

315-435-4031 Dr. King Magnet School  
315-435-4030 Dr. Weeks School  
315-435-4452 Delaware Elementary School  
315-435-6431 W.S.A. at Blodgett School  
315-435-4410 Fowler High School  
315-435-6266 H. W. Smith School  
315-435-4040 Grant Middle School  
315-435-4102 Franklin Magnet School

## School-Based Health Center PROGRAM



<http://www.schcnyc.com/sbhc>

عزيزي الوالد/ولي الأمر:

### تُقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية الشاملة مباشرة إلى أطفالك في المدرسة.

يقدم كل من Syracuse Community Health Center, Inc. و Syracuse City School District الخدمات الطبية وطب الأسنان والصحة النفسية من خلال برنامج المركز الصحي المدرسي.

تتوفر مجموعة كاملة من خدمات الرعاية الصحية الأولية وتشمل الخدمات التالية:

- فحوصات بدنية وفحوصات طبية عامة (فحوصات من أجل مزاوله الرياضة والحصول على أوراق العمل)
- التطعيمات
- خدمات طب الأسنان والتنظيف والختام السني والمعالجات السنوية والأشعة السينية
- الصحة النفسية
- علاج الأمراض الحادة والطارئة أو الإصابات الطفيفة.

والأفضل من هذا كله، أنه سيتم توفير هذه الخدمات دون أن تتكلف شيئاً من مالك الخاص سواء أكان لطفلك تغطية تأمين صحي أم لا. لا يجب عليك تغيير مقدم الرعاية الصحية الأولية، كما لن تتعرض لعقوبات من أي نوع عند التسجيل في برنامج المركز الصحي المدرسي.

الطفل المفعم بالصحة هو مفتاح التعلم والنمو. ونحن نعمل على إتاحة الوصول إلى الرعاية الصحية بأسهل طريقة ممكنة. حيث نؤمن بشدة بحق الطفل في عدم التعرض لصعوبات أكاديمية نتيجة عدم توفر الرعاية الصحية.

نحتك على الاستفادة من برنامج الرعاية الصحية هذا للأطفال. إذا كان طفلك مؤمناً عليه بالفعل، فلن تحتاج إلى المشاركة في الدفع؛ بل سنرسل كشف حساب الخدمة إلى شركة التأمين. إذا كان طفلك غير مؤمن عليه، فسنساعدك على تحديد أهلية استفادة الطفل من خدمات برنامج Child Health Plus. إذا كان لديك تأمين، فمن المهم أن توفر لنا معلومات التأمين الخاصة بطفلك عند التسجيل حتى نتمكن من إرسال كشف حساب الخدمات المقدمة من البرنامج بشكل ملائم.

يُرجى الاتصال برقم الهاتف أعلاه في مدرسة طفلك للتحدث إلى الممرض الممارس بالمركز الصحي المدرسي أو الانتقال إلى صفحة الويب [www.schcnyc.com/sbhc](http://www.schcnyc.com/sbhc).

قبل أن يتمكن الطفل من المشاركة، يُرجى ملء النماذج الموجودة في الحزمة المرفقة وإعادتها إلى مدرسة طفلك. نشكرك على وقتك. نتطلع إلى تلبية احتياجات طفلك من الرعاية الصحية.

