



نموذج التسجيل والموافقة

يرجى إكمال هذا النموذج بالكامل والتوقيع عليه حتى يتسنى لنا تقديم خدمات رعاية صحية عالية الجودة لك/طفلك. يمكن للطلاب الذين يبلغون من العمر 18 عامًا أو هؤلاء الذين يلتزمون بالحصول على خدمات الصحة النفسية و/أو الصحة الإنجابية بشكل سري ويبلغون من العمر 13 عامًا على الأقل إكمال النموذج بأنفسهم. ستظل هذه الموافقة سارية طوال مدة قيد الطالب في المدرسة التي تتم خدمتها من قبل المركز الصحي المدرسي (SBHC)، ما لم يتم إلغاؤها كتابيًا بشكل صريح. ولتقديم أفضل رعاية ممكنة، فإننا نطلب أيضًا الحصول على المعلومات الديموغرافية والسجل الصحي للعائلة. ولك حق رفض الإجابة عن هذه الأسئلة. لن تتم مشاركة إجاباتك أو استخدامها لأي غرض آخر بخلاف جمع المعلومات الديموغرافية العامة لخدمة المرضى لدينا ومجتمعنا بأفضل شكل ممكن.

ما المدرسة التي يلتحق بها الطالب؟

1. الديموغرافيا ومعلومات الطالب					
الاسم الأخير	الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم السابق لاسم العائلة	الاسم الأول المفضل	
رقم مُعرّف الطالب	تاريخ الميلاد	الجنس عند الميلاد	الجنس القانوني		
	الشهر / اليوم / العام	ذكر <input type="radio"/> أنثى <input type="radio"/>	ذكر <input type="radio"/> أنثى <input type="radio"/>		
عنوان المراسلة البريدية	الشقة	العنوان الثانوي (إذا كان مُختلفًا)		الشقة	
المدينة	الولاية	الرقم البريدي	المدينة	الولاية	الرقم البريدي
رقم هاتف الطالب	المنزل <input type="radio"/> الهاتف <input type="radio"/> العمل <input type="radio"/>	عنوان البريد الإلكتروني الخاص بالطالب			
	المحمول				
	_____ - _____ - _____	الطريقة المفضلة للإعلام بالموعد (اختر واحدة) الطالب <input type="radio"/> رسالة نصية <input type="radio"/> مكالمة هاتفية			
الهوية الجنسية	أنثى <input type="radio"/>	ذكر متحول جنسيًا إلى أنثى <input type="radio"/>	غير ذلك <input type="radio"/>	أنثى <input type="radio"/>	ذكر <input type="radio"/>
	متشكك <input type="radio"/>	غير ثنائي/حر الجنس <input type="radio"/>	أفضل عدم الإفصاح <input type="radio"/>	أنثى متحوّلة جنسيًا إلى ذكر <input type="radio"/>	متشكك <input type="radio"/>
الميول الجنسية	يميل للجنس الآخر <input type="radio"/>	مثلية الجنس <input type="radio"/>	ثنائي الجنس <input type="radio"/>	غير ذلك: <input type="radio"/>	مثلي الجنس <input type="radio"/>
الضمير المفضل المُحدّد للجنس	هي، ضمير الغائبة المؤنث، لها <input type="radio"/>	هو، ضمير الغائب المذكر، له <input type="radio"/>	هم، ضمير الغائب للجمع، لهم <input type="radio"/>	غير ذلك: <input type="radio"/>	أفضل عدم الإفصاح <input type="radio"/>
هل أنت من أصل إسباني أو أصول لاتينية؟	نعم، من أصل إسباني أو لاتيني <input type="radio"/>	ليس من أصل إسباني أو لاتيني <input type="radio"/>	أفضل عدم الإفصاح <input type="radio"/>		
ما هو عرقك أو خلفيتك الأسرية؟	أمريكي من أصل هندي/من سكان ألاسكا الأصليين <input type="radio"/>	أمريكي من أصل هاواي الأصليين <input type="radio"/>	أمريكي من أصل أفريقي/من ذوي البشرة السمراء <input type="radio"/>	أسويي <input type="radio"/>	من سكان جزر المحيط الهادئ <input type="radio"/>
	أكثر من عرق واحد <input type="radio"/>	من سكان جزر المحيط الهادئ <input type="radio"/>	أبيض <input type="radio"/>	أخرين <input type="radio"/>	أفضل عدم الإفصاح <input type="radio"/>
		أرخص التحديد <input type="radio"/>			
ما هي لغة الكتابة المفضلة لديك؟	هل تحتاج إلى مترجم فوري؟ <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا				
2. ولي الأمر/الوصي (إذا كان المريض دون سن 18 عامًا)					
الاسم الأخير لولي الأمر/الوصي	الاسم الأول لولي الأمر/الوصي	تاريخ الميلاد	الجنس		
		/ /	ذكر <input type="radio"/> أنثى <input type="radio"/>		

