

"إبتسامات البداية المبكرة (هيد ستارت) في ميشيغان" 2022

عزيزي ولي الأمر أو الوصي،

تم اختيار برنامج البداية المبكرة (Head Start) الخاص بطلابك للمشاركة في التقييم الشامل للولاية التابع لإدارة الصحة في الولاية لصحة الفم لطلاب برنامج البداية المبكرة يسمى إبتسامات البداية المبكرة في ميشيغان "MI Head Start Smiles". يتم رعاية هذا البرنامج من قبل وحدة صحة الفم التابعة لإدارة الصحة والخدمات الإنسانية في ميشيغان (MDHHS) وبدعم من إدارة التعليم في ميشيغان.

سوف يقوم أخصائي صحة الأسنان بإجراء فحص مجاني لأسنان الطالب لحساب عدد الأسنان والتحقق فيما إذا كان لديه أية مشاكل في الأسنان. لن يتم أخذ صور بالأشعة السينية ولن يتم تقديم علاج للأسنان. لا يحل هذا الفحص محل فحوصات الأسنان المنتظمة أو برامج طب الأسنان الأخرى في موقع البداية المبكرة (Head Start) الخاص بك. ستصل رسالة إلى المنزل تخبرك بصحة أسنان الطالب.

إذا كنت تريد أن يشارك طالبك في فحص الأسنان، فلست بحاجة إلى إعادة هذه الإستمارة.

يرجى الإطمئنان من أن أخصائي صحة الأسنان سيتبع جميع إرشادات مكافحة العدوى التي وضعتها مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC). لن تتم مشاركة أي معلومات تعريفية مع إدارة الصحة والخدمات الإنسانية في ميشيغان (MDHHS) من فحص الطالب.

شكراً لك على مساعدتنا في تعلم كيفية تحسين صحة أسنان الأطفال في ميشيغان. إذا كانت لديك أية أسئلة حول فحص إبتسامات البداية المبكرة في ميشيغان "MI Head Start Smiles"، يرجى الاتصال بإدارة الصحة والخدمات الإنسانية في ميشيغان (MDHHS) على oralhealth@michigan.gov

لقراءة هذا المستند باللغة الإسبانية، قم بزيارة الموقع الإلكتروني: Michigan.gov/OralHealth وانتقل لأسفل الصفحة إلى "وثائق فحص المدرسة المترجمة" أو "Translated School Screening Documents".
لقراءة هذا المستند باللغة العربية، قم بزيارة الموقع الإلكتروني: Michigan.gov/OralHealth وانتقل لأسفل الصفحة إلى "وثائق فحص المدرسة المترجمة" أو إلى "Translated School Screening Documents".
لقراءة هذا المستند باللغة البنغالية، قم بزيارة الموقع الإلكتروني: Michigan.gov/OralHealth وانتقل لأسفل الصفحة إلى "وثائق فحص المدرسة المترجمة" أو إلى "Translated School Screening Documents".



إذا كنت لا تريد أن يخضع طالبك لفحص الأسنان، فيرجى وضع علامة في خانة لا أو "NO" والتوقيع وإعادتها إلى معلم طالبك غداً أو في أقرب وقت ممكن.

الإسم الكامل للطالب:

الأول _____ ، الحرف الأول من الإسم الأوسط. _____ ، الإسم الأخير أو اللقب _____

لا، لا أريد أن يخضع الطالب لفحص الأسنان _____

التاريخ

توقيع ولي الأمر/الوصي

الغرفة:

إسم المعلم: