

تسجيل المرضى

180 Park Avenue Portland, Maine 04102
Phone 207-874-2141 Fax 207-874-2164

For Office Use Only:

Provider:

Insurance:

Appointment Date/Time:

ID: ☐ Scanned ☐ Copied

معلومات المريض

الاسم الأوسط

الاسم الأول

الاسم العائلي

رقم الضمان الاجتماعي أو رقم تسجيل الأجانب: _____ - _____ - _____

الضمان الاجتماعي ☐ رقم تسجيل الأجانب (رقم I-94 من الحكومة الأميركية) ☐ لا شيء ☐

الاسم المفضل:

تاريخ الولادة: _____ / _____ / _____
سنة يوم شهر

أرقام الهاتف: هل ممكن ترك رسالة لك؟
(يرجى وضع دائرة على "نعم" أو "لا" إلى جانب كل رقم هاتف مزود)

رقم هاتف المنزل نعم ☐ لا ☐

رقم هاتف العمل نعم ☐ لا ☐

الهاتف الخليوي نعم ☐ لا ☐

الاتصال المفضل: ☐ المنزل ☐ العمل ☐ الخليوي

عنوان المراسلة/الفواتير (الشارع):

المدينة

رمز المنطقة

الولاية

عنوان البريد الإلكتروني
هل أنت مهتم ببوابة المرضى التابعة لنا؟ نعم ☐ لا ☐

الجنس عند الولادة

ذكر ☐

انثى ☐

الهوية الجنسية

ذكر ☐

انثى ☐

ذكر إلى انثى (متحول جنسياً)

انثى إلى ذكر (متحول جنسياً)

Genderqueer، ليس بالحصص

ذكر ولا انثى

غير ذلك _____

اختار عدم الإفصاح عن ذلك ☐

الميل الجنسي

لست متلي/متلية ☐

متلي أو متلية ☐

ثنائي/ثنائية الجنس ☐

شيء آخر ☐

لا أعرف ☐

اختار عدم الإجابة ☐

الضمير

هو، ضمير المذكر الغائب ☐

هي، ضمير الغائب المفرد ☐

ضمير الغائب في صيغة الجمع ☐

Hir، Ze ☐

غير ذلك ☐

ارفض الإجابة ☐

تم السؤال ولكنه غير معروف ☐

الجنس الحالي

ذكر ☐

انثى ☐

غير مُتمايز ☐

المعلومات التالية هي للأغراض الديموغرافية فقط وهي لن تؤثر في رعايتك.		
العرق / الأثنية		
☐ أبيض ☐ البرتغال، ألمانيا، بولندا، البوسنة، بلدان الشرق الأوسط ☐ أسود، أفريقي، أميركي من أصل أفريقي ☐ هايتي، جامايكا، كينيا، كونغو، الخ. ☐ آخر، من جزر المحيط الهادئ ☐ ساموا، غوام، ميكرونيزيا، تاهيتي، بالاو، الخ. ☐ آسيوي ☐ الصين، الفلبين، بنغلادش، نيبال، باكستان، فيتنام، إندونيسيا ☐ هندي أميركي/جنوب/وسط/شمال، من سكان ألاسكا الأصليين ☐ أميركي أصلي، أسكيمو، مايا، إنكا، بورتوريكو، ميسكيتو، تشاتينو، الخ. ☐ من سكان هاواي الأصليين ☐ من سكان أي من جزر هاواي الأصليين ☐ متعدد الأعراق ☐ أكثر من عرق/أثنية واحدة ☐ رفض التحديد		
الأثنية: ☐ أسباني/لاتينو ☐ غير أسباني/لاتينو		
ديموغرافية المرضى		
ضع علامة على أي وضع معيشي اختبرته في آخر 12 شهر ☐ أملك منزلاً ☐ استأجر ☐ مأوى (Oxford Street أو Florence House أو Family Shelter، أو Milestone، الخ.) ☐ الشارع (العيش في سيارة، مبنى مهجور، الخ.) ☐ إسكان مؤقت (Logan Place أو Pharos House أو SARC، الخ.) ☐ مشاركة غرفة مخصصة لشخص واحد (خدمة الاستضافة والشبكة الاجتماعية "Couch surfing"، ترتيبات الإسكان المؤقت لأسباب اقتصادية) ☐ العيش مع أقارب ☐ الوضع المعيشي الحالي _____	إجمالي الدخل العائلي (أكثر واحد) أسبوعياً _____ دولار شهرياً _____ دولار سنوياً _____ دولار	الوضع الوظيفي ☐ دوام كامل ☐ دوام جزئي ☐ عاطل عن العمل ☐ أعمل لحسابي ☐ معاق ☐ طالب
المنافع <u>إعانة SSI/SSDI، البطالة، الخ.</u> أسبوعياً _____ شهرياً _____ سنوياً _____	الإسكان العام <u>إسكان مدعوم بأموال عامة (Section 8)</u> ☐ نعم ☐ لا هل أنت مهاجر أو عامل بصورة فصلية؟ ☐ بصورة موسمية ☐ مهاجر موسمي ☐ لا أعمل في مزرعة	
برنامج المساعدة المالية (يرجى اختيار كل ما ينطبق):		
☐ MaineHealth Free Care Program - تاريخ انتهاء الصلاحية: _____ ☐ Northern Light (Mercy) Free Care – تاريخ انتهاء الصلاحية: _____ ☐ CarePartners ☐ مساعدة عامة		
هل لديك توجيهات طبية مسبقة أو وصية الأحياء؟ ☐ نعم ☐ لا *إذا نعم، يرجى إحضارها معك في موعدك الطبي القادم*	إجمالي عدد البالغين الذين يعيشون في المنزل: _____ إجمالي عدد الأطفال الذين يعيشون في المنزل: _____ إجمالي عدد أفراد العائلة الذين يعيشون في المنزل: _____	
كيف سمعت عن Greater Portland Health؟ _____		
ما البلد الذي تنتمي إليه أصلاً؟ _____		

اللغة المفضلة (اختر واحدة):

☐ الإنجليزية ☐ الإسبانية ☐ الفرنسية ☐ العربية ☐ البرتغالية ☐ الصومالية ☐ الكانتونية
☐ لينغالا ☐ لغة الإشارة (لمعاقبي السمع) ☐ كينيارواندا ☐ كيروندي ☐ سواحيلي ☐ لغة أخرى _____
هل تحتاج إلى مترجم فوري؟ ☐ نعم ☐ لا

هل سبق أن خدمت في أي فرع من فروع الجيش الأميركي؟ ☐ نعم ☐ لا

تغطية التأمين

Medicaid/Medicare

اسم المؤمن عليه _____
رقم بطاقة MaineCare (Medicaid): ☐ _____
اسم المؤمن عليه _____
رقم بطاقة Medicare: ☐ _____

تأمين تجاري/خاص

اسم المشترك _____
تاريخ الولادة / / _____
طبيعة العلاقة بالمريض _____
اسم شركة التأمين _____
رقم بطاقة العضوية _____
رقم المجموعة _____
التاريخ النافذ _____
العنوان _____
المدينة _____
الولاية _____
رمز المنطقة _____

☐ ليس لدي تأمين صحي ولكنني أرغب في أن أقدم طلب للحصول على مساعدة من برنامج المساعدة المالية (Financial Assistance Program) لدى Greater Portland

معلومات مرجع الاتصال في حالة الطوارئ/دور الدعم

(1) الاسم العائلي _____ الاسم الأول _____ طبيعة العلاقة _____ تاريخ الولادة _____
رقم الهاتف _____ *مريض لدى Greater Portland Health؟ ☐ نعم ☐ لا العنوان _____
(2) الاسم العائلي _____ الاسم الأول _____ طبيعة العلاقة _____ تاريخ الولادة _____
رقم الهاتف _____ *مريض لدى Greater Portland Health؟ ☐ نعم ☐ لا العنوان _____

****إذا كان المريض دون 18 سنة، فيرجى إتمام المساحة المظللة أدناه****

X

توقيع المريض / الوالد (ة) أو الوصي القانوني

التاريخ

GENERAL CONSENT TO TREATMENT

180 Park Avenue Portland Maine 04102

فاكس: (207) 874-2164 هاتف: (207) 874-2141



تاريخ الولادة

اسم المريض

(GPH) "Greater Portland Health" هو مركز صحي للمجتمع المحلي يقدم الرعاية الطبية المتكاملة في مجال الصحة البدنية والسلوكية، بما في ذلك فيروس الإيدز/ الإيدز وخدمات الأسنان، إلى المرضى بغض النظر عن العمر، الميل الجنسي، هوية الجنس الاجتماعي، اللون، العرق، الأثنية، المعتقد، الأصل القومي، الدين، الإعاقة البدنية أو العقلية، أو حالة المحارب القديم. يستخدم مركز GPH سجلاً صحياً إلكترونياً يتضمن جميع معلوماتك الصحية في مكان واحد. ولتزويدك بأفضل رعاية ممكنة، فإن مقدمي خدمات GPH الذين يقدمون الرعاية لك يمكنهم الاطلاع على أي جزء من سجلاتك الطبية وثيقة الصلة بعلاجك، والتي يمكن أن تتضمن صحتك البدنية والعقلية، سجلات تعاطيك لمواد الإدمان و/أو سجلات صحة الأسنان.

1. **موافقة عامة على العلاج:** بالتوقيع أدناه، فإنني أخوّل مقدمي الرعاية الصحية لدى GPH لإجراء الفحوص، الاختبارات والإجراءات التشخيصية بهدف تقييم أحوال رعايتي الصحية، وتقديم الرعاية (بما في ذلك العلاج الطارئ)، الخدمات أو العلاجات الضرورية للتشخيص الفعال وعلاجي. إنني أدرك بأنه تقع على عاتق مقدم/مقدمي الرعاية الصحية المعالجين لي مسؤولية التوضيح لي طبيعة الرعاية المقترحة، العلاج، الخدمات، الأدوية الموصوفة، التدخل، والإجراءات. قبل أن أخضع لأي إجراء أو اختبارات، سيقوم مقدم (مقدمي) الخدمات الخاص بي بتوضيح المنافع، المخاطر، أو التأثيرات الجانبية المحتملة بما في ذلك المشاكل المحتملة التي قد تحدث خلال الشفاء، احتمالية النجاح، والخيارات الأخرى بما في ذلك المخاطر الوثيقة الصلة أو التأثيرات الجانبية لتلك البدائل، وكذلك المعلومات حول النتائج المحتملة لعدم اختيار الخضوع للعلاج الموصى به.

2. **الحق برفض العلاج:** بإعطاء موافقتي العامة على العلاج، فإنني أدرك بأنه يحق لي رفض أي فحص، اختبار، إجراء، معالجة، علاج، أو أدوية موصى بها أو تعتبر ضرورية طبياً بواسطة مقدم (مقدمي) الرعاية الخاص بي وبأنني أظل مسؤولاً عن القرارات المتخذة فيما يخص رعايتي الصحية وعواقب هذه القرارات.

3. **مسؤولية الدفع:** إنني أفهم بأن يجب عليّ الدفع لصالح GPH أي تكاليف ناتجة عن علاجي. إنني أطلب أن يتم سداد المنافع المغطاة المخولة بالنشابة عني لصالح GPH لقاء مثل هذه الخدمات. إنني أدرك بأن GPH قد يفصح عن معلومات صحية حولي بما في ذلك معلومات متعلقة بفيروس الإيدز/ الإيدز، تعاطي مواد الإدمان (باستثناء المعلومات التي المقيدة بمقتضى للقانون)، وعلاج الصحة العقلية إلى شركة (شركات) التأمين الصحي للتحقق من تلك المنافع.

4. **الإفصاح عن معلومات الرعاية الصحية:** إنني أدرك بأنه، ورنهنا بظروف معينة، يحق لي أن أطلب تقييد الإفصاح عن المعلومات، تلقي معلومات سرية عبر إعطاء GPH عنواناً، رقم هاتف أو وسائل أخرى لتلقي المعلومات، الاطلاع أو الحصول على نسخ من معلوماتي الصحية المحمية عند طلب ذلك كتابةً، وأنه لدي حقوق أخرى فيما يخص معلوماتي الصحية كما هو وارد لاحقاً في إخطار الممارسات الصحية.

5. **إخطار ممارسات الخصوصية:** إنني أدرك بأنه يجب على GPH إحاطة معلوماتي الصحية بالسرية، ولكنه يمكنه قانوناً استخدام معلوماتي الصحية لأغراض علاجي أو جباية المستحقات المالية لقاء الخدمات المقدمة لي، تنسيق رعايتي، أو لأغراض العمليات الداخلية الضرورية لـ GPH.

6. **شبكة المعلومات الصحية HealthInfoNet: HealthInfoNet** هو نظام إلكتروني معياري وآمن، حيث يمكن لمقدمي الرعاية الصحية من جميع أنحاء ولاية مابن مشاركة معلومات المريض المهمة، ما يعطيهم الأدوات التي يحتاجونها لتمكينهم من اتخاذ قرارات أكثر وعياً واستنارةً فيما يخص العلاج. هذا برنامج يمكنك عدم المشاركة فيه وهذا يعني بأن التوقيع على نموذج الموافقة هذا يعطينا الإذن بالوصول إلى معلوماتك الطبية الموجودة في نظام HealthInfoNet (اختصاراً HIN). ورغم ذلك، وإذا رغبت بمعرفة المزيد حول هذا الأمر، أو كنت لا ترغب في المشاركة فيه، فيرجى طلب ذلك من أي فرد من ممثلي خدمة المريض التابعين لنا في مكتب الاستعلامات.

7. **التوقيع:** بالتوقيع أدناه فإنني أقر وأوافق بأنني قرأت وفهمت المعلومات الواردة أعلاه. إذا كان لدي أية أسئلة بخصوص موافقتي فإنني سأسأل مقدم الخدمات الخاص بي حولها قبل توقيع هذا النموذج.

التاريخ

التاريخ

توقيع المريض (إذا كان عمرك تحت 18 سنة، فيجب على الوالد/الوالدة أو الوصي القانوني التوقيع)

توقيع الشاهد

Greater Portland Health
إقرار بتلقي إخطار الممارسات المتعلقة بالمعلومات الصحية

عملاً بالقانون المتعلق بإمكانية نقل التأمين والمساءلة لعام 1996 (HIPAA)، فإنني أقر بأنني تلقيت إخطار الممارسات المتعلقة بالمعلومات الصحية من Greater Portland Health.

يرجى الكتابة بحروف منفصلة

الاسم العائلي: _____

الاسم الأول: _____

تاريخ الولادة: _____

توقيع الزبون/
الأب/الأم أو الوصي
القانوني: _____

التاريخ: _____



موافقة المريض على الرعاية

ساعات العمل

1. ساعات عمل Greater Portland Health مدرجة أدناه حسب الموقع:

أ. 180 Park Avenue	الاثنين، الأربعاء، الخميس الثلاثاء، الجمعة السبت
8 صباحاً-7 مساءً 8 صباحاً-5 مساءً 8 صباحاً-12 ظهراً	
ب. 63 Preble St. (الرعاية الصحية للمشردين)	الاثنين-الجمعة
7:45 صباحاً-3 بعد الظهر	
ج. 211 Cumberland Ave (Franklin Towers)	الثلاثاء، الخميس، الجمعة
8 صباحاً-12 ظهراً	
د. 59 Riverton Drive (Riverton Park)	الاثنين، الثلاثاء، الخميس، الجمعة
8 صباحاً 8 صباحاً-5 مساءً	
هـ. 100 Brick Hill Ave, South Portland (The Castle)	الاثنين-الجمعة
8 صباحاً-5 مساءً	

جدولة موعد أولى

1. لخدمتك على أفضل وجه كمريض لدى Greater Portland Health، يرجى إتمام الأوراق الخاصة بـ باي مريض جديد خلال موعدك الأول هذا. إذا احتجت إلى مساعدة في إتمام هذه الأوراق والمستندات المطلوبة يمكن لأحد أفراد الطاقم مساعدتك في هذا الأمر.
2. لن يتم رفض أي مريض بسبب عدم قدرته على الدفع. إذا لم يكن لديك تأمين صحي، فسنقوم بعمل موعد لقبولك لدى مستشار المساعدة المالية للمساعدة في ضمان أن تكون الرعاية معقولة الثمن. لدينا برنامج رسوم تنازلي (برنامج SFSD) بحسب الدخل للمرضى الذين ليس لديهم تأمين. إذا كنت تطلب أخذك بعين الاعتبار بالنسبة لبرنامج SFSD، فيجب أن تقدم إثباتاً لدخل عائلتك. وهذا يمكن أن يتضمن:
 - نسخة من آخر إقرار ضريب قدمته، دفتر/سجل حساب إذا كنت تعمل لحسابك، نماذج W-2، أو نسخة من أرومات (إيصالات) الشيكات. يرجى إحضار 4 أرومات شيكات إذا كنت أو كان أفراد عائلتك يُدفع لهم أسبوعياً أو أروماتين (2) شيكات إذا كان يُدفع لك مرة كل أسبوعين. سنحتاج إلى أرومات (إيصالات الدفع) الشيكات من جميع أفراد عائلتك الذين يعملون.
 - نسخة من شيكات برنامج TANF (برنامج المساعدة المؤقتة المالية للعائلات المحتاجة)، (SSI, SSDI)، شيكات التقاعد، بيانات منافع المحاربين القدامى، تعويض العمال، الضمان الاجتماعي، البيانات المصرفية أو الإيداعات المباشرة لأي مما تقدم.
 - إثبات على دفع نفقات الزوجة المطلقة أو نفقة الطفل التي تدفعها أو تتلقاها.
 - إذا كان أي فرد في عائلتك يتلقى مساعدة من City General Assistance (GA)، فيرجى إحضار إثباتاً على أنه يتلقى مساعدة من GA.
 - إذا كنت تتلقى مساعدة من فرد من أفراد العائلة أو من صديق، فيرجى إحضار معك رسالة دعم تثبت ذلك.
 - وثائق إيرادات الإيجار والدخل الذي يجنى عن طريق الفوائد.

يجب تحديث معلومات الدخل سنوياً على الأقل.

ستدفع الرسوم الكاملة إذا لم يتم تلقي الوثائق.

3. يرجى إتمام نموذج الإفصاح عن المعلومات وتزويدنا باسم، عنوان، رقم هاتف، ورقم فاكس مقدم/مقدمي خدماتك الطبية السابقين لضمان أن يكون بحوزتنا المعلومات الضرورية لتزويدك بأفضل رعاية ممكنة. نرغب في الحصول على جميع السجلات المتعلقة بصحتك، بما في ذلك سجلات التطعيمات/اللقاحات.
4. يُطلب منك أن تصل قبل 10 دقائق من جميع مواعيدك الطبية.
5. يُطلب منك إحضار معك بطاقة التأمين الخاصة بك في كل زيارة.
6. الدفعات التشاركية (co-pays) مستحقة الدفع عند زيارتك.

سياسة التخلف عن حضور المواعيد

1. نحن نتفهم بأنه تنشأ أحياناً ظروفًا تقتضي إعادة جدولة المواعيد. لذا فإننا نطلب إخطاراً قبل 24 ساعة مسبقاً وذلك كي نتتمكن من إعادة جدولة الموعد وإتاحة الموعد الملغى لمريض آخر.
2. نعتبر أن المريض تخلف عن حضور الموعد إذا:
 - فشل في الحضور إلى الموعد.
 - تأخر أكثر من 10 دقائق عن حضور الموعد.
 - ألغى أو أعاد جدولة الموعد بمهلة أقل مما يقتضيه الإخطار.
3. بعد التخلف عن حضور الموعد ثلاث مرات خلال فترة 12 شهراً، يصبح مطلوباً من المريض حجز موعد في نفس اليوم، ولن يصبح متاحاً له جدولة موعد مسبقاً.

السياسة المالية

1. يُتوقع تسديد التكاليف في وقت تلقي الخدمات. إذا كان لديك تأمين صحي أو كنت مشاركاً في برنامج SFSD (دفع رسوم على أساس الدخل) سيُطلب منك دفع التسديد التشاركي (co-payment).
2. إذا لم تكن قادراً على تسديد الرسوم في وقت الخدمة، فسوف يتم إرسال فاتورة إليك ويحق لك طلب خطة دفع على أقساط. طالما كنت قادراً على تلبية خطة الدفع الموضوعية بنية حسنة، فإننا سنستمر في تزويدك بالرعاية. قد يؤدي رفض الدفع أو رفض ترتيب خطة دفع التكاليف إلى استبعادك من المركز الصحي، وإحالة حسابك إلى وكالة جباية أموال خارجية.
3. نحن نقبل بالدفع النقدي، الشيكات، بطاقات الائتمان: Visa و Master Card و Discover.
4. نحن نقبل معظم التأمينات التجارية و Medicare و Tri-Care.
5. هناك غرامة مالية قدرها 20 دولار على أي شيكات دون رصيد.
6. أنت مسؤول عن إخطار Greater Portland Health بأن علاج معين متعلقة بإصابة (حالة تعويض العمال).
7. نحن نعمل مع NorDx فيما يخص الاختبارات المخبرية. إذا كان لديك تأمين، فإن NorDx سترسل لك فاتورة إلى تأمينك لقاء جميع الاختبارات المنجزة. سيتم تحميلك مسؤولية دفع أي تكاليف غير مغطاة بواسطة تأمينك. إذا كنت مشاركاً في برنامج Sliding Fee Scale Discount Program (دفع رسوم على أساس الدخل)، فإن NorDx ستقبل الرسوم التنازلية استناداً إلى دخل عائلتك، وسوف تُرسل إليك فاتورة التكاليف بناءً على أسعارك المخفضة. إذا لم تدفع لصالح NorDx لقاء تكاليف الاختبارات المخبرية، فسترسل NorDx فاتورتك إلى وكالة جباية. إذا كان لديك أسئلة حول تكاليف الاختبارات المخبرية، فيرجى سؤال طاقمنا.