مع خالص التقدير،

مع خالص التقدير،

Jaime Alicea  
Superintendent of  
Syracuse City School District

Mark Hall  
CEO & Interim President  
Syracuse Community Health Center

اسم المدرسة: \_\_\_\_\_

لاستخدام المكتب فقط		رقم OSIS:	رقم السجل الطبي
<b>معلومات الطالب</b> الاسم الأخير للطالب: _____ الاسم الأول للطالب: _____ الاسم الأوسط للطالب: _____ تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____ سنة / شهر / يوم رقم الضمان الاجتماعي للطالب: _____ مدرسة الطالب: _____ النوع: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> الصف _____ السلالة/العرق: <input type="checkbox"/> إسباني/لاتيني <input type="checkbox"/> أسود <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> هندي أمريكي <input type="checkbox"/> آسيوي/من جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> غير ذلك _____ اللغة المفضلة: _____ هل يعاني طفلك من صعوبة التحدث باللغة الإنجليزية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا عنوان الطالب: _____ رقم المسكن: _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____		<b>معلومات الوالد/ولي الأمر</b> اسم الأم _____ الأخير: _____ الأول: _____ تاريخ الميلاد: _____ اسم الأب _____ الأخير: _____ الأول: _____ تاريخ الميلاد: _____ اسم الوصي القانوني، إن وُجد _____ الأخير: _____ الأول: _____ تاريخ الميلاد: _____ صلة قرابة الوصي القانوني بالطالب <input type="checkbox"/> جد/جدة <input type="checkbox"/> خالة/عمة أو خال/عم <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____ معلومات الاتصال بالوالد أو ولي الأمر هاتف المنزل: _____ هاتف العمل: _____ الهاتف المحمول: _____ البريد الإلكتروني: _____ جهات اتصال الطوارئ الإضافية الاسم: _____ صلة القرابة بالطالب: _____ هاتف المنزل: _____ هاتف العمل: _____ الهاتف المحمول: _____	
<b>معلومات التأمين</b> هل يحصل طفلك على مساعدة طبية من برنامج Medicaid؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم معرف Medicaid: _____ هل طفلك مشترك في برنامج Child Health Plus؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم معرف CHP: _____ ما خطة Medicaid/Child Health Plus Plan؟ <input type="checkbox"/> خطة UHC Community <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> Fidelis <input type="checkbox"/> غير ذلك هل يتمتع الطالب بتغطية صحية من خلال شركتك أو أي نوع تاميني آخر؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم خطة الرعاية الصحية: _____ رقم البوليصة/معرف العضو: _____ رقم هاتف خطة الرعاية الصحية: _____ هل يتمتع طفلك بتأمين على الأسنان؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم، خطة طب الأسنان: _____ رقم البوليصة/معرف العضو: _____ رقم هاتف خطة الرعاية الصحية: _____ هل تفضل أن يتواصل معك ممثل إحدى المنظمات المجتمعية أو ممثل خطة التأمين الصحي لمحدودي الدخل المعتمدة من ولاية نيويورك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		<b>معلومات مقدم الرعاية</b> هل للطالب طبيب معتمد؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم الاسم: _____ الهاتف: _____ العنوان: _____ هل للطالب طبيب أسنان معتمد؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم الاسم: _____ الهاتف: _____ العنوان: _____ يُرجى الإشارة إلى الصيدلية المناسبة لك، من أجل إرسال الوصفات الطبية اللازمة إلى الصيدلية إلكترونياً. اسم الصيدلية: _____ عنوان الصيدلية: _____ هاتف الصيدلية: _____	
<b>بند 1. موافقة الوالدين على خدمات المركز الصحي المدرسي. يُرجى التوقيع على البنود 1، 2، 3، لإتمام عملية التسجيل</b>			
لقد قرأت الخدمات المقدمة من المراكز الصحية المدرسية وفهمتها ويعبر توقيعني عن موافقتي على تلقي طفلي للخدمات المقدمة من المركز الصحي المدرسي في SCHC. ملاحظة: بموجب القانون، لا تكون موافقة الوالدين مطلوبة لإجراء الفحوصات الإلزامية وتقديم الإسعافات الأولية ورعاية ما قبل الولادة والخدمات المتعلقة بالسلوك الجنسي ومنع الحمل وتقديم الخدمات عندما يتعلق الأمر بتعرض صحة الطالب للخطر. لا يلزم الحصول على موافقة الوالدين بالنسبة إلى الطلاب الذين يبلغون 18 عاماً أو أكثر أو للطلاب الذين لديهم أطفال أو المتحررين من الوصاية قانوناً. يشير توقيعني إلى أنني تلتقيت نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية. X توقيع الوالد/ولي الأمر (أو الطالب إذا كان عمره 18 عاماً أو أكثر أو خلاف ذلك مما يسمح به القانون) _____ الاسم بخط مقروء _____ التاريخ _____			
<b>بند 2. موافقة الوالدين على الامتثال لقانون إمكانية نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA) فيما يتعلق بالكشف عن المعلومات الصحية</b>			
لقد قرأت الجزء الخاص بالكشف عن المعلومات الصحية الموجود في الصفحة 2 من هذا النموذج وفهمته. يشير توقيعني إلى موافقتي على كشف المعلومات الطبية على النحو المحدد. X توقيع الوالد/ولي الأمر _____ الاسم بخط مقروء _____ التاريخ _____ (أو الطالب إذا كان عمره 18 عاماً أو أكثر أو خلاف ذلك مما يسمح به القانون)			
<b>بند 3: خيار الموافقة على الاتصالات الإلكترونية الخاصة بالصحة</b>			
خيار موافقتي. يتم تحديد مربع واحد يمين الاختيار الذي أعددته. يمكنني ملء هذا النموذج الآن أو في المستقبل. يمكنني أيضاً تغيير قراري في أي وقت. <input type="checkbox"/> أوافق على وصول SCHC إلى جميع معلوماتي الصحية الإلكترونية من خلال منظمة HealthConnections لتقديم خدمات الرعاية الصحية <input type="checkbox"/> أرفض الموافقة على وصول SCHC إلى معلوماتي الصحية الإلكترونية من خلال منظمة HealthConnections إلا في الحالات الطبية الطارئة. <input type="checkbox"/> أرفض الموافقة على وصول SCHC إلى معلوماتي الصحية الإلكترونية من خلال منظمة HealthConnections لأي غرض كان حتى في الحالات الطبية الطارئة. X توقيع الوالد/ولي الأمر _____ الاسم بخط مقروء _____ التاريخ _____			

الموافقة على خدمات المركز الصحي المدرسي

أوافق على أن يتلقى طفلي خدمات الرعاية الصحية/طب الأسنان/الصحة النفسية من موظفي برنامج المركز الصحي المدرسي في SCHC، وتشمل:

- الفحوصات الطبية البدنية الشاملة (الفحوصات الطبية الإلزامية، فحوصات مزاولة الرياضة، الحصول على أوراق العمل)
- الإسعافات الأولية وتقييم المرض الحاد وتقديم الوصفات الطبية عند الحاجة
- الاختبارات المعملية عند الحاجة للكشف عن الأمراض أو العدوى
- فحص السمع والرؤية والميل الجانبي للعمود الفقري الجانبي وضغط الدم
- التطعيمات والحقن المضادة للحساسية (بأمر من أخصائي في أمراض الحساسية)
- فحص الأسنان ومعالجتها بالفلورايد وإجراء المعالجة الوقائية (عمليات التنظيف) والختام السني والأشعة السينية والتثقيف واستشارات طب الأسنان
- الاعتناء بمشكلات الجلد
- استشارات الصحة النفسية
- التثقيف الصحي واستشارات التغذية والوزن
- الاستشارة المتعلقة بالمشاكل الشخصية ومشاكل المدرسة
- الإحالة إلى وكالات خارجية (مختصين، استشاريين، وغيرهم) للحصول على الخدمات التي لا يوفرها المركز الصحي المدرسي

تشمل الخدمات الإضافية المقدمة إلى المراهقين:

- استشارات تعاطي الكحوليات والمخدرات والوقاية منها والاستشارات الأسرية
- استشارات البلوغ وضغط الزملاء والتواصل واتخاذ قرار مسؤول (وفقاً للمبادئ التوجيهية)
- استشارات بشأن خيارات منع الحمل وتشمل الامتناع عن ممارسة الجنس ووسائل منع الحمل وذلك عند الضرورة أو بناءً على طلب الوالد أو ولي الأمر

أسمح بالكشف عن المعلومات الصحية الضرورية المتعلقة بالوضع الطبي/صحة الأسنان/الصحة النفسية إلى شركة التأمين المعيّنة لتقديم المطالبات وإرسال أي مدفوعات تأمينية إلى Syracuse Community Health Center, Inc.

