



معلومات التسجيل في المركز الصحي المدرسي

عزيزي الوالد / ولي الأمر،

بالشراكة مع مدارس Portland، Westbrook، وSouth Portland العامة ومركز Maine Medical Center، تقدم هيئة Greater Portland Health (يُشار إليها لاحقاً باسم هيئة GPH) خدمات المركز الصحي المدرسي في: مدارس Portland، Deering، وCasco Bay High Schools، وPATHS، وKing Middle School، وWestbrook High and Middle Schools، وSouth Portland High and Middle Schools.

يرجى إكمال نموذج التسجيل الطبي المرفق للسماح لطفلك بتلقي الخدمات الصحية المدرسية في أي مركز صحي مدرسي تابع لهيئة GPH وفي أي مركز رعاية أولية تابع لها يقدم خدمات الأطفال. إذا كان لدى طفلك بالفعل مقدم رعاية أولية منتظم أو مقدم خدمات الصحة النفسية، فلا يزال بإمكانك تسجيله في برنامج المركز الصحي المدرسي التابع لهيئة GPH. هدفنا هو أن يرتبط جميع الأطفال وعائلاتهم بدار رعاية طبية للرعاية الأولية. تكمل المراكز الصحية المدرسية التابعة لهيئة GPH خدمات مقدم الرعاية الأولية المنتظم لطفلك وتنسق الرعاية معه حسب الاقتضاء. يرجى زيارة موقع GPH الإلكتروني (<https://www.greaterportlandhealth.org/services/school-base-health-centers>) لمزيد من المعلومات.

سيتم تقديم مطالبات التأمين للخدمات المقدمة حسب الاقتضاء. إذا لم يكن لدى المريض تأمين، فستقدم هيئة GPH نظام رسوم متدرجاً.

توفر المراكز الصحية المدرسية لدى هيئة GPH ما يلي:	أهم 5 أسباب لتسجيل طفلك:
• الخدمات الصحية الأولية • خدمات الصحة السلوكية • خدمات الطب النفسي للمرضى الخارجيين • خدمات صحة الأسنان (تسجيل منفصل) • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد • إدارة وسائل منع الحمل، بما في ذلك وسائل منع الحمل الطارئة • الفصد • البصريات	1. فريق عمل ودود ومتعاون 2. جدولة مريحة وسريعة (لا حاجة للانتقال) 3. التنسيق مع مقدم الرعاية الأولية لطفلك 4. الجودة والرعاية الرحيمة 5. متابعة سهلة للأمراض المزمنة

ستجد في هذه الحزمة:

- الأسئلة الشائعة (FAQ) حول المراكز الصحية المدرسية لدى هيئة GPH - يمكنك الاحتفاظ بها
- إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بشركة Greater Portland Health - لتتمكن من الاحتفاظ به
- نموذج التسجيل الطبي - يرجى تعبئته، وتوقيعه، والعودة إلى مركز الصحة المدرسي أو إلى ممرضة المدرسة.
- الموافقة العامة على العلاج - يرجى التوقيع والعودة إلى مركز الصحة المدرسي أو الممرضة المدرسية.
- تفويض الإفصاح عن المعلومات - يرجى التوقيع والعودة إلى مركز الصحة المدرسي أو إلى ممرضة المدرسة.

لأسئلة إضافية، يرجى الاتصال على 874-2141 (207) تحويل 7 أو عن طريق البريد الإلكتروني

المراكز الصحية المدرسية في هيئة GPH

الأسئلة الشائعة

س: ما المدارس التي لديها مراكز صحية؟

ج: في بورتلاند: مدرسة King Middle School، ومدرسة Deering High School، ومدرسة Portland High School، ومدرسة Casco Bay High School ومدرسة PATHS في ويستبروك: مدرستا Westbrook High and Middle Schools. في جنوب بورتلاند: مدرستا South Portland High School and Middle Schools.

س: كيف يمكنني تسجيل طفلي؟

ج: املأ نموذج التسجيل ووقع عليه. يمكن إعادة النموذج المكتمل بالطرق التالية: إلى المركز الصحي المدرسي في المدرسة أو إلى ممرض المدرسة أو إلى معلم الصف.

س: هل يمكن أن يفحص مقدم الرعاية الصحية طفلي في المركز الصحي المدرسي التابع لهيئة GPH أو ممارس الرعاية الأولية إذا لم تتم إعادة نموذج التسجيل بتوقيع أحد الوالدين؟

ج: يجب أن يكون لدى القاصرين (أقل من 18 عامًا*) نموذج تسجيل موقع قبل أن يفحصهم مقدم الخدمة. يعمل نموذج التسجيل باعتباره قسيمة إذن لتقديم خدمات الصحة الطبية والسلوكية للقاصر.

ستسمح الموافقة الشفهية من والد الطفل أو الوصي عليه لمقدم الخدمة بفحص الطفل مرة واحدة فقط. يجب إعادة نموذج التسجيل المكتمل والموقع قبل تقديم أي خدمات أخرى.

* يجوز للقاصر الموافقة على جميع خدمات الاستشارات الطبية والعقلية وخدمات طب الأسنان وغيرها من الخدمات الصحية إذا كان القاصر:

- يعيش بمفرده ومستقلًا عن دعم الوالدين
- متزوج
- عضو في القوات المسلحة
- قاصر مأذون

إذا كان الطالب أكبر من 18 عامًا، فيمكنه ملء نموذج التسجيل الخاص به والتوقيع عليه لتلقي الخدمات في أي ممارسة أو موقع تابع لهيئة GPH.

س: ما الذي يمكن اعتباره زيارة سرية؟

سيتمكن الأطفال المسجلون في المركز الصحي المدرسي من الوصول إلى الخدمات السرية (ما لم يختار الطفل إشراك والديه في رعايته ويمنحهما الإذن للقيام بذلك). تعتبر الخدمات التالية زيارات سرية:

- تعاطي ومعاورة الكحول والمخدرات
- اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشرية وغيره من الأمراض المنقولة جنسيًا
- خدمات الرعاية السابقة للولادة
- رعاية الصحة النفسية للمرضى الخارجيين
- إدارة وسائل منع الحمل (بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر: الواقي الذكري، حبوب منع الحمل الفموية، لصقات منع الحمل، حبوب منع الحمل الطارئة؛ ولطلاب المدارس الثانوية: حقن وسائل منع الحمل، غرسات منع الحمل، وسائل منع الحمل داخل الرحم)

س: هل ينبغي تسجيل طفلي إذا كان بالفعل مريضًا مسجلًا في هيئة GPH؟

ج: نعم

س: هل يمكن فحص الأطفال في مركز الصحة المدرسي إذا لم يكن لديهم تأمين؟

ج: نعم

س: لدي سؤال حول التأمين أو الفاتورة التي تلقيتها.

ج: إذا كنت ترغب في مناقشة خيارات التأمين والدفع، بما في ذلك جدول الرسوم المتدرج، يرجى الاتصال على 874-2141 (207) وإدخال التحويلة 5058 للاتصال بمستشاري المساعدة المالية لدينا. إذا كانت لديك أسئلة حول الرسوم أو الخدمات الموجودة في فاتورتك، يرجى الاتصال على 874-2141 (207) والضغط على 6 للاتصال بقسم الفوترة.

س: لماذا تطلب معلومات دخل الأسرة في نموذج التسجيل؟ هل يمكنني رفض الإجابة على هذا السؤال؟

ج: تلتزم هيئة GPH بالإبلاغ عن مستويات دخل المرضى لدينا لاستخدامها في أغراض التمويل الذي تتلقاه مراكزنا الصحية. لا تتم مشاركة بيانات المريض الفردية، ولا يؤثر مستوى دخل الطفل بأي حال من الأحوال على الرعاية التي يتلقاها. يمكنك رفض تقديم معلومات الدخل.

س: ما الفرق بين أدوار ممرض المدرسة ودور المركز الصحي المدرسي؟

ج: يقوم ممرض المدرسة بتقييم المشكلات الطبية لتحديد ما إذا كان الطفل بحاجة إلى فحصه من قبل مقدم الرعاية الأولية. ممرضو المدرسة قادرون على تحديد العوائق التي تحول دون التعلم، ومراجعة حالة التطعيم، والتقييم الأولي أو علاج الحوادث والأمراض، وإعطاء الأدوية، ودعم النجاح التعليمي من خلال خطط التعليم الفردية وخطط الصحة الفردية.

توفر المراكز الصحية المدرسية منفذ وصول ومصدراً للرعاية الأولية للأطفال، ويعمل بها مقدمو خدمات الصحة الطبية والسلوكية (مثل الأطباء والممرضين الممارسين ومساعدى الأطباء والأخصائيين الاجتماعيين السريريين المرخصين). يمكن للأطفال المسجلين اختيار هيئة GPH لتصبح المرجع الطبي الأساسي لهم؛ ومن ثم يحصلون على رعاية منسقة يسهل الوصول إليها على مدار العام. إذا كان لدى الطفل رعاية أولية مُسجلة في مكان آخر، فسيقوم مقدمو الرعاية في المراكز الصحية المدرسية بالتنسيق مع مقدم الرعاية الأولية الخاص بالطفل.

س: ما الخدمات المقدمة داخل المراكز الصحية المدرسية؟

ج: تشمل الخدمات المقدمة: الفحوصات البدنية الرياضية وتشخيص وعلاج الأمراض البسيطة وإدارة الحالات المزمنة والتطعيمات واستشارات الصحة النفسية والفصد (سحب الدم للمختبرات) وإدارة وسائل منع الحمل.

س: هل يجب أن يذهب الأطفال إلى ممرض المدرسة أولاً أم يذهبون مباشرة إلى المركز الصحي المدرسي؟

ج: يمكن للأطفال المسجلين في الخدمات الصحية المدرسية اختيار المكان الذي يريدون الذهاب إليه أولاً. نرحب دائماً بالطفل المسجل للدخول إلى أي مركز صحي مدرسي خلال ساعات العمل. يمكن تحديد المواعيد مسبقاً من خلال ممرض المدرسة أو من قبل الطفل.

س: هل يمكن فحص طفلي في المركز الصحي المدرسي حتى لو لم يلتحق بتلك المدرسة؟

ج: نعم، إذا كان طفلك مسجلاً في الخدمات الصحية المدرسية في GPH، فيمكن فحصه في أي من المراكز الصحية المدرسية لدينا وفي أي ممارسة رعاية أولية لدى هيئة GPH تخدم الأطفال.

س: هل أحتاج إلى إعادة تسجيل طفلي في الخدمات الصحية المدرسية في هيئة GPH كل عام؟ إذا غادر طفلي مدارس Westbrook، أو

South Portland، أو Portland Schools، فهل سيظل مريضاً مسجلاً لدى هيئة GPH؟

ج: طالما أن طفلك طالب مسجل في مدارس Westbrook، أو South Portland، أو Portland Schools، فلن تحتاج إلى تقديم أوراق جديدة كل عام. لا ينبغي أيضاً تقديم أوراق إضافية لطفلك ليتم فحصه في أي من المراكز الصحية المدرسية التابعة لهيئة GPH أو أي ممارسة رعاية أولية لديها تخدم الأطفال.

إذا لم يعد طفلك طالباً مسجلاً في أحد هذه الأنظمة المدرسية الثلاثة، فينبغي الاتصال بهيئة GPH على الرقم 874-2141 واطلب أن يظل طفلك مريضاً مسجلاً في إحدى ممارسات الرعاية الأولية التي تخدم الأطفال. قد تحتاج إلى أوراق إضافية.

س: ماذا لو احتاج طفلي إلى رعاية طبية خارج ساعات المدرسة؟

ج: يمكنك تحديد موعد في أي عيادة رعاية أولية تابعة لهيئة GPH تخدم الأطفال عن طريق الاتصال بالرقم 874-2141. إذا كان لدى طفلك مقدم رعاية أولية خارج هيئة GPH، فيمكنك اختيار الاتصال به أيضاً.

س: هل سيتمكن طفلي من الوصول إلى مزودي المركز الصحي المدرسي خلال فترات التعلم عن بُعد أو الجداول المدرسية المعدلة؟

ج: نعم. يمكن لجميع مقدمي خدمات الصحة الطبية والسلوكية عقد مواعيد الرعاية الصحية عن بُعد (عبر ZOOM أو الهاتف) مع المرضى. للحصول على معلومات الاتصال الصحيحة لزيارات الرعاية الصحية عن بُعد، يُرجى تقديم البريد الإلكتروني لطفلك في نموذج التسجيل.

لأسئلة إضافية، يرجى الاتصال على 874-2141 (207) تحويلة 7 أو عن طريق البريد الإلكتروني

gphschoolhealth@greaterportlandhealth.org

إشعار ممارسات الخصوصية

يصف هذا الإشعار كيفية استخدام ومعلوماتك الطبية والإفصاح عنها، وحقوقك المتعلقة بمعلوماتك الصحية المحمية ("PHI")، وكيفية تقديم شكوى بشأن انتهاك خصوصية أو أمان هذه المعلومات، أو حقوقك المتعلقة بها. لديك الحق في الحصول على نسخة من هذا الإشعار (ورقية أو إلكترونية) ومناقشته مع مسؤول الخصوصية في ("GPH") Greater Portland Health على الرقم 207-874-2141 إذا كانت لديك أي أسئلة.

ينطبق هذا الإشعار على جميع معلومات PHI، بما في ذلك، إذا كان ذلك مناسباً، معلومات علاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة ("SUD").

استخدام معلومات PHI والإفصاح عنها:

عندما تطلب خدمات الرعاية الصحية من GPH، يتم توثيق سجل التفاعل. يحتوي هذا السجل على الأعراض التي تشعر بها ونتائج الفحص والتحليل والتشخيص والعلاج وخطة لرعايتك أو الخدمات المستقبلية. هذه المعلومات هي جزء من سجلك الصحي/الطبي وهي جزء أساسي من الرعاية الصحية/الخدمات التي نقدمها لك. المعلومات عنك في السجل يُشار إليها أحياناً باسم PHI، وتلتزم GPH قانونياً بحماية خصوصيتها. أي استخدامات وإفصاحات عن معلومات PHI غير واردة في هذا الإشعار لن يُسمح بها إلا بعد إشعارك والحصول على موافقتك المكتوبة المسبقة، والتي يحق لك إلغاؤها في أي وقت. مثال على ذلك الأنشطة التسويقية.

قد نستخدم معلومات PHI ونفصح عنها بدون تفويض كتابي منفصل للأغراض التالية:

- التخطيط وتقديم خدمات الرعاية الصحية والعلاج لك.
- التواصل مع المتخصصين الصحيين المشاركين في رعايتك.
- التحقق من جهات الدفع الخارجية (شركات التأمين) بأن الخدمات تم تقديمها.
- تنفيذ عمليات الرعاية الصحية، بما في ذلك تقييمات الجودة المتعلقة بالرعاية التي نقدمها والنتائج التي نحققها.
- إعلامك بالخدمات والعلاجات التي قد تهتمك.
- الامتثال للقوانين الفيدرالية وقوانين الولاية التي تتطلب منا الإفصاح عن معلومات PHI.
- إذا كانت معلومات PHI تتضمن سجلات SUD التي تم إنشاؤها باستخدام برنامج SUD مدعوم بتمويل اتحادي، وإذا كنت قد وقعت على نموذج تفويض للإفصاح عن معلومات PHI الأخرى لطرف ثالث، فإن هذا التفويض كافٍ قانونياً للسماح بالكشف عن معلومات SUD.

القيد الخاصة:

لن نفصح عن معلومات PHI أو ندلي بشهادتنا بشأن محتوى سجلاتك السرية في أي إجراءات مدنية أو إدارية أو جنائية أو تشريعية بدون موافقتك الكتابية المحددة أو أمر قضائي. لن يتم تقديم ملف معلومات PHI للإجراءات القضائية (استناداً إلى أمر استدعاء أو تفويض قانوني آخر وأمر قضائي) بدون إخطارك أولاً لإتاحة الفرصة للطعن في التقديم أو للاستماع إليك، وذلك إذا كان هذا الإشعار و/أو الفرصة مطلوبين بموجب القانون الفيدرالي.

الإفصاحات المتعلقة بخدمات اضطراب تعاطي المواد المخدرة في برنامج "الجزء 2". إذا كانت معلومات PHI تتضمن سجلات SUD التي تم إنشاؤها بالتزام مع برنامج "الجزء 2" (أي برنامج SUD مدعوم بتمويل اتحادي)، فقد يتم الكشف عن أي إفصاح مسموح به أو إلزامي للعلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية لمقدم آخر أو برنامج SUD من قبل ذلك البرنامج أو مقدم الرعاية الصحية إذا سُمح بذلك بموجب القانون الفيدرالي، بدون الحاجة إلى موافقة كتابية منفصلة منك. إذا وقعت على نموذج تفويض للإفصاح عن معلومات PHI لطرف ثالث، ويشمل كل من معلومات PHI العامة وسجلات SUD، فلن تكون هناك حاجة إلى نموذج موافقة منفصل للإفصاح عن SUD.

حقوقك المتعلقة بمعلوماتك الصحية.

على الرغم من أن سجلك الصحي هو ملكية مادية لشركة GPH، إلا أن المعلومات الصحية المحمية ملكك. بموجب قواعد الخصوصية الفيدرالية، يحق لك:

- استلام إشعار باستخدام والإفصاح عن سجلك الصحي/الطبي، بما في ذلك نسخة ورقية من الإشعار إذا طلب ذلك.
- طلب تقييد استخدام والإفصاح عن معلوماتك الصحية أو اطلب إرسال اتصالاتك السرية بوسائل بديلة.
- فحص سجلك والحصول على نسخة منه.
- طلب تعديل سجلك الصحي.
- ضمان دقة معلومات PHI.
- طلب محاسبة عن استخدامات معينة والإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية.

مسؤولياتنا.

على GPH:

- الحفاظ على خصوصية معلوماتك الصحية، بما في ذلك ملاحظات العلاج النفسي واستشارات SUD، ما لم توافق أو كان هناك استثناء للإفصاح.
- تزويدك بإشعار بشأن الواجبات القانونية وممارسات الخصوصية الخاصة بشركة GPH فيما يتعلق بالمعلومات الصحية التي نجعلها ونحتفظ بها عنك.
- الالتزام بشروط أحدث إشعار لدينا.
- إبلاغك إذا لم تتمكن GPH من الالتزام بالقيود المطلوبة.
- تلبية الطلبات المعقولة المتعلقة بالوسائل البديلة للتواصل بخصوص المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك.
- تزويدك بفرصة اختيار عدم تلقي رسائل جمع التبرعات من GPH إذا شاركت GPH في جمع التبرعات.
- تزويدك بنموذج موافقة واحد يسمح لـ GPH باستخدام معلومات PHI والإفصاح عنها لأغراض العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية.

تحتفظ GPH بالحق في تغيير ممارسات الخصوصية الخاصة بها ومراجعتها لتظل متوافقة مع القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية. في حالة حدوث تغيير جوهري، يجب توفير إشعار منقح أو توزيعه للحد الذي يقتضيه القانون.

الإفصاحات مسموح بها بدون موافقة.

يسمح لشركة GPH باستخدام معلوماتك الصحية والكشف عنها بدون موافقتك:

- لأغراض متعلقة بالعلاج.
- لأغراض متعلقة بالدفع.
- لعمليات الرعاية الصحية.
- عندما يقتضي قانون الولاية أو القانون الفيدرالي.
- عند السماح بذلك قانوناً، في التواصل مع شركاء الأعمال؛ ولتذكيرات المواعيد؛ وللسلطات الصحية الحكومية، بما في ذلك ضباط الصحة في الولاية، وإدارة الغذاء والدواء، ومنظمات التبرع بالأعضاء، وجهود السلطات للأنشطة العامة وحماية الصحة، بما في ذلك الإفصاحات المتعلقة بخدمات حماية الأطفال أو البالغين؛ وحالات الطوارئ الطبية؛ والتبرع بالأعضاء أو الأنسجة؛ والبحث باستخدام بيانات غير محددة الهوية؛ والفاحص الطبي؛ وخدمات للائتمان للقوانين المتعلقة بتعويضات العمال؛ وبعض الوظائف الحكومية المتخصصة المسموح بها، بما في ذلك العمليات العسكرية أو جهود الإغاثة من الكوارث؛ ولسلطات إنفاذ القانون الحكومية استجابة لأمر قضائي، أو في مواقف قانونية أخرى مثل الإبلاغ عن جريمة أو الاستجابة لبعض الاستدعاءات الصحية.

الإفصاحات المسموح بها مع فرصة للانسحاب. يجوز لـ GPH التواصل معك بعد منحك فرصة للاعتراض أو الانسحاب، بخصوص: الإفصاحات لأفراد العائلة ومقدمي الرعاية إذا كان ذلك مرتبطاً بشاركتهم في رعايتك أو دفع تكاليف رعايتك؛ الطلبات المتعلقة بالمزايا أو المنتجات المتعلقة بالصحة؛ عمليات جمع التبرعات؛ جهود التسويق في GPH.

ترتيب الرعاية الصحية المنظم.

GPH هي عضو في شراكة الرعاية المجتمعية في ولاية ماين ("CCPM")، وتقدم "ترتيبات رعاية صحية منظمة" تركز 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 خدمات الرعاية الصحية المقدمة لك. الأعضاء مسؤولون بشكل متبادل عن صحة جميع المرضى الذين تخدمهم CCPM. تشمل الكيانات التي تشكل هذا الترتيب الصحي المنظم مراكز

ومستشفيات الصحة المجتمعية التالية: Cary Medical Center وBucksport Regional Medical Center وClinical Community Services وEastport Health Care وFish River Rural Health وHarrington Family Health Center

Islands Community Medical و HealthReach Community Health Centers و Health Access Network و Millinocket Regional Hospital و Katahdin Valley Health Center و Mount Desert Island Hospital و Services Pines و Penobscot Valley Hospital و Pines Health Services و York County Community Action Corporation و Sebasticook و GPH و Regional Medical Center at Lubec, Sacopee Valley Health Center و Health Services St. Croix Regional Family Health Center و St. Joseph Hospital و Family Doctors المنظمة الخاص بـ CCPM لهذه الكيانات المشمولة المنفصلة، بما في ذلك GPH، بمشاركة المعلومات الصحية المحمية مع بعضها بعضًا حسب الضرورة لتنفيذ عمليات العلاج أو الدفع أو الرعاية الصحية المسموح بها المتعلقة بعمل ترتيبات الرعاية الصحية المنظمة، ما لم يكن مقيدًا بخلاف ذلك بموجب القانون أو القواعد أو اللوائح. وقد يتم تحديث قائمة الكيانات لتتطبق على الكيانات الجديدة في المستقبل. يمكنك الوصول إلى أحدث القائمة على www.ccpmmaine.org/members أو الاتصال على 207-992-9200.

لمزيد من المعلومات، أو لطلب معلومات، أو للإبلاغ عن مشكلة

إذا كنت تعتقد أن حقوقك في الخصوصية فيما يتعلق بأي معلومات صحية سرية من أي نوع، بما في ذلك معلومات علاج SUD إذا تم انتهاك القوانين من قبل GPH، يمكنك التواصل مع مسؤول الخصوصية في GPH على العنوان 180 Park Ave, Portland, ME 04102 (207) 874-2141، www.greaterportlandhealth.org. يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى وزير الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية على العنوان 200 Independence Ave, S.W., Washington, D.C. 20201. راجع موقع مكتب الحقوق المدنية www.hhs.gov/ocr/hipaa/ لمزيد من المعلومات.

لن تعاقبك GPH بأي شكل من الأشكال على تقديم شكوى.

تاريخ السريان: 2 يناير 2026

<https://www.federalregister.gov/documents/2024/02/16/2024-02544/confidentiality-of-substance-use-disorder-sud-patient-records>

المركز الصحي المدرسي لدى هيئة GPH

نموذج التسجيل

يرجى ملء النموذج وإعادته إلى المدرسة

اسم المدرسة: _____ مستوى الصف الدراسي: _____
اسم الطفل (الاسم الأخير، الأول والأول والأوسط): _____ تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____
(نفس بطاقة MaineCare إذا كان ذلك ينطبق) شهر / يوم / سنة
العنوان _____ الرمز البريدي _____ مشرد ☐
هاتف الوالدين/الوصي: رسالة _____ البريد الصوتي: نعم؟ نعم؟ لا _____ عنوان البريد الإلكتروني للوالدين/الوصي: _____