عنوان المراسلة البريدية	الشقة	العلاقة بالمريض ○ ولي الأمر ○ الوصي ○ غير ذلك
المدينة	الولاية	الهاتف ○ المنزل ○ الهاتف المحمول ○ العمل -----
عنوان البريد الإلكتروني الخاص بولي الأمر	الطريقة المفضلة للإعلام بالموعد (اختر واحدة) ولي الأمر ○ رسالة نصية ○ مكالمة هاتفية	

يتم توفير برنامج SBHC لك بشكل مجاني، ولكننا سنقوم بتحصيل الفاتورة من شركة التأمين المعنية بك، إذا كان لديك واحدة، من أجل دعم تكاليف عمليات التشغيل الخاصة بالبرنامج. وإذا كانت شركة التأمين الخاصة بك لا تغطي التكلفة الكاملة، فإنه لم يتم تحصيل الفاتورة منك.

3. التأمين	
هل لديك تأمين؟	○ نعم ○ لا
يُرجى ذكر معلومات تغطية التأمين	اسم جهة التأمين تاريخ السريان
	رقم خطة المجموعة رقم مُعرّف العضو
	اسم المُشترك/مالك الوثيقة تاريخ ميلاد المُشترك
يُرجى ذكر معلومات تغطية التأمين الإضافية، إن وجدت مثلة: التأمين على الأسنان، والتغطية الفرعية، وغير ذلك.	اسم جهة التأمين رقم خطة المجموعة تاريخ السريان رقم مُعرّف العضو تاريخ ميلاد المُشترك
إذا لم يكن لديك تأمين، فهل تود أن يتواصل معك موظفو CHC لمعرفة ما إذا كانت أَسرتك مؤهلة للحصول على تأمين أم لا؟	○ نعم ○ لا

4. أسئلة إضافية (يجيب عنها المريض، أما إذا كان المريض قاصرًا، فيُرجى أن يجيب عنها الوصي القانوني).

الدخل السنوي أو الشهري	ما هو مقدار الدخل السنوي الإجمالي لأَسرتك؟	بالدولار	إذا كان الأمر أسهل في الحساب، فما هو الدخل الشهري لأَسرتك؟	بالدولار
الرقم الإجمالي في الأسرة				
الوضع السكني	○ تأجير/تمليك ○ إسكان عام	○ تقاسم السكن ○ دار إيواء	○ غير ذلك ○ في الشارع ○ متنقل	○ إسكان دائم
حالة العمل	في أي مرحلة خلال العاميين السابقين، هل كان العمل الموسمي أو العمل الزراعي للمهاجرين مصدر الدخل الرئيسي لك أو لأَسرتك؟		○ لا ○ نعم، عامل زراعي مهاجر ○ نعم، عامل زراعي موسمي	

		الموسمية/للمهاجرين
--	--	--------------------

5. السجل الصحي للطلاب		
هل يتابع طفلك مع طبيب رعاية أولية أو عيادة؟ اسم مُقدّم الخدمة:	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
العيادة: الهاتف:		
هل خضع طفلك لفحص طبي جيد أو فحص جسدي شامل في العام الماضي؟	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
هل ذهب طفلك لزيارة طبيب الأسنان في العام الماضي؟	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
هل يأخذ طفلك أي أدوية أو يعاني من أنواع أخرى من الحساسية؟ (يُرجى التوضيح):	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا هل يتناول طفلك أي أدوية؟ (اذكر أي أدوية يتناولها وسبب تناولها)	
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا هل يعاني طفلك من أي مشكلات صحية مستمرة أو مخاوف صحية حالية؟ (يرجى التوضيح):	
السجل الصحي للعائلة (حدّد جميع ما ينطبق)	
<input type="checkbox"/> التهاب المفاصل <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> السكري <input type="checkbox"/> مشكلات في القلب <input type="checkbox"/> مرض بالكلى <input type="checkbox"/> سكتة دماغية <input type="checkbox"/> غير ذلك:	<input type="checkbox"/> تعاطي الكحول/المخدرات <input type="checkbox"/> ربو <input type="checkbox"/> اكتئاب <input type="checkbox"/> ارتفاع ضغط الدم <input type="checkbox"/> ارتفاع مستوى الكوليسترول <input type="checkbox"/> مرض نفسي <input type="checkbox"/> مشكلات في الرؤية

