

## معلومات التسجيل في المركز الصحي المدرسي

2022-2021

السادة أولياء الأمور المحترمين،

بالشراكة مع مدارس بورتلاند وويستبروك وجنوب بورتلاند العامة ومركز مين الطبي، تقدم دائرة صحة كريتر بورتلاند خدمات المركز الصحي المدرسي في: مدرسة بورتلاند الثانوية، ومدرسة ديرنك الثانوية، ومدرسة كاسكو باي الثانوية، وPATHS، ومدرسة كوك الثانوية، ومدرسة ويستبروك الثانوية. ومدرسة جنوب بورتلاند الثانوية.

يرجى إكمال نموذج التسجيل الطبي المرفق للسماح لطفلك بالوصول إلى الخدمات الصحية المدرسية في مدرسته. إذا كان طفلك لديه بالفعل مقدم رعاية أولية منتظم أو مقدم رعاية صحية عقلية، فلا يزال بإمكانك تسجيلهم في المركز الصحي المدرسي في Greater Portland Health. هدفنا هو ربط جميع الأطفال وأولياء أمورهم بدار رعاية طبية أولية. يُكمل المركز الصحي المدرسي التابع لصحة كريتر بورتلاند خدمات مقدم الرعاية الأولية المنتظم لطفلك وينسق الرعاية معهم حسب الاقتضاء. الرجاء الانتقال إلى موقع Greater Portland Health (<http://www.greaterportlandhealth.org/>) للمزيد من المعلومات.

سيتم تقديم مطالبات التأمين للخدمات المقدمة حسب الاقتضاء. إذا لم يكن لدى المريض تأمين، فإن Greater Portland Health تقدم مقياس رسوم متدرج.

<p style="text-align: center;"><b>أهم 5 أسباب لتسجيل طفلك:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. فريق عمل ودود ومهتم</li> <li>2. جدولة مريحة وسريعة (لا حاجة للنقل!)</li> <li>3. التنسيق مع مقدم الرعاية الأولية لطفلك</li> <li>4. رعاية عالية الجودة وعطوفة</li> <li>5. سهولة مراقبة الحالات المزمنة</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>يوفر المركز الصحي المدرسي التابع لصحة بورتلاند الكبرى:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات الرعاية الصحية الأولية</li> <li>• خدمات الصحة السلوكية</li> <li>• - الصحة النفسية</li> <li>• خدمات صحة الأسنان (تسجيل منفصل)</li> <li>• خدمات الرعاية الصحية عن بعد</li> </ul>
--	--

ستجد في هذه الحزمة:

- استمارة التسجيل الطبي - يرجى ملء وتوقيع الاستمارة وإعادتها إلى المركز الصحي في المدرسة أو ممرضة المدرسة. يرجى استكمال المعلومات حتى إذا كان طفلك قد تم تسجيله العام الماضي حيث أن المعلومات المحدثة مطلوبة.
- إشعار الخصوصية الصحي الخاص بـ كريتر بورتلاند - على ظهر هذه الرسالة - يمكنك الاحتفاظ به.
- أسئلة متكررة حول المراكز الصحية المدرسية - يمكنك الاحتفاظ به.
- لمزيد من الأسئلة، يرجى الاتصال بـ Jason Goff، مدير عيادة الرعاية الصحية في المدرسة على (207) 874 2141 X 8402 أو [jgoff@greaterportlandhealth.org](mailto:jgoff@greaterportlandhealth.org)

ستجد استمارة منفصلة لتسجيل الأسنان في المغلف الخاص بطفلك.

## إشعار ممارسات المعلومات الصحية

يوضح هذا الإشعار كيف يمكن استخدام المعلومات الطبية الخاصة بك والكشف عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات، يرجى قراءته بعناية.

### فهم سجلك الصحي/معلوماتك

عند زيارة دائرة صحة كريتر بورتلاند، يتم توثيق سجل الزيارة. قد يحتوي هذا السجل على الأعراض ونتائج الفحص والاختبار والتشخيص والعلاج وخطة الرعاية/الخدمات المستقبلية. هذه المعلومات التي تسمى سجلك الصحي/الطبي هي جزء أساسي من الرعاية/الخدمات الصحية التي نقدمها لك. إنه بمثابة:

- أسس التخطيط لرعايتك وعلاجك.
- وسائل التواصل مع المهنيين الصحيين الذين يساهمون في رعايتك.
- وثيقة قانونية تصف الرعاية/الخدمات التي تتلقاها.
- تأكد الطرف الثالث الذي يدفع التكاليف (شركة التأمين) من تقديم الخدمات.