إذا لم يكن طبيب الأسنان/مقدم الرعاية الصحية الأولية (PCP) لطفلي تابعاً لمركز SCHC، فإنني أسمح بإتاحة المعلومات الطبية لمقدم الرعاية الصحية الأولية لطفلي كما أسمح له بالكشف عنها، وأوافق على إجراء ممارسات الرعاية الصحية المتخصصة ما لم يرد خلاف ذلك. تجوز مشاركة المعلومات الصحية مع الموظفين التابعين والعاملين بالتمريض لمنطقة Syracuse City School District التعليمية عند الضرورة ووفقاً للحاجة المؤكدة إلى مشاركة المعلومات على نحو ما يسمح به قانون ولاية نيويورك.

أدرك أنه سيتم بذل جميع الجهود الممكنة للاتصال بي قبل تقديم أي علاج يتطلب موافقة الوالدين وذلك وفقاً لقانون ولاية نيويورك. ولا يشترط قانون ولاية نيويورك موافقة الوالدين على تقديم العلاج أو المشورة عندما يتعلق الأمر بتعاطي المخدرات/الكحوليات أو استشارات الصحة النفسية أو الأمراض المنقولة جنسياً أو الحمل أو منع الحمل. يؤمن موظفو برنامج المركز الصحي المدرسي في SCHC بالأهمية البالغة لمشاركة الوالدين. وبناءً على ذلك، سيحث الموظفون جميع الطلاب على إشراك والديهم أو أولياء أمورهم في جميع الاستشارات والقرارات الخاصة بالرعاية الطبية/طب الأسنان.

موافقة الوالدين على الامتثال لقانون إمكانية نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA) فيما يتعلق بالكشف عن المعلومات الصحية

بتوقيعك على نموذج الموافقة هذا فإنك تمنحنا الإذن باستخدام المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك/طفلك والكشف عنها من أجل إجراءات العلاج وعمليات الدفع والرعاية الصحية وذلك باستثناء أي قيود محددة أناه اتفقنا عليها. المعلومات الصحية المحمية هي معلومات محددة لهوية الفرد نُنشئها نحن أو نتلقاها وتشمل المعلومات الديموغرافية المتعلقة بصحتك البدنية/صحة الأسنان أو الصحة النفسية من أجل تقديم خدمات الرعاية الصحية إليك ولتحصيل مدفوعات توفير الخدمات الطبية/صحة الأسنان/الاستشارات لك/طفلك.

يوفر إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بنا معلومات حول كيفية استخدامنا للمعلومات الصحية المحمية الخاصة بك/طفلك والكشف عنها. ويحق لك تلقي نسخة قبل توقيع نموذج الموافقة هذا. بتوقيعك على نموذج الموافقة هذا، فإنك تقر باستلامك/إبلاغك بممارسات الخصوصية الخاص بنا.

يحق لك أن تطلب منا تقييد كيفية استخدام المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك/طفلك أو الكشف عنها من أجل إجراءات العلاج وعمليات الدفع والرعاية الصحية. لا يتعين علينا الموافقة على أي قيود، لكن في حالة موافقتنا فإننا نلتزم باتفاقنا. إذا كنت ترغب في وضع قيود، فيرجى طلب نسخة من نموذج طلب فرض القيود الخاص بنا.

إذا لم توقع على نموذج الموافقة هذا، فيحق لنا رفض توفير العلاج لك، إلا إذا قرّر أخصائي رعاية صحية مرخص حاجتك/حاجة طفلك إلى علاج طبي طارئ أو فرض علينا القانون معالجتك/معالجة طفلك. يتعين علينا توثيق أي ظروف لم نحصل فيها على موافقتك ومع ذلك قدّمنا إليك العلاج. سنوفر لك نسخة من هذه المستندات، إذا قررت عدم التوقيع على نموذج الموافقة هذا.