6. إشعار الخصوصية

التوقيع بالحروف الأولى	<p>أقر بأنه بموجب قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمحاسبة (HIPAA)، لدي حقوق في الخصوصية فيما يتعلق بمعلوماتي الصحية المحمية. أدرك أن CHC في مقاطعة سنو هوميش قد يتواصل معي لتذكيري بالمواعيد، وخيارات العلاج، ونتائج الاختبارات، أو غير ذلك من الخدمات والمزايا المتعلقة بالصحة عبر مكالمة هاتفية، أو رسالة نصية، أو رسالة عبر البريد الإلكتروني، أو البريد الصوتي. أقر بأنني يمكنني الاطلاع على إشعار ممارسات الخصوصية لدى CHC على الموقع الإلكتروني الخاص بـ CHC، ويمكنني طلب الحصول على الممارسات بتنسيق آخر في أي وقت من خلال التواصل مع: Community Health Center of Snohomish County, 8609 Evergreen Way Everett, WA 98208, (425)789-3700, www.chcno.org.</p>
------------------------	--

7. إخلاء المسؤولية والتوقيع على الموافقة

<p>شهادة المعلومات والموافقة على الرعاية: أقر بأن معلومات التسجيل التي قَدِّمتها إلى Community Health Center of Snohomish County (CHC) صحيحة في الوقت الحالي، وأمنح الإذن إلى موظفي CHC بتوظيف مثل هذه العلاجات والأدوية التي تعتبر ضرورية من الناحية المهنية والطبية، أو يُنصح بها في تشخيص المشكلة (المشاكل) الصحية وعلاجها. وأدرك أن الرعاية الطبية مُقدَّمة من قِبَل طبيب، أو ممرض ممارس، أو مساعد طبيب، أو غيرهم من العاملين المرخصين. وأدرك أن رعاية الصحة النفسية مُقدَّمة من قِبَل أخصائي اجتماعي مرخص، أو مستشار صحة نفسية مرخص، أو غيرهم من العاملين المرخصين. وأدرك أن رعاية الأسنان مُقدَّمة من قِبَل أطباء الأسنان المرخصين، أو أخصائي صحة الأسنان، أو مُقدِّم الخدمات المتعلقة بطب الأسنان الآخرين وفقاً لقانون ممارسة طب الأسنان في ولاية واشنطن. يخوّل إخلاء المسؤولية هذا CHC بالإفصاح عن أي معلومات لشركة التأمين التي أتعامل معها، أو CMS أو DSHS، والضرورية لتحديد الاستحقاقات واجبة الدفع مقابل الخدمات ذات الصلة. وأفوض بموجب هذا أي شركة تأمين لدي وثيقة تأمين لها بسداد أي تكاليف لأي وثائق تأمين مُقدَّمة مباشرة إلى مُقدِّمي خدمات الرعاية الصحية الذين قدّموا الخدمات لي.</p>		
اليوم / /	العلاقة بالمرضى	التوقيع

الموافقة على الخدمات الصحية

يجب أن تكون لدى CHC موافقة موقعة من ولي الأمر أو الوصي القانوني قبل تقديم الخدمات، إلا في الحالات التي يسمح فيها القانون الفيدرالي أو قانون الولاية للطلاب بالحصول على العلاج بدون موافقة ولي الأمر/الوصي. لا يحتاج الطلاب إلى التسجيل في المركز الطبي لتلقي الخدمات من ممرضة المدرسة.

بموجب هذا، أطلب وأفوض بما يلي: (اسم الطالب بخط واضح أدناه).