### حقوقك فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية

- على الرغم من أن سجلك الصحي هو ملكية مادية لـ دائرة صحة كريتر بورتلاند، إلا أن المعلومات ملكك. بموجب قواعد الخصوصية الفيدرالية، يحق لك:
  - تلقي إشعار باستخدام والكشف عن سجلك الصحي/الطبي، بما في ذلك نسخة ورقية من الإشعار إذا طلب ذلك.
  - اطلب قيودًا على استخدام معلوماتك الصحية والكشف عنها، أو اطلب منا إرسال اتصالاتك السرية بوسائل بديلة.
  - افحص واحصل على نسخة من سجلك.
  - اطلب تعديل سجلك الصحي.

### ما هي مسؤولياتنا؟

- قطاع صحة كريتر بورتلاند مطلوب منه ان:
  - يحافظ على خصوصية معلوماتك الصحية.
  - إخطارك بالواجبات القانونية وممارسات الخصوصية الخاصة بدائرة صحة كريتر بورتلاند فيما يتعلق بالمعلومات الصحية التي نجعلها عنك ونحافظ عليها.
  - التقيد بشروط هذا الإشعار.
  - احصل على موافقتك قبل الكشف عن معلوماتك الصحية/الطبية.
- تحتفظ دائرة صحة كريتر بورتلاند بالحق في تغيير ومراجعة ممارسات الخصوصية الخاصة بها لتظل متوافقة مع القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية. إذا كان هذا مطلوبًا، فسيحصل المرضى/العملاء على شهادة جديدة إشعار ممارسات المعلومات الصحية في الزيارة القادمة.

### الإفصاحات المسموح بها بدون موافقة لأغراض الأولوية الوطنية

- يُسمح لـ دائرة صحة كريتر بورتلاند باستخدام معلوماتك الصحية والكشف عنها دون موافقتك في الحالات التالية:
  - مطلوب بموجب قانون الولاية أو القانون الفيدرالي.
  - إلى السلطات، بما في ذلك المسؤولين الطبيين بالولاية، وإدارة الغذاء والدواء، وسلطة فرض القانون (الشرطة)، ومنظمات شراء الأعضاء، والفاحصين الطبيين، فيما يتعلق بتعويضات العمال، عند طلبهم لوظائف حكومية متخصصة معينة، بما في ذلك العسكرية منها وما شابهها والوكالات الأخرى المكلفة بمنع أو السيطرة على المرض.

### ترتيب الرعاية الصحية المنظمة

- إن دائرة صحة كريتر بورتلاند هي عضو في شراكة الرعاية المجتمعية في مين (CCPM, Community Care Partnership of Maine)، وهي "ترتيب هيكل منظم للرعاية الصحية" يركز على تحسين صحة المجتمعات التي تخدمها. يستخدم أعضاء CCPM، بالتعاون مع شركات التأمين، تحليلات صحة السكان، ومراجعة الاستخدام، وتقييم الجودة وأنشطة التحسين، وغيرها من الاستراتيجيات القائمة على الأدلة لتحسين الرعاية الصحية الخاصة بك. الأعضاء مسؤولون بشكل متبادل عن صحة جميع المرضى الذين يخدمهم CCPM. تشمل الكيانات التي يتألف منها ترتيب الرعاية الصحية المنظم هذا المراكز والمستشفيات الصحية المجتمعية التالية: مركز كاري الطبي، مركز دي إف دي راسل الطبي، مركز فيش ريفر للصحة الريفية، مركز كاتاهدين فالي الصحي، مستشفى مايو الإقليمي، مستشفى ميلينوكيت الإقليمي، مركز ناسون للرعاية الصحية و باينز للخدمات الصحية ومركز بينويسكوت للرعاية الصحية و قطاع صحة كريتر بورتلاند ومركز سيباستوكوك لأطباء العائلة و قطاع صحة سانت جوزيف. يسمح ترتيب الرعاية الصحية المنظم لـ CCPM لهذه الكيانات المنفصلة المشمولة، بما في ذلك صحة بورتلاند الكبرى، بمشاركة المعلومات الصحية المحمية مع بعضها البعض عند الضرورة لتنفيذ عمليات العلاج أو الدفع أو الرعاية الصحية المسموح بها المتعلقة بعمل ترتيب الرعاية الصحية المنظمة، ما لم هناك ما يمنعهما بالقانون أو القاعدة أو اللوائح. قد يتم تحديث قائمة الكيانات لتشمل كيانات جديدة في المستقبل. يمكنك الوصول إلى أحدث قائمة على [www.ccpmmaine.org/members](http://www.ccpmmaine.org/members) أو الاتصال بالرقم 207 992 9200

### مزيد من المعلومات، اطلب معلومات أو للإبلاغ عن مشكلة

إذا كانت لديك أسئلة، فيمكنك الاتصال بـ

Greater Portland Health, 180 Park Ave, Portland, ME 04102. (207) 874-2141. [www.graduateportlandhealth.org](http://www.graduateportlandhealth.org).