لزيارة مقدم خدمات

1. إذا كنت بحاجة إلى جدول موعد، فنطلب منك أن تتصل خلال ساعات العمل المعتادة والبقاء على الخط للتحدث إلى مندوب خدمات المرضى.
2. إذا كان لديك سؤال طبي عام بخصوص دواء أو صحتك، أو حاجة طبية ملحة خلال ساعات عملنا، فنطلب منك الاتصال بعيادتنا واختيار الخيار رقم 3.
3. إذا كان لديك حاجة طبية ملحة عندما يكون المركز الطبي مغلقاً، فيمكنك الاتصال بخطنا الرئيسي 207-874-2141 للتواصل مع ممرضتنا المداومة بعد ساعات عملنا المعتادة.
4. إذا كانت لديك حالة طبية طارئة فاتصل بالرقم 911.

إعادة تعبئة الأدوية

1. يرجى السماح بـ 48 ساعة لمعالجة جميع طلبات إعادة تعبئة الأدوية. يقع على عاتقك إخطار عيادتنا قبل نفاذ أدويةك.
2. إذا لم يكن لديك موعد مجدول لدى مقدم خدماتك وتحتاج إلى أدوية، فيمكنك طلب إعادة تعبئة بعض الأدوية عبر الهاتف، هنا نطلب منك أن تتصل خلال ساعات عملنا المعتادة والضغط على الرقم ثلاثة (3) للتحدث إلى مساعد طبي.
3. لا يمكن إعادة تعبئة المواد الخاضعة للرقابة عبر الهاتف.

الإحالات إلى مقدمي خدمات آخرين

1. إذا قام مقدم خدماتك بإحالتك إلى طبيب أو مقدم خدمات آخر للمساعدة في رعايتك، فإن طاقمنا سيتولى أمر تنسيق الإحالة. من المهم جداً أن تحافظ على جميع مواعيدك مع مقدمي الخدمات الآخرين، كما تقع على عاتقك مسؤولية الاتصال وإعادة الجدولة إذا تعذر عليك الحفاظ على موعد.

سياسة المواد الخاضعة للرقابة

1. لن يقوم مقدمو الخدمات لدى Greater Portland Health بوصف مواد خاضعة للمراقبة لعلاج ألم مزمن. يقوم مقدمو الخدمات بالحد من استخدام المخدرات أو المواد الخاضعة للرقابة الأخرى إلا في حالات نادرة بسبب الاحتمال الكبير لإساءة استخدامها.

إخطار الممارسات المتعلقة بالمعلومات الصحية

يوضح هذا الإخطار كيف يمكن استخدام المعلومات الطبية الخاصة بك والإفصاح عنها، وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات، فيرجى مراجعته بعناية.

فهم سجلك/معلوماتك الصحية

- عندما تزور Greater Portland Health، يتم توثيق زيارتك في سجل. قد يحتوي هذا السجل على الأعراض التي تعاني منها، نتائج الفحوص والاختبارات، التشخيص، العلاج، وخطة الرعاية/الخدمات المستقبلية. هذه المعلومات التي تدعى سجلك الصحي/الطبي تعتبر جزءاً مهماً من الرعاية/الخدمات الصحية التي نقدمها لك. فهي بمثابة:
- الأساس للتخطيط لرعايتك وعلاجك.
 - وسيلة للتواصل مع المهنين في مجال الصحة المساهمين في رعايتك الذين يقدمون الخدمات لك.
 - وثيقة قانونية تصف الرعاية/الخدمات التي تتلقاها.
 - التأكيد للدافعين من الأطراف الثالثة (شركة التأمين) من أن الخدمات قد تم التزويد بها.

