصوصية الموضحة في هذا الإشعار أثناء سيرانه. وسوف نبلغك في حالة تعرض معلوماتك الطبية غير الآمنة لآخرين.

نحفظ بالحق في تغيير ممارسات الخصوصية وشروط هذا الإشعار في أي وقت. شريطة أن تسمح القوانين المعمول بها بمثل هذه التغييرات. ونحفظ بالحق في إجراء التغييرات في ممارسات الخصوصية والشروط الجديدة في الإشعار الساري بالنسبة لجميع المعلومات الصحية التي نحفظ بها. بما في ذلك المعلومات الصحية التي قمنا بإبلاغها قبل تلقيهاها قبل إجراء التغييرات. قبل إجراء أي تغيير جوهري في سياسة الخصوصية، سوف نقوم بتغيير هذا الإشعار وسنكون الإشعار الجديد متاحاً عند الطلب.

يمكنك طلب نسخة من الإشعار في أي وقت. وللحصول على المزيد من المعلومات حول ممارسات الخصوصية أو للحصول على نسخ إضافية من هذا الإشعار، يرجى الاتصال بنا باستخدام المعلومات المذكورة في نهاية هذا الإشعار.

استخدامات المعلومات الصحية والإفصاح عنها

نستخدم معلوماتك الصحية ونفصح عنها لتقديم العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية. على سبيل المثال:

العلاج: قد نستخدم معلوماتك الصحية أو نفصح عنها للطبيب أو ممرضة المدرسة "أو منسق الرعاية الصحية" أو غيرهما من مقدمي الرعاية الصحية الذي يوفر لك العلاج.

الدفع: قد نستخدم معلوماتك الصحية ونفصح عنها للحصول على مقابل الخدمات التي نقدمها لك

عمليات الرعاية الصحية: قد نستخدم معلوماتك الصحية ونفصح عنها فيما يتعلق بعملياتنا التجارية مثل استعراض كفاءة أو مؤهلات المتخصصين في الرعاية الصحية وتقييم الممارس وأداء مقدم الخدمة.

الإنز: لا يجوز اللجوء إلى الاستخدامات أو عمليات الإفصاح غير الوارد وصفها في هذا الإشعار إلا بإذن خطي من جانبك بالإضافة إلى ذلك يجب أن نحصل على إذن خطي منك لبيع معلوماتك الطبية أو استخدام معلوماتك أو الإفصاح عنها لأغراض ترويجك بالبيع أو الخدمات التسويقية حيث يتم الدفع لنا لإجراء الاتصالات. وإذا قمت بمسحها الآن، يمكنك إلغاؤه كتابة في أي وقت. ولن يؤثر الإلغاء الذي نطلبه على أي استخدام أو عمليات إفصاح يسمح بها الآن الخاص بك أثناء سيرانه. وما لم نمنحنا إذنًا كتابيًا لا يمكننا استخدام معلوماتك الصحية أو الإفصاح عنها لأي سبب من الأسباب ما عدا تلك المذكورة في هذا الإشعار.

لعملائك وأصدقائك والأشخاص المشاركين في رعايتك: قد نفصح عن معلوماتك الصحية لأحد أفراد العائلة أو صديق أو أي شخص آخر يشارك في رعايتك بالشكل اللازم للمساعدة في رعايتك الصحية أو في دفع مقابل رعايتك الصحية. وقد نفصح أيضاً عن معلوماتك الطبية لمطعمات الإغاثة في حالات الكوارث للمساعدة في تحديد مواقع الأشخاص أثناء الكوارث. وقد نستخدم معلوماتك الطبية أو نفصح عنها لإخطار أو المساعدة في إخطار أحد أفراد العائلة أو ممثل شخصي أو أي شخص آخر مسؤول عن رعايتك عن موقعك أو حالتك العامة أو وفاتك. وإذا كنت لا تريد أن نفصح عن معلوماتك الطبية لأفراد العائلة أو الغير في هذه الظروف، الرجاء إبلاغ موظف HIPAA لدينا على رقم 888-833-8441

الطلب من قبل القانون: قد نستخدم معلوماتك الصحية أو نفصح عنها عندما يطلب منا القيام بذلك بموجب القانون.

السلامة العامة: قد نحتاج إلى الإفصاح عن المعلومات الطبية لموظفي إنقاذ القانون في حالات الاستجابة لأمر تفيتش أو أمر استدعاء لهيئة المحلفين الكبرى. أو لمساعدة موظفي إنقاذ القانون في التعرف على الشخص أو تحديد موقعه. أو للإبلاغ عن حالات الوفاة التي قد تكون ناجمة عن سلوك إجرامي. ولتقديم تقرير عن سلوك إجرامي في ممتلكاتنا.

سوء المعاملة أو الإهمال: قد نفصح عن معلوماتك الصحية للسلطات المختصة إذا اعتقدنا بشكل معقول أنك ضحية محتملة من لإهمال أو سوء المعاملة أو العنف المنزلي أو ضحية محتملة لجرائم أخرى. وقد نفصح عن معلوماتك الصحية إلى الحد الضروري لتجنب تهديد خطير لصحتك أو سلامتك أو صحة أو سلامة الآخرين.

التذكير بالمواضيع: قد نستخدم معلوماتك الصحية أو نفصح عنها لترسل لك التذكير بالمواضيع (مثل رسائل البريد الصوتي أو البطاقات البريدية أو الخطابات أو رسائل البريد الإلكتروني أو الرسائل النصية).