هل طفلك لديه تأمين؟ نعم / لا إذا كنت ترغب في مناقشة خيارات التأمين والدفع، يرجى الاتصال على 874-2141 (207) وإدخال التحويلة 5058 للاتصال بمستشار المساعدة المالية.	اسم شركة التأمين _____ رقم الوثيقة _____ رقم المجموعة _____ عنوان شركة التأمين _____ اسم الوالد / ولي الأمر: _____ رقم الهاتف _____ رقم معرف MaineCare (ينتهي بـ A) _____
التاريخ الصحي للعائلة / للشخص - يرجى التحقق من التاريخ العائلي لأي من الحالات الصحية التالية: _____ الحساسية _____ مرض السكري _____ اضطراب المناعة _____ الربو _____ أمراض القلب _____ الاضطراب النفسي _____ إدمان المخدرات / الكحول _____ ارتفاع ضغط الدم _____ ارتفاع الكوليسترول _____ مرض السل	معلومات صحية: أين يتلقى طفلك الرعاية الصحية عادة؟ InterMed _____ Northern Light Health _____ Greater Portland Health _____ Martin's Point _____ MaineHealth _____ خضع طفلي لفحص بدني خلال العامين الماضيين. _____ نعم _____ لا _____ غي ر متأكد سيحتاج طفلي إلى التطعيمات هذا العام. _____ نعم _____ لا _____ غير متأكد هل طفلك مصاب بالربو؟ نعم / لا _____ هل توجد خطة لـ "الربو" مكتوبة في المدرسة؟ نعم لا هل طفلك مصاب بمرض السكري؟ نعم/لا _____ خطة مكتوبة لمرض السكري في المدرسة؟ نعم/لا مشاكل الصحة الجسدية أو الأسنان أو الصحة النفسية الأخرى: _____

الأصل العرقي للطفل (اختر واحدًا أو أكثر): _____ أبيض _____ أسود، إفريقي، أمريكي من أصل إفريقي _____ سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى _____ آسيوي _____ هندي من أمريكا الجنوبية / أمريكا الوسطى / أمريكا الشمالية، أو من سكان ألaska الأصليين _____ مواطن هاواي _____ متعدد الأعراق الأصل الإثنى: _____ من أصل إسباني / لاتيني _____ ليس من أصل إسباني / لاتيني	العدد الإجمالي لأفراد الأسرة الذين يعيشون في الأسرة: _____ إجمالي دخل الأسرة السنوي: _____ اسم الوصي (الشخص المسؤول عن فواتير الرعاية الصحية للطفل): _____ الرمز البريدي _____ العلاقة بالطفل: _____
---	---

التوقيع على هذا النموذج يعني أنني أقر بما يلي وأفهمه جيدًا:

- لقد تلقيت وقرأت خطاب معلومات المركز الصحي المدرسي الصادر عن هيئة GPH، والذي يشرح ماهية المراكز الصحية المدرسية لدى الهيئة GPH والخدمات والمزايا التي ستقدمها لطفلي.
- المراكز الصحية المدرسية التابعة لهيئة GPH هي كيان منفصل عن المدارس ومكاتب ممرضي المدارس. تقدم تلك المراكز تقييمات الرعاية الأولية ومجموعة من علاجات الرعاية الصحية في المواقع المدرسية في أثناء الانخراط في الاتصالات مع مقدمي الرعاية الصحية الآخرين الذين قد يشاركون أيضًا في رعاية طفلي.
- هذه الموافقة صالحة طوال مدة تسجيل طفلي في الأنظمة المدرسية التالية: Portland، أو Westbrook، أو South Portland، ما لم أسحب تلك الموافقة كتابيًا في وقت سابق.
- أنا مُطالب بمراجعة وتوقيع نموذج التفويض لاستخدام معلومات الرعاية الصحية والإفصاح عنها فيما يتعلق بتسجيل طفلي في المراكز الصحية المدرسية التابعة لهيئة GPH.

لقد قرأت هذا النموذج بالكامل وأوافق على تسجيل طفلي في المراكز الصحية المدرسية لدى هيئة GPH في هذا الوقت.

توقيع الوالد / ولي الأمر: _____ التاريخ: _____
الاسم بخط واضح: _____ العلاقة: _____

يُعد Greater Portland Health (GPH) مركزًا صحيًا مجتمعيًا يقدم رعاية صحية متكاملة تشمل الرعاية الطبية للصحة الجسدية والنفسية، بما في ذلك خدمات علاج فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، بالإضافة إلى خدمات طب الأسنان، لجميع أفراد المجتمع. يستخدم مركز GPH نظام السجل الصحي الإلكتروني (EHR)، الذي يحتفظ بجميع معلوماتك الطبية في مكان واحد. ولتقديم أفضل رعاية ممكنة، يجوز لمقدمي الرعاية الصحية في مركز GPH الاطلاع على أي جزء من سجلك الطبي ذي الصلة بعلاجك، بما في ذلك السجلات الطبية، وسجلات الصحة النفسية، واضطرابات تعاطي المواد، و/أو سجلات طب الأسنان.