حقوقك بخصوص معلوماتك الصحية

- رغم أن سجلك الصحي مملوك مادياً لـ Greater Portland Health، غير أن المعلومات فيه أنت تملكها. وفقاً لقواعد الخصوصية الفيدرالية، فإنك تملك الحق في:
- تلقي إخطار فيما يخص استخدام سجلك الصحي/الطبي والإفصاح عنه، بما في ذلك النسخ الورقية للإخطار إذا تم طلبها.
 - طلب تقييد استخدام معلوماتك الصحية والإفصاح عنها، أو الطلب منا إرسال رسائلنا السرية عن طريق وسيلة بديلة.
 - فحص والحصول على نسخة من سجلك.
 - طلب أن يتم تعديل سجلك الصحي.

مسؤولياتنا

- Greater Portland Health ملزمة على:
- الحفاظ على خصوصية معلوماتك الصحية.
 - تزويدك بإخطار فيما يخص واجبات Greater Portland Health القانونية وكذلك ممارسات الخصوصية المتعلقة بمعلوماتك الصحية التي نقوم بجمعها والحفاظ عليها.
 - التقيد بشروط هذا الإخطار
 - الحصول على موافقتك قبل الإفصاح عن معلوماتك الصحية/الطبية.
- تحتفظ Greater Portland Health بحق تغيير وتنقيح ممارساتها فيما يخص الخصوصية كي تبقى تتمثل إلى القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية. إذا اقتضت الضرورة ذلك فإن المرضى/الزبائن سيتلقون إخطاراً جديداً بالممارسات المتعلقة بالمعلومات الصحية في الزيارة التالية لهم.

الإفصاحات المسموح بها دون الحصول على موافقتك لأغراض الأولويات الوطنية

- Greater Portland Health مسموح لها استخدام والإفصاح عن معلوماتك الصحية دون الحصول على موافقتك في الحالات التالية:
- عندما يقتضي ذلك قانون الولاية أو القانون الفيدرالي.
 - للسلطات، بما في ذلك المسؤولين الطبيين للولاية، إدارة الدواء والغذاء، سلطات إنفاذ القانون، منظمات التبرع بالأعضاء، الأطباء الشرعيين، فيما يتصل بتعويض العمال، عند طلب ذلك في إطار وظائف حكومية متخصصة معينة، بما في ذلك الأوضاع العسكرية والأوضاع المشابهة، ووكالات أخرى مسؤولة عن مكافحة الأمراض والتحكم بها.

ترتيبات الرعاية الصحية المنظمة

Greater Portland Health عضو في شراكة Community Care Partnership of Maine (اختصاراً "CCPM")، وهي "ترتيب للرعاية الصحية المنظمة" يركز على تحسين صحة المجتمعات المحلية التي تقع في دائرة خدمتها. يستخدم أعضاء CCPM، بالتعاون مع شركات التأمين، المنطق التحليلي لصحة الشرائح السكانية، مراجعة الاستخدام، تقييم الجودة وتحسين أنشطة التحسين، إضافة إلى استراتيجيات أخرى قائمة على الأدلة لتحسين رعايتك الصحية. يخضع الأعضاء بشكل متبادل للمساءلة فيما يخص صحة جميع مرضاهم الذين يتم خدمتهم بواسطة CCPM. الكيانات التي تتشكل منها Organized Health Care Arrangement هذه تتضمن المراكز والمستشفيات المجتمعية التالية: مركز Cary Medical Center، مركز DFD، Russell Medical Center، مركز Katahdin Valley Health Center، Fish River Rural Health، مستشفى Mayo Regional Hospital، مستشفى Millinocket Regional Health، مركز رعاية Nasson Health Care، مركز خدمات Pines Health Services، مركز Penobscot Community Health Center، مركز Greater Portland Health، مركز Seabasticook Family Doctors، والرعاية الصحية لـ St. Joseph Healthcare. يسمح ترتيب Organized Health Care Arrangement لـ CCPM لهذه الكيانات المنفصلة المغطاة، بما في ذلك Greater Portland Health، بالمشاركة في المعلومات الصحية المحمية فيما بينها عندما تقتضي الحاجة ذلك لإجراء علاج مسموح به، للدفع أو لإجراء عمليات رعاية صحية تتصل بعمل Organized Health Care Arrangement، ما لم يتم تقييد هذه الأنشطة بموجب القوانين أو القواعد أو التشريعات. قد تخضع قائمة الكيانات للتحديث لتسري على كيانات جديدة في المستقبل. يمكنك الوصول إلى أحدث قائمة على الموقع الإلكتروني: www.ccpmmaine.org/members أو عن طريق الاتصال بالرقم 207-992-9200.