تاريخ الميلاد / /	الاسم الأول من الاسم الأوسط	الاسم الأخير	الاسم الأول
----------------------	--------------------------------	--------------	-------------

بأنه يجوز أن أتلقى خدمات الرعاية الصحية المتوفرة، والتي تعتبر ضرورية من جانب موظفي Community Health Center of Snohomish County (CHC) والمركز الصحي المدرسي (SBHC). يمكن أن تشمل هذه الخدمات على سبيل المثال لا الحصر: الفحوصات الطبية الروتينية، وفحوصات الأسنان، والفحوصات الطبية للرياضيين، والرعاية الجيدة للأطفال أو المراهقين، وتقييم الإصابات والأمراض الحادة وعلاجها، والفحوصات المختبرية، والأشعة السينية على الأسنان، وعلاج الأسنان بالفلورايد، والختانات السنوية، والعلاجات المحدودة للأسنان، التي تشمل عمليات الحشو وخلع الأسنان البسيط، وعلاج الصحة النفسية. وقد يتم تقديم هذه الرعاية سواءً بشكل شخصي أو عن بُعد عبر الهاتف أو زيارة الرعاية الصحية الافتراضية. يتم منح الموافقة أيضًا على إحالة الرعاية - وإن لزم الأمر - النقل في حالات الطوارئ إلى الأطباء الآخرين، أو العاملين في مجال الرعاية الصحية، أو المستشفيات، أو العيادات، أو وكالات الرعاية الصحية، حسب ما يراه موظفو CHC SBHC ضروريًا. لا يسمح هذا الإذن بتقديم الخدمات بدون موافقة الطالب، ما لم يكن الطالب غير قادر على الموافقة. وتكون هناك موافقة إضافية مطلوبة للحصول على التطعيمات.

وفقًا للقانون الفيدرالي و/أو قانون الولاية، عند تقديم الموافقة على الرعاية، تبقى معلومات الرعاية الصحية سرية. هناك بعض الاستثناءات، على سبيل المثال:

- منح الإذن بواسطة المريض أو ولي الأمر/الوصي عن طريق التوقيع على نموذج الإفصاح عن المعلومات.
- إشارة المريض إلى خطر وقوع ضرر وشيك على الذات أو الآخرين.
- إصابة المريض بمشكلة صحية قاتلة، وهو دون سن 18 عامًا.
- وجود سبب للاشتباه في الاعتداء أو الإهمال.
- يجب إبلاغ سلطات الصحة العامة عن بعض الأمراض المعدية.

يتم منح الموافقة لمشاركة المعلومات الضرورية مع مُقدِّمي خدمات الرعاية الصحية في SBHC، بما في ذلك تبادل المعلومات بين ممرضة المدرسة والمهنيين الطبيين الآخرين في المكان ذاته، وذلك لغرض تقديم أفضل رعاية للطلاب المذكور أعلاه. يتلقى الطلاب أيضًا الخدمات الصحية بصورة مستقلة في أي من عيادات الأسنان أو العيادات الطبية الخاصة بـ CHC. وبموجب هذه الاتفاقية، يمكن تلقي الخدمات في أي من عيادات الأسنان أو عيادات CHC الطبية التابعة لمقاطعة سنو هوميش. للاطلاع على قائمة بمواقع العيادة، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني chcsno.org. لتحديد موعد، اتصل بـ CHC على الرقم 425-789-3789

التاريخ: / /	توقيع الطالب: (يلزم لمن يبلغ 13 عامًا فأكثر)
التاريخ: / /	توقيع ولي الأمر/الوصي:
العلاقة:	اسم الوصي المسؤول قانونًا (بحروف واضحة):

معلومات إضافية مهمة بشأن موافقة القاصر

يحث SBHC الطلاب على إشراك أولياء الأمور أو الأوصياء في قرارات الرعاية الصحية كلما أمكن ذلك، وعند الاقتضاء، يساعد SBHC الطالب في المناقشات مع أولياء الأمور/الأوصياء. وبموجب قانون ولاية واشنطن، يمكن للشباب الوصول بشكل مستقل إلى رعاية الصحة الإنجابية في أي سن بدون موافقة ولي الأمر/الوصي. يتلقى الشباب (من عمر 13 عامًا فأكثر) خدمات تعاطي المخدرات والكحوليات وعلاج الصحة النفسية بشكل مستقل بدون موافقة ولي الأمر/الوصي. يجب الحصول على موافقة من الطالب من أجل الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بصحته الإنجابية/الجنسية، و/أو صحته النفسية (13 عامًا فأكثر)، و/أو تعاطي المواد المخدرة (13 عامًا فأكثر). للحصول على مزيد من المعلومات حول موافقة القاصر، تفضّل زيارة الموقع الإلكتروني: www.washingtonlawhelp.org وابحث عن "Minor Consent" (موافقة القاصر).