يحق لك إلغاء هذه الموافقة، كتابياً، باستثناء الحالات التي قمنا فيها بالفعل بالكشف عن معلومات بناءً على موافقتك السابقة. يمكنك طلب استخدام نموذج التصريح بالكشف عن المعلومات من أجل طلب الإلغاء أو يمكنك ببساطة إرسال خطاب مكتوب إلينا.

أدرك أنه قد يتم تسجيل صور أو شرائط فيديو أو صور رقمية أو صور أخرى لتوثيق الرعاية المقدمة إلى طفلي وأوافق على ذلك. لن يتم الكشف عن الصور التي تحدد هويتي و/أو استخدامها خارج المؤسسة إلا بعد تصريح كتابي مني أو من ممثلي القانوني فقط.

معلومات الموافقة على الاتصالات الإلكترونية الخاصة بالصحة

أطلب السماح بالوصول إلى معلوماتي الصحية المتعلقة بالرعاية الصحية والعلاج على النحو المبين في هذا النموذج. يمكنني اختيار السماح أو عدم السماح لـ Syracuse Community Health Center بالوصول إلى سجلاتي الطبية من الأماكن المختلفة التي أتلقى فيها الرعاية الطبية وذلك من خلال منظمة تبادل المعلومات الطبية المسماة HealthConnections. إذا منحت موافقتي، فيمكن الوصول إلى سجلاتي الطبية من الأماكن المختلفة التي أتلقى فيها الرعاية الطبية وذلك من خلال شبكة أجهزة الكمبيوتر عبر الولاية بأكملها. HealthConnections هي منظمة غير ربحية تشارك المعلومات الخاصة بصحة الأفراد إلكترونياً مع تحقيق معايير الخصوصية والأمان لكل من قانون إمكانية نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA) وقانون ولاية نيويورك. لمعرفة المزيد وللحصول على تفاصيل نموذج الموافقة بالكامل، يرجى زيارة <http://healthconnections.org/who-we-serve/patients/> أو طلب نموذج من الممرض الممارس في مدرستك. يمكن الوصول إلى معلوماتي في حالة الطوارئ، إلا إذا أكملت هذا النموذج ووضعت علامة على المربع 3، الذي ينص على رفضي حتى في الحالات الطبية الطارئة.

لن يؤثر الاختيار الذي أحده في قدرتي على تلقي الرعاية الطبية. الاختيار الذي أحده في هذا النموذج لا يسمح لجهات التأمين الصحي بالوصول إلى معلوماتي من أجل تحديد مدى وجوب تقديم تغطية تأمين صحي لي أو دفع فواتيري الطبية.

## تاريخ الحالة الصحية الأساسي

اسم الطفل	تاريخ الميلاد (اليوم/الشهر/السنة)	الصف	المدرسة
-----------	-----------------------------------	------	---------

عزيزي الوالد/ولي الأمر: صحة طفلك تهمنا بشدة. لتكوين فهم أفضل لاحتياجات طفلك من الرعاية الطبية من أجل توفير رعاية مستمرة وفي حالة الطوارئ، يُرجى الإجابة عن الأسئلة التالية.