أنشطة الرقابة الصحية: قد نفصح عن المعلومات الصحية لوكالة رقابة صحية بما يتوافق مع الأنشطة التي يسمح بها القانون. وتشمل أنشطة الرقابة، على سبيل المثال، مراجعة الحسابات والتحقيقات وعمليات التفيتش ومسوح الترخيص. وهذه الأنشطة ضرورية للحكومة من أجل مراقبة نظام الرعاية الصحية وفيتشي الأمراض وبرامج الحكومة والأمثال لقوانين الحقوق المدنية وتحسين نتائج المرضى.

الدعوى والمنازعات: قد نفصح عن معلوماتك الصحية استجابة لأمر من محكمة أو أمر إداري. وقد نفصح أيضاً عن معلوماتك الصحية استجابة لمذكرة إحصار أو طلب اكتشاف أو إجراء قانوني آخر.

الاستخدامات وعمليات الإفصاح الأخرى: وفق ما يسمح أو يفرضه القانون. قد نستخدم أو نفصح عن معلوماتك الطبية لأغراض بحثية، أو للعمليات التي تعاليم أو تراقب التبرع بالأعضاء وزرعها أو لتعويض العمال أو البرامج المماثلة للأعمال للفوائد المتعلقة بتعويض العمال أو البرامج المماثلة التي توفر فوائد لإصابات العمل أو المرض أو لانشطة الصحة العامة مثل منع الأمراض أو السيطرة عليها. أو الإصابات أو العجز أو للإبلاغ عن تفاعلات الأدوية أو مشاكل في المنتجات. أو لإبلاغ الأشخاص عن طلبات استدعاء المنتجات التي قد يستخدمونها؛ أو لإبلاغ شخص قد يكون عرضة أو يواجه خطر التلوث أو لنشور مرض، أو لموظفي الفحص الطبي لتحديد هوية شخص متوفى أو لتحديد سبب الوفاة. أو لمدير الجثث لتفديد مهام عملهم.

حقوق المرضى

الوصول: بحق لك الاطلاع على معلوماتك الصحية أو الحصول على نسخ منها مع استثناءات محدودة. ويجب أن نقدم طلباً خطياً للحصول على حق الوصول إلى معلوماتك الصحية وإرسال طلبك بالفاكس إلى الرقم الموجود في نهاية هذا الإشعار.

بيان الإفصاح: بحق لك الحصول على قائمة بحالات الإفصاح عن معلوماتك الصحية التي يتم إجراؤها بواسطة أو من خلال شركتنا وفي حالة طلب هذا البيان أكثر من مرة واحدة في فترة 12 شهراً، فإنه بحق لنا مطالبتك بسداد رسوم معقولة على أساس التكلفة للاستجابة لهذه الطلبات الإضافية.

التقيود: بحق لك أن تطلب منا وضع قيود على استخدامنا لمعلوماتك الصحية أو الإفصاح عنها. وليس لزاماً علينا أن نوافق على طلبك إلا عندما يكون الإفصاح لخطتك الصحية. وقد قمت (أو شخص ما نيابة عنك غير خطتك الصحية) بدفع المقابل الكامل لرعايتك الصحية. أو يكون الإفصاح متعلقاً بالدفع لعمليات الرعاية الصحية. وأن يكون الإفصاح غير مطلوب على خلاف ذلك وفقاً للقانون. ومع ذلك، إذا وافقنا على القيود، فإننا سنلتزم بهذا الاتفاق (إلا في حالة طوارئ).

الاتصالات البديلة: بحق لك أن تطلب منا كتابياً الاتصال بك بشأن معلوماتك الصحية عن طريق وسائل بديلة أو في مواقع بديلة محددة في طلبك الكتابي.

التعديل: بحق لك أن تطلب منا تعديل معلوماتك الصحية. ويجب أن يكون طلبك كتابياً ويجب أن يفسر لماذا ينبغي تعديل هذه المعلومات. وبحق لنا رفض طلبك في ظل ظروف معينة.

الإشعار الإلكتروني: في حالة تلقي هذا الإشعار على موقعنا على شبكة الإنترنت أو عن طريق البريد الإلكتروني، فإنه بحق لك الحصول على هذا الإشعار في شكل مكتوب عند الطلب.

الأسئلة والشكاوى

إذا كنت ترغب في الحصول على المزيد من المعلومات حول الممارسات الخصوصية أو إذا كانت لديك استفسارات أو شواغل، يرجى الاتصال بنا إذا كنت قلقاً من أن نتعطل حقوق خصوصيتك. يمكننا أن نقدم لنا شكوى باستخدام معلومات الاتصال الواردة في نهاية هذا الإشعار وبحق لنا أيضاً تقديم شكوى كتابية إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية بإرسال خطاب على العنوان: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 أو الاتصال على الرقم: 1-877-686-6775 أو زيارة الموقع الإلكتروني: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/complaint/> أو إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، what-to-expect/index.html. ولن نتعمد بأي شكل من الأشكال إذا اخترت التقدم بشكوى لنا أو إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية.

مسؤول الاتصال: موظف HIPAA

الهاتف: 888-833-4881

الفاكس: 888-330-4331

البريد الإلكتروني: HIPAAOfficer@mobiledentists.com

تاريخ السريان: 1 فبراير 2018