

Health Partners of Western Ohio - Toledo Public Schools



معلومات/موافقة المريض بشأن العلاج والإفصاح عن المعلومات

معلومات الطالب/المريض			
اسم الطالب/المريض:			
رقم الضمان الاجتماعي:	النوع (يرجى التحديد): <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> غير محدد	تاريخ الميلاد:	
المدينة:	عنوان المنزل:		
رقم الهاتف:	الرمز البريدي:	الولاية:	
اسم المدرسة:			
الأصل العرقي (يرجى وضع دائرة): هندي أمريكي/سكان الأسكا الأصليون آسيوي السكان الأمريكيون الأصليون/سكان جزر المحيط الهادئ قوقازي أمريكي من أصل أفريقي رفض غير ذلك:			
اسم مقدم الرعاية الأولية (PCP):			
معلومات الوصي القانوني			
اسم الوصي:			
رقم الضمان الاجتماعي:	تاريخ الميلاد:		
الهاتف الخليوي:	هاتف المنزل:		
معلومات تأمين الطالب/المريض			
الطالب/المريض لديه تأمين (يرجى وضع دائرة) نعم أم لا			
رقم MMIS:	اسم شركة التأمين:		
رقم المجموعة:	رقم التعريف:		
معلومات الاتصال عند الطوارئ			
رقم الهاتف:	العلاقة:	الاسم:	
الأدوية الحالية للطالب/المريض (الفيتامينات، أجهزة الاستنشاق، الوصفات الطبية، غير ذلك)			
الأوقات يوميًا	الكمية المتناولة	الجرعة	اسم الدواء
الصيدلية المفضلة			
رقم الهاتف:	العنوان:		
الحساسية لدى الطالب/المريض			
<input type="checkbox"/> نعم - يرجى التوضيح فيما يلي <input type="checkbox"/> لا توجد حساسية معروفة			
الدواء:	الطعام:		
الحشرة/الحيوان:	الموسم:		
تاريخ دخول المستشفى/إجراء العمليات الجراحية للطالب/المريض			
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم - يرجى توضيح السبب وتحديد التواريخ:			

اسم الطالب:	تاريخ ميلاد الطالب:
تاريخ العائلة، اذكر الشخص الذي يعاني من مشكلة صحية بجانب المشكلة (على سبيل المثال: الأم أو الأب أو الأخ أو الأجداد)	
فقر الدم:	ارتفاع ضغط الدم:
السكري:	الربو:
مرض القلب:	السكتة الدماغية:
فقر الدم المنجلي:	الأورام السرطانية:
الصحة العقلية:	غير ذلك:

التاريخ الصحي للطالب/المريض (يرجى تحديد جميع ما ينطبق)		
<input type="checkbox"/> الصداع النصفي	<input type="checkbox"/> الأورام السرطانية/اللوكيميا	<input type="checkbox"/> الربو
<input type="checkbox"/> فقر الدم المنجلي	<input type="checkbox"/> الولادة المبكرة	<input type="checkbox"/> الصحة العقلية (على سبيل المثال: اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، الاكتئاب، القلق)
<input type="checkbox"/> النوبات	<input type="checkbox"/> اضطرابات الدم	<input type="checkbox"/> مشكلات المثانة/البول
<input type="checkbox"/> النظارات/العدسات اللاصقة	<input type="checkbox"/> اضطرابات العمود الفقري	<input type="checkbox"/> أمراض الكلى
<input type="checkbox"/> الأجهزة المساعدة على السمع	<input type="checkbox"/> داء السكري	<input type="checkbox"/> مشكلات الأمعاء/الإمساك
<input type="checkbox"/> غير ذلك:		

الموافقة على العلاج والإفصاح عن المعلومات

أقر أنا _____ (الوالد أو الوصي القانوني) بموجب ذلك وبوصفي ولي أمر أو وصي قانوني، أنني قد قدمت موافقتي لمركز Health Partners of Western Ohio Health Center لإدارة الرعاية الأولية كما هو مناسب وكما هو محدد لـ _____ (اسم الطالب)، طفل قاصر. أدرك أن هذه الرعاية قد تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، الرياضة/التدريب البدني، والإصابات الطفيفة، والتحصينات، والفحوصات الصحية، والرعاية الوقائية، والزيارات المرضية الروتينية، وخدمات الصحة السلوكية، وفحوصات الأسنان، والعمليات الجراحية للأسنان.

أفهم أن التطبيب عن بعد هو استخدام المعلومات الإلكترونية وتقنيات الاتصال من قبل مقدم الرعاية الصحية لتقديم الخدمات للفرد عندما يكون الطالب/المريض موجوداً في موقع مختلف عن مقدم الرعاية. أوافق بموجب هذا على تقديم خدمات الرعاية الصحية عبر التطبيب عن بعد عندما يكون مقدم الرعاية في موقع مختلف. أفهم أن القوانين التي تحمي خصوصية وسرية المعلومات الطبية تنطبق أيضاً على التطبيب عن بُعد.

كما أمّدت هذه الموافقة للسماح بالإفصاح عن المعلومات الصحية التي يعتبرها مركز Health Partners of Western Ohio مناسبة، لأي منشأة طبية أو مقدم رعاية قد يحتاج إلى نفس المعلومات لعلاج الطالب أو لغرض تحصيل التأمين. تشمل هذه الموافقة الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بأي زيارات صحية للممرضة التي تعمل في الموقع الذي يحيل الطفل.

إذا تم الإفصاح عن المعلومات الصحية لمنشأة طبية أو مقدم رعاية، فهل ترغب في أن يتم إخطارك؟ نعم أم لا

لا يتطلب الحصول على الرعاية من خلال مركز Health Partners of Western Ohio تغيير مقدم الرعاية المنتظم للطالب.

إذا كان لديك تأمين صحي، فسيتحمل التأمين الصحي الخاص بك تكلفة الخدمات. إذا لم يكن لديك تأمين صحي، فستتحمل تكلفة الفاتورة بالرسوم المخفضة المناسبة. قد تكون مؤهلاً للحصول على رسوم مخفضة. لن يتم حرمان أي طالب/مريض من الرعاية بسبب عدم القدرة على الدفع مقابل الخدمات. يمكننا مساعدتك إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في التقدم للحصول على تأمين. يمكنك الحضور إلى مركزنا أو الاتصال بنا.

أدرك أن هذه الموافقة ستظل سارية طالما ظل طفلي طالباً في Toledo Public Schools ما لم أقم بإلغائها. يجوز لي إلغاء هذه الموافقة على العلاج في أي وقت عن طريق طلبي كتابياً أن تحذف الخدمات الصحية المدرسية اسم طفلي من قائمة المشتركين في الخدمات. إذا لم يكن طفلي مسجلاً في Toledo Public School، تصبح هذه الموافقة سارية لمدة عام تقويمي واحد من تاريخ التوقيع.

لقد قرأت البيان السابق وفهمته بالكامل.

التاريخ

الوالد أو الوصي القانوني (التوقيع)