إذا كنت تعتقد أن حقوق الخصوصية الخاصة بك قد تم انتهاكها، فيمكنك تقديم شكوى إلى مسؤول الخصوصية والسلامة على العنوان أعلاه، أو إلى وزير الصحة والخدمات الإنسانية، واشنطن العاصمة، لن يكون هناك أية تبعات لتقديم شكوى.

## التسجيل في المركز الصحي المدرسي لقطاع صحة كريتر بورتلاند

### استمارة التفويض لاستخدام معلوماتك الصحية والإفصاح عنها

من خلال التوقيع أدناه، فإنني أقر وأوافق على ما يلي، فيما يتعلق بتسجيل طفلي في المركز الصحي التابع لمدرسة بورتلاند الصحية الكبرى (مركز الصحة المدرسية في كريتر بورتلاند GPH) والكشف عن السجل الصحي لطفلي والمعلومات ذات الصلة:

- لقد تأقبت وقرأت إشعار ممارسات المعلومات الصحية في مركز الصحة المدرسية في GPH التي تقدم المشورة فيما يتعلق بالاستخدامات والإفصاحات التي قد يتم إجراؤها للمعلومات الصحية في السجل الصحي لطفلي، وفقاً لمعايير السرية والخصوصية HIPAA.
- أفوض مركز الصحة المدرسية في GPH للوصول إلى السجل الصحي المدرسي لطفلي، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، السجلات المادية والسلوكية والاستشارية إن وجدت، وأي معلومات ذات صلة، لأغراض متعلقة بالعلاج أو كما يقتضي القانون أو يسمح به على النحو الذي يحدده مركز GPH الصحي.
- أفوض مركز الصحة المدرسية في GPH بتزويد المدرسة (بما في ذلك الممرضة والأخصائيين الاجتماعيين) بمعلومات من سجلات مركز الصحة المدرسية في GPH حسب الضرورة والمناسبة للأغراض المتعلقة بالعلاج أو وفقاً لما يقتضيه القانون أو يسمح به وفقاً لما يحدده قطاع كريتر بورتلاند الصحي GPH
- أفوض مركز الصحة المدرسية في GPH بمشاركة المعلومات في سجلات مركز الصحة المدرسية في GPH (بما في ذلك سجلات الصحة المدرسية إذا كانت مدرجة في سجل مركز الصحة المدرسية في GPH) مع الأطباء المعالجين الآخرين ومقدمي الخدمات بما في ذلك مقدمي الرعاية الأولية وأطباء الأسنان وأخصائيي الصحة العقلية لتسهيل تقديم الرعاية الصحية لطفلي.
- أفوض مقدم الرعاية الأولية وطبيب الأسنان وأخصائيي الصحة العقلية لطفلي ("مزودي الرعاية الصحية من طرف ثالث") لتقديم المعلومات والسجلات الصحية إلى مركز الصحة المدرسية في GPH لتسهيل تقديم الرعاية الصحية من قبل مركز الصحة المدرسية التابع لـ GPH لطفلي. أفهم أنه قد يطلب مني موفرو الطرف الثالث إجراء تفويض منفصل للسماح بالكشف عن السجلات المتعلقة بالمعالجة من قبل موفري الطرف الثالث.
- أفوض مركز الصحة المدرسية في GPH لإصدار معلومات من سجلات مركز الصحة المدرسية في GPH حسب الضرورة لشركات التأمين على الفواتير أو غيرهم من الجهات الدافعة.
- أفهم وأوافق على ما يلي: (1) هذا التفويض صالح لمدة عام واحد من تاريخ التوقيع ما لم يتم توفير مدة أقصر هنا؛ و (2) يجوز لي إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق إرسال إشعار كتابي بسحب التفويض، باستثناء الحد الذي اعتمد فيه مركز الصحة المدرسية في GPH على الموافقة الأصلية.