هل عانى أي من أفراد عائلتك الأحياء أو المتوفين من أي من المشكلات الآتية؟ ضع علامة على كل ما ينطبق	الأم	الأب	الشقيق	الجد
الربو				
داء السكري				
نوبة قلبية أو سكتة دماغية قبل بلوغ 45 عامًا				
ارتفاع نسبة الكوليسترول				
تدخين سجائر التبغ/السيجار				
غير ذلك:				

مع من يعيش طفلك معظم الوقت؟ ضع دائرة حول كل ما ينطبق:				
كلا الأبوين	الأم فقط	الأب فقط	زوجة الأب	زوج الأم
جد أو جدة/ قريب آخر بالغ:	إخوة وأخوات: الأعمار _____	أطفال آخرون: الأعمار _____	والد بالتبني	ولي أمر آخر
في السنة الماضية، هل حدثت أي تغييرات في عائلتك؟ ضع دائرة حول كل ما ينطبق:				
انفصال	طلاق	فقدان وظيفة	الانتقال إلى حي جديد	زواج
حالات ولادة	مرض خطير	وفيات	غير ذلك	مدرسة جديدة

يُرجى استخدام المساحة الفارغة الواردة أدناه لتخبرنا بأي مخاوف تتعلق بطفلك.

الحساسية:	لا	نعم
هل يعاني طفلك من الحساسية تجاه أي أدوية؟ إذا كانت الإجابة نعم، فيُرجى التحديد:		
هل يعاني طفلك من الحساسية تجاه أي طعام؟ إذا كانت الإجابة نعم، فيُرجى التحديد:		
إذا كانت الإجابة نعم، فهل لدى الطفل قلم إيبنفرين؟		
هل يعاني طفلك من أي مشكلات صحية خطيرة أو مزمنة؟	لا	نعم
الربو		
اضطراب نقص الانتباه		
اكتئاب أو قلق (إذا كانت الإجابة نعم، فيُرجى وضع دائرة حول أحدهما أو كليهما)		
الإصابة بنفخة قلبية		
نوبات صرع		
فقر الدم المنجلي		
غير ذلك:		
هل يتلقى طفلك علاجًا بانتظام؟ إذا كانت الإجابة نعم، فيُرجى تحديد اسم (أسماء) العلاج والجرعة (الجرعات).		
هل دخل طفلك المستشفى من قبل أو أجريت عليه جراحة؟ إذا كانت الإجابة نعم، فما السبب؟		
هل عانى طفلك من مرض الجديري المائي من قبل؟ إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر العمر _____ سنوات.		

نعم	لا	تُحتم علينا إدارة الصحة في ولاية نيويورك طرح الأسئلة الآتية حول التعرض لخطر السل وخطر التسبب بالرصاص.
		هل عانى طفلك من قبل من السل أو كان اختبار الجلد لاكتشاف السل موجبًا؟ إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر العمر _____ سنوات.
		هل سبق لطفلك التعامل مع أي شخص يعاني من مرض السل؟ إذا كانت الإجابة نعم، فمتى؟ _____ من؟
		هل لطفلك اتصال مباشر مع شخص كان اختبار الجلد لاكتشاف السل له موجبًا أو يعيش معه؟ إذا كانت الإجابة نعم، فمتى؟ _____ من؟
		هل عاش طفلك في الولايات المتحدة مدة أقل من 5 أعوام؟ إذا كانت الإجابة نعم: فإين؟ _____
		هل سافر طفلك خارج الولايات المتحدة لمدة تزيد عن شهر واحد؟ إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر العمر _____ ومتى؟ _____
		هل سافر طفلك من قبل إلى هايتي أو المكسيك أو باكستان أو جمهورية الدومينيكان أو بنجلاديش أو استخدم منتجات مستوردة منها (فخار مصقول أو علاجات شعبية أو مستحضرات تجميل أو أطعمة أو توابل)؟

سنبلغك دائمًا في حالة مرض طفلك بشدة واحتياجه إلى مغادرة المدرسة أو الحصول على رعاية طبية عاجلة. يُرجى إبلاغنا دائمًا إذا تغيرت معلومات الاتصال بك. سنبلغك فورًا في حال إبلاغك بحالة الطفل، سواء بالاتصال أو بإرسال خطاب إلى المنزل مع الطفل.

صلة القرابة بالطفل

التوقيع

الاسم

تاريخ اليوم (يوم/شهر/سنة)

(ضع علامة إذا كان الطفل في دار رعاية □)