- الموافقة العامة على تلقي العلاج:** أقرض مقدمي الرعاية الصحية في مركز GPH بإجراء الفحوصات والاختبارات والإجراءات التشخيصية اللازمة لتقييم حالتني الصحية، وتقديم الرعاية (بما في ذلك العلاج في حالات الطوارئ)، والخدمات أو العلاجات اللازمة لتشخيص حالتني وعلاجها بفعالية. أدرك أن من مسؤولية مقدم (أو مقدمي) الرعاية المعالج شرح طبيعة الرعاية أو العلاج أو الخدمات أو الأدوية الموصوفة أو التدخلات أو الإجراءات المقترحة. وقبل الخضوع لأي إجراء أو اختبار، سيشرح لي مقدم الرعاية الفوائد المحتملة، والمخاطر أو الآثار الجانبية، بما في ذلك المشكلات التي قد تحدث أثناء فترة التعافي، واحتمالية نجاح العلاج، والخيارات العلاجية الأخرى وما يرتبط بها من مخاطر أو آثار جانبية، بالإضافة إلى النتائج المحتملة في حال عدم الخضوع للعلاج الموصى به.
- الحق في رفض تلقي العلاج:** أدرك أن من حقني رفض أي فحص أو اختبار أو إجراء أو علاج أو دواء يوصي به مقدم الرعاية الصحية أو يعتبره ضروريًا من الناحية الطبية، وأنني أتحمل مسؤولية القرارات المتعلقة برعايتني الصحية والنتائج المترتبة عليها.
- مسؤولية السداد:** أدرك أنني مسؤول عن سداد الرسوم الناتجة عن العلاج الذي ألقاه في مركز GPH. وأطلب دفع رسوم المزايا المشمولة في التغطية المُصرح بها نيابة عني إلى GPH مقابل هذه الخدمات. وأدرك أيضًا أن مركز GPH قد يشارك معلوماتي الصحية، بما في ذلك المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، أو علاج اضطرابات تعاطي المواد (وفقًا لما يسمح به القانون أو يقتضيه)، أو خدمات الصحة النفسية، مع شركة التأمين الخاصة بي لأغراض الدفع والتحقق من استحقاقات التأمين.
- إشعار ممارسات الخصوصية:** أفهم أن مركز GPH ملزم بالحفاظ على سرية معلوماتي الصحية، إلا أنه يجوز له قانونًا استخدامها لتقديم العلاج لي، أو لتحصيل مقابل الخدمات المقدمة، أو لتنسيق رعايتني الصحية، أو لأغراض التشغيل الداخلية الضرورية للمركز.
- الإفصاح عن معلومات الرعاية الصحية:** أدرك أنه، وفقًا لشروط معينة، يمكنني طلب تقييد كيفية مشاركة معلوماتي الصحية، أو طلب إرسال المراسلات إلى عنوان أو رقم هاتف محدد، أو مراجعة أو الحصول على نسخ من معلوماتي الصحية المحمية من خلال طلب مكتوب. كما أن لدي حقوقًا أخرى تتعلق بمعلوماتي الصحية كما هو موضح في إشعار ممارسات الخصوصية.
- التأمين الصحي:** إذا كان لدي تأمين صحي ساري المفعول، فسأحرص على أن تكون خطة التأمين الخاصة بي قد سجلت طبيب الرعاية الأولية التابع لمركز GPH، لضمان إصدار المطالبات بصورة صحيحة وإتاحة الوصول إلى خدمات الرعاية التخصصية. وأدرك أن لمركز GPH الحق في التواصل مع شركة التأمين الخاصة بي لتحديث بيانات طبيب الرعاية الأولية إذا كانت المعلومات المسجلة غير صحيحة.
- نظام HealthInfoNet (HIN) ونظام معلومات التطعيم في ولاية مين (ImmPact):** يشارك GPH في كلا النظامين. يُعد HealthInfoNet (HIN) منصة إلكترونية آمنة يتبادل من خلالها مقدمو الرعاية الصحية في ولاية مين معلومات المرضى بما يساعد على اتخاذ قرارات علاجية أكثر دقة. أما ImmPact فهو سجل مركزي آمن تديره ولاية مين لحفظ سجلات التطعيمات، ويُطلب من مقدمي الرعاية الصحية في الولاية تسجيل جميع اللقاحات فيه. ويعتمد النظامان مبدأ الاشتراك التلقائي مع إمكانية الانسحاب. وإذا رغبت في معرفة المزيد أو الانسحاب، فيرجى سؤال أحد أعضاء فريق الرعاية.
- نتائج المختبر:** يتعاقد مركز GPH مع مختبرات NorDx Laboratories لتقديم بعض خدمات التحاليل المخبرية. وعندما تُجرى التحاليل من خلال NorDx، تصبح النتائج متاحة ضمن السجل الصحي الإلكتروني الخاص بـ MaineHealth. ويمكن لكل من مقدمي الرعاية في GPH وMaineHealth الاطلاع على نتائج التحاليل لدعم رعايتك الصحية، والمساعدة في اتخاذ قرارات علاجية مستنيرة، وتنسيق العلاج.
- التقنيات المساعدة:** يستخدم GPH مجموعة متنوعة من الأدوات الحاسوبية المتقدمة، بما في ذلك تقنيات الذكاء الاصطناعي (AI)، لدعم مقدمي الرعاية الصحية وفرق الرعاية. ولا تحل هذه التقنيات محل مقدم الرعاية الصحية، كما لا يعتمد المركز على أنظمة الذكاء الاصطناعي لاتخاذ قرارات بشأن رعايتك. وسيقوم طبيب أو أخصائي مرخص، مطلع على حالتك وتاريخك الطبي، بإجراء التقييمات النهائية وإصدار التوصيات المتعلقة بتشخيصك وعلاجك.
- قواعد السلوك السليم:** يلتزم مركز GPH بتوفير بيئة آمنة ومحترمة للجميع. ويُعد أي سلوك غير آمن أو مسيء أو ينطوي على تهديد أمرًا غير مقبول، وقد يؤدي إلى وضع اتفاقيات تعاونية للرعاية، وربما إنهاء تقديم الخدمات الطبية للمريض في المركز.
- حق تقديم الشكاوى:** أقر بأنني على علم بحقي في تقديم الشكاوى وفقًا لما هو موضح في سياسة مركز GPH الخاصة بمعالجة الشكاوى.
- التوقيع:** بتوقيعي أدناه، أقر بأنني قرأت المعلومات الواردة أعلاه وفهمتها. وإذا كانت لدي أي أسئلة تتعلق بهذه الموافقة، فسأطرحها على أحد أعضاء فريق الرعاية قبل توقيع هذا النموذج.