توقيع ولي الأمر/الوصي: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

الاسم بحروف كبيرة: \_\_\_\_\_ صلة القرابة: \_\_\_\_\_

اسم المدرسة: _____	تقييم المدرسة: _____
اسم الطالب: _____	تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____ الجنس _____
(كما هو في بطاقة MaineCare ، إن وجد)	الرمز البريدي: _____ بلا ماوى <input type="checkbox"/>
العنوان: _____	عنوان البريد الإلكتروني الخاص بالرعاية الصحية عن بُعد _____
هاتف الوالدين: _____ الاتصال عبر الرسائل نعم/لا	

اسم التأمين _____ معرف وثيقة التأمين # _____	هل أنت غير مؤمن عليه: نعم/لا إن لم يكن لديك تأمين، فسيصل بك أحد مستشاري المساعدة المالية لدينا لمناقشة التأمين وخيارات مقياس الرسوم المتصاعدة لدينا.
مجموعة # _____ عنوان المطالبة _____	
الضامن/اسم الوالد: _____ هاتف # _____	
رقم معرف MaineCare (ينتهي بـ A) _____	

<b>المعلومات الصحية</b>	<b>التاريخ الصحي للفرد/الأسرة - يرجى التحقق من تاريخ العائلة لمعرفة أي من الحالات الصحية التالية:</b>
الطبيب الأساسي/مقدم الرعاية الصحية: _____	_____ الحساسية
خضع طفلي لفحص جسدي خلال العامين الماضيين _____ نعم _____ لا _____ غير متأكد	داء السكري _____
سيحتاج طفلي لقاحات هذا العام. _____ نعم _____ لا _____ غير متأكد	اضطراب المناعة _____ الربو _____
هل طفلك مصاب بالربو؟ نعم /لا _____ هناك خطة مكتوبة للربو في المدرسة؟ نعم/لا _____	مرض القلب _____
هل طفلك مصاب بداء السكري؟ نعم /لا _____ هناك خطة مكتوبة لمرض السكري في المدرسة؟ نعم/لا _____	تعاطي الكحول أو المخدرات _____ ارتفاع ضغط الدم _____
مشاكل صحية جسدية أو أسنان أو عقلية أخرى: _____	ارتفاع نسبة الكوليسترول _____ مرض التنرن _____

سلالة الطلاب: _____ أبيض _____ أسود، أفريقي، أمريكي من أصل أفريقي _____ من سكان جزر المحيط الهادئ _____ آسيا _____
_____ جنوب/وسط/شمال أمريكا الهندي، سكان ألاسكا الأصليين _____ سكان هاواي الأصليون _____ متعدد الأعراق _____
عرق الطالب: _____ من أصل إسباني/لاتيني _____ ليس من أصل إسباني/لاتيني _____

إجمالي دخل الأسرة السنوي _____ إجمالي عدد أفراد الأسرة الذين يعيشون في نفس المسكن: _____
اسم رب الأسرة: _____ صلة القرابة بالطالب: _____

من خلال التوقيع على هذا النموذج، فإني أقر بذلك وأتفهم أنني:

- قد تلقيت وقرأت الرسالة إلى أولياء الأمور الخاصة بالمركز الصحي المدرسي التابع لصحة كريتر بورتلاند ("GPH") والتي تشرح ما هو مركز الصحة المدرسية GPH وما هي الخدمات والفوائد التي قد يقدمها لطفلي.
- يعد المركز الصحي المدرسي التابع لـ GPH كياناً منفصلاً عن المدرسة وعن مكتب ممرضة المدرسة. مركز GPH الصحي يوفر تقييمات الرعاية الأولية ومجموعة من علاجات الرعاية الصحية في موقع مدرسي من خلال التعاون في الاتصال مع مقدمي الرعاية الصحية الآخرين الذين قد يشاركون أيضاً في رعاية طفلي.
- هذه الموافقة صالحة طوال المدة الزمنية التي يتم فيها تسجيل الطالب في نظام مدرسة بورتلاند أو نظام مدرسة ويستبروك أو نظام مدرسة جنوب بورتلاند أو حتى ينتقل إلى مدرسة أخرى (أي من المدرسة الإعدادية إلى المدرسة الثانوية). عندما ينتقل طلابي من المدرسة الإعدادية إلى المدرسة الثانوية، يجب أن أقوم بإعادة تسجيلهم في المركز الصحي التابع لمدرسة GPH إذا كنت أرغب في استمرارهم في تلقي الخدمات في المركز الصحي المدرسي التابع لـ GPH.
- أنا مطالب بمراجعة وتوقيع نموذج تفويض لاستخدام والكشف عن معلومات الرعاية الصحية فيما يتعلق بتسجيل طفلي في المركز الصحي التابع لمدرسة GPH.

لقد قرأت هذا النموذج بالكامل وأوافق على تسجيل الطالب في المركز الصحي التابع لمدرسة GPH في هذا الوقت.

توقيع ولي الأمر/الوصي: _____ التاريخ: _____
الاسم بحروف كبيرة: _____ صلة القرابة: _____