للحصول على مزيد من المعلومات أو لطلب معلومات أو للإبلاغ عن مشكلة

إذا كانت لديك أسئلة يمكنك مراسلة Greater Portland Health، على العنوان البريدي: 180 Park Ave, Portland, ME 04102 أو الاتصال على الرقم: 207-874-2141 أو زيارة الموقع www.greaterportlandhealth.org. إذا اعتقدت بأن حقوق خصوصيتك قد تم أو يتم انتهاكها، فيمكنك تقديم شكوى لدى مسؤول الخصوصية والسلامة على العنوان البريدي أعلاه، أو لدى وزارة الصحة والخدمات البشرية في واشنطن العاصمة. واعلم بأنه لن يكون هناك أي ردود فعل انتقامية بسبب تقديمك للشكوى.

تسجيل المريض

180 Park Avenue Portland Maine 04102



سرية المعلومات الصحية

إنني أعطي الإذن بموجب الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية (المعلومات الصحية الخاصة) الضرورية لتقديم شكاوى لدى شركة تأميني وإحالة الفوائد المستحقة الدفع لي لصالح الطبيب أو المجموعة المذكورة في النموذج. نسخة التوقيع أدناه هي صالحة مثل النسخة الأصلية.

بالتوقيع أدناه أنت تعيد بأن المعلومات التي زودت بها هي حقيقية، وبأنك تخول GREATER PORTLAND HEALTH بالتحقق من تلك المعلومات، والإفصاح عنها إلى مقدمي إحالة الرعاية المتبادلين. أنت توافق أيضاً على السماح لـ GREATER PORTLAND HEALTH للمشاركة في البيانات الديموغرافية وبيانات الدخل مع مناحي الولاية والمانيين الفيدراليين والخاصين حسبما تقتضي الضرورة. وأنت تقر أيضاً بأنك تتحمل المسؤولية مالياً عن تكاليفك الكاملة إذا كنت ستتحمل التكاليف الطبية بنفسك وعن رصيد التكاليف المالية بعد تطبيق أي تخفيضات وعن أي اقتطاعات (deductibles) أو تسديدات تشاركية (co-pays) أو أي خدمات لا يغطيها تأمينك. يمكن أن تُعتبر أي معلومات مزودة التي يتم اكتشاف أنها كاذبة الآن، أو في المستقبل، على أنها احتيال يمكن أن تتحمل أنت مسؤوليتها. تم تزويدك أيضاً بنسخة عن شُرعة حقوق المريض الخاصة بك وعقد رعاية المريض، والقانون المتعلق بإمكانية نقل التأمين والمساءلة لعام 1996 (HIPPA): إخطار ممارسات الخصوصية. بتوقيعك سنقر أيضاً بأنك استلمت وفهمت هذه الوثائق، وللتأكيد من أن المعلومات المتضمنة في هذا النموذج تم التزويد بها بواسطتك.

أنا، الموقع أدناه، أشهد بأنه لدي تغطية تأمين وإنني أحيل جميع الفوائد المستحقة الدفع لي لصالح Greater Portland Health، لقاء الخدمات المقدمة لي. إنني أدرك بأنني مسؤول مالياً عن جميع التكاليف سواء دُفعت أو لم تُدفع بواسطة التأمين. كما إنني أخول بموجب مرفق الرعاية الصحية المذكور اسمه بالإفصاح عن جميع المعلومات الضرورية لضمان دفع المنافع. إنني أخول استخدام توقيعني على جميع تقارير وأوراق التأمين.

X

توقيع المؤمن عليه / الطرف المسؤول / المريض / الوالدة) أو الوصي القانوني

التاريخ

الاسم بأحرف منفصلة

تاريخ الولادة