المراكز الصحية المدرسية التابعة لهيئة Greater Portland Health

تصريح بالإفصاح عن المعلومات

التوقيع أدناه يعني أنني أقر وأوافق على ما يلي، فيما يتعلق بتسجيل طفلي في برنامج المركز الصحي المدرسي (SBHC) لدى هيئة Greater Portland Health (GPH) والكشف عن السجل الصحي لطفلي والمعلومات ذات الصلة:

- لقد تلقيت وقرأت إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بهيئة GPH الذي يقدم المشورة بشأن حالات استخدام المعلومات الصحية في السجل الصحي لطفلي وحالات الإفصاح عنها، وفقاً لمعايير سرية قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة.
- أفوض برنامج المركز الصحي المدرسي التابع لهيئة GPH بالوصول إلى السجل الصحي المدرسي لطفلي، ويشمل ذلك على سبيل المثال لا الحصر السجلات الجسدية والسلوكية والاستشارية إن وجدت، وأي معلومات ذات صلة، لأغراض متعلقة بالعلاج أو على النحو المطلوب أو المسموح به بموجب القانون على النحو الذي يحدده برنامج المركز الصحي المدرسي التابع لهيئة GPH.
- أفوض برنامج المركز الصحي المدرسي التابع لهيئة GPH بتزويد المدرسة (بما في ذلك الممرض والأخصائيين الاجتماعيين) بمعلومات من سجلاته حسب الضرورة وبما يتناسب مع الأغراض المتعلقة بالعلاج أو على النحو المطلوب أو المسموح به بموجب القانون على النحو الذي تحدده الهيئة.
- أفوض برنامج المركز الصحي المدرسي التابع لهيئة GPH بمشاركة المعلومات الموجودة في سجلاته (يشمل ذلك السجلات الصحية المدرسية إذا تم تضمينها في سجله) مع الأطباء ومقدمي الخدمات العلاجيين الآخرين بما في ذلك مقدمي الرعاية الأولية وأطباء الأسنان والمتخصصين في الصحة النفسية، لتسهيل تقديم الرعاية الصحية لطفلي.
- أفوض مقدم الرعاية الأولية لطفلي وطبيب الأسنان وأخصائي الصحة العقلية ("مقدمو الخدمات الخارجيون") بتقديم المعلومات والسجلات الصحية إلى برنامج المركز الصحي المدرسي التابع لهيئة GPH لتسهيل تقديمه الرعاية الصحية لطفلي. أفهم أنه قد يطلب مني مقدمو الخدمات الخارجيون تقديم تفويض منفصل للسماح بالكشف عن السجلات المتعلقة بالعلاج المقدم من مقدمي الخدمات الخارجيين.
- أفوض برنامج المركز الصحي المدرسي التابع لهيئة GPH بالإفصاح عن معلومات من سجلاته حسب الضرورة لفواتير شركات التأمين أو جهات الدفع الأخرى.
- أفهم وأوافق على ما يلي: (1) هذا التفويض سار من تاريخ التوقيع ما لم تُحدد هنا مدة أقصر، و(2) يجوز لي إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق تقديم إشعار مكتوب بسحب التفويض، باستثناء أحد الذي اعتمد فيه برنامج المركز الصحي المدرسي التابع لهيئة GPH على الموافقة الأصلية.

توقيع ولي الأمر / الوصي: _____ التاريخ: _____

الاسم بخط واضح: _____ العلاقة: _____