

يُرجى إعلامنا إذا طرأ أي تغيير على التاريخ الطبي لطفلك أو الأدوية التي تتناوله خلال العام.

اسم المريض: (أولاً) \_\_\_\_\_ (الأخير) \_\_\_\_\_  
تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ الجنس المحدد عند الولادة:  ذكر  أنثى  
عنوان: \_\_\_\_\_  
رقم الهاتف: \_\_\_\_\_ عنوان البريد الإلكتروني للمريض/الطالب: \_\_\_\_\_  
المدرسة: \_\_\_\_\_ اللغة المفضلة في المنزل: \_\_\_\_\_

العرق:  من أصل إسباني  ليس من أصل إسباني  
العرق (يمكنك تحديد أكثر من عرق):

هندي أمريكي/سكان أسكا الأصليون  آسيوي  أبيض  أسود من سكان هاواي/جزر المحيط الهادئ الأصليين  
 غير معروف/غير محدد  غير ذلك (يُرجى التحديد): \_\_\_\_\_ أفضل عدم الإجابة

## المعلومات الصحية:

- هل يوجد لدى طفلك مقدم رعاية أولية (PCP)؟  نعم  لا اسم مقدم الرعاية الأولية: \_\_\_\_\_
- هل يتناول طفلك أي دواء الآن؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى ذكرها: \_\_\_\_\_

3. يُرجى التحقق من أي ظروف عانى منها طفلك من قبل:

داء السكري  التهاب الكبد الوبائي  الصرع/النوبات  أمراض الكلى/الكبد السرطان  الربو  فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز  
 السل اضطرابات المناعة  أمراض القلب  التوحد/إعاقة النمو  اضطرابات الدم/فقر الدم

4. هل يعاني طفلك من أية حالات صحية أخرى؟ إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى ذكرها: \_\_\_\_\_

5. هل يعاني طفلك من أي حساسية؟ إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى ذكرها: \_\_\_\_\_

## التأمين الطبي:

يُرجى إكمال A أو B أو C قدر استطاعتك.

A.  شركة التأمين الخاصة:

رقم بوليصة التأمين: \_\_\_\_\_ رقم معرف المجموعة: \_\_\_\_\_

B.  MassHealth/Medicaid: رقم المعرف: \_\_\_\_\_

C.  لا يوجد تأمين هل ترغب في الحصول على مساعدة فيما يتعلق بالتسجيل في التأمين؟  نعم  لا

أدرك أن هذه الخدمات متاحة لطفلي حسب الحاجة وهي امتداد لمقدمي الخدمة الحاليين لطفلي ولكنها ليست بديلاً عنهم. أوافق على تلقي طفلي للخدمات الصحية في أي من المراكز الصحية المدرسية التي تقدمها Manet Community Health. أوافق ممارسةً صحيًا لتقديم خدمات الصحة البدنية والفحوصات والفحوصات الطبية اللازمة، وتحديد القدرات، وإدارة الرعاية الصحية لطفلي.

أوافق أيضاً على تبادل المعلومات الصحية والديموغرافية بين مقدمي خدمات المركز الصحي وممرضة المدرسة ومستشار تعديل المدرسة وأي متخصصين طبيين آخرين قد تكون هناك حاجة إليهم، إما شفهيًا أو من خلال نظام معلومات الطلاب بالمدرسة. أفهم أنه سيتم الاحتفاظ بالسجل الصحي لطفلي بشكل آمن من قبل Manet Community Health كسجل طبي سرّي؛ إنه ليس سجلاً مدرسيًا. وأفهم أيضاً أنه سيتم الالتزام بالسرية بين الموظفين وأي طفل يستخدم المركز الصحي التابع للمدرسة.

تشارك المراكز الصحية المدرسية في نظام معلومات التأمين في ماساتشوستس (MIIS). MIIS هو نظام سرّي على مستوى الولاية لتتبع سجلات التطعيم للأطفال والبالغين. لتحديد من يمكنه الاطلاع على معلومات طفلك، تحتاج إلى ملء نموذج الاعتراض أو السحب من الاعتراض على مشاركة البيانات، والذي يمكنك الحصول عليه من مقدم الرعاية الصحية الخاص بك.

كما أوافق Manet Community Health بالإفصاح عن المعلومات المتعلقة بالعلاج إلى دافعي الطرف الثالث أو غيرهم لأغراض الفوترة ولاي سبب قد يكون مطلوباً للائتمان للمدونات أو القوانين أو اللوائح وفقاً للممارسات الطبية المقبولة. تتاح لي الفرصة لمراجعة نسخة من إشعار خصوصية قانون إخضاع التأمين الصحي لقبليّة النقل والمساءلة (HIPAA). لقد قرأت وأكملت نموذج الموافقة هذا وأدرك أن نموذج الموافقة هذا سيظل ساري المفعول طالما أن طفلي مسجل في مدرسة تابعة لـ Manet Community Health ما لم أخطر مركز الصحة بالمدرسة كتابةً.

توقيع ولي الأمر/الوصي: \_\_\_\_\_ الاسم بأحرف واضحة: \_\_\_\_\_

رقم هاتف ولي الأمر/الوصي: \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني لولي الأمر/الوصي: \_\_\_\_\_

العلاقة بالمريض: \_\_\_\_\_ تاريخ: \_\_\_\_\_

يرجى التأكد من التوقيع على هذا النموذج قبل التقديم

لأسئلة المتعلقة بـ Manet Community Health في مدارس Taunton Public Schools، يرجى الاتصال بالرقم 857-358-7260.

إشعار الخصوصية: <https://www.manetchc.org/privacy-notice/>