

315-435-4031	ستيم في مدرسة Dr. King
315-435-4030	مدرسة Dr. Weeks
315-435-4452	مدرسة Delaware الابتدائية
315-435-6431	برنامج STEM في سيراكيوز للعلوم والتكنولوجيا والهندسة والرياضيات في مدرسة Blodgett
315-435-4410	P.S.L.A Fowler
315-435-6266	مدرسة H. W. Smith
315-435-4040	مدرسة غرانت (Grant) الإعدادية
315-435-4102	مدرسة فرانكلين ماجنت

عزيزي ولي الأمر/الوصي:

تُقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية الشاملة مباشرة لأطفالك في المدرسة.

يقدم مركز سيراكيوز للصحة المجتمعية ومنطقة المدارس بمدينة سيراكيوز خدمات طبية، وخاصة بالأسنان وخدمات عقلية في مدرسة طفلك من خلال برنامج المركز الصحي القائم بالمدرسة.

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

- الفحوصات الطبية والفحوصات العامة (امتحانات الرياضة وأوراق العمل)
- التطعيمات
- خدمات طب الأسنان، والتنظيف، والمواد المانعة للتسرب، والعلاجات والأشعة السينية
- الصحة العقلية
- علاج الأمراض الحادة والعاجلة أو الإصابات الطفيفة.

والأفضل من ذلك كله، أن هذه الخدمات ستتوفر بدون تكاليف من أموالك الخاصة سواء كان طفلك يتمتع بتغطية صحية أم لا. ليست هناك حاجة لتغيير مقدم الرعاية الأولية الخاص بك ولن تُعاقب بأي شكل من الأشكال للتسجيل في برنامج المركز الصحي القائم بالمدرسة.

الطفل السليم هو مفتاح التعلم والنمو. نحن نجعل الوصول إلى الرعاية الصحية مريحاً قدر الإمكان. نحن نؤمن بشدة أنه لا ينبغي لأي طفل أن يواجه صعوبات أكاديمية بسبب نقص الرعاية الصحية.

نحن نشجعك على الاستفادة من برنامج الرعاية الصحية هذا للأطفال. إذا كان طفلك مؤمناً عليه حالياً، فلا يلزم الدفع المشترك؛ سوف نرسل فاتورة إلى شركة التأمين الخاصة بك مقابل الخدمة. إذا كان طفلك غير مؤمن عليه، فسنساعد في تحديد أهليته للحصول على برنامج **Child Health Plus** أو **Medicaid**. إذا كان لديك تأمين، فمن المهم أن تزودنا بمعلومات التأمين الخاصة بطفلك في وقت التسجيل حتى نتضمن من إصدار فاتورة مناسبة للخدمات التي يقدمها البرنامج.

يرجى الاتصال برقم الهاتف أعلاه في مدرسة طفلك للتحدث مع ممرض ممارس المركز الصحي القائم بالمدرسة أو الذهاب إلى موقعنا على الإنترنت www.schcny.com/sbhc.

قبل أن يتمكن طفلك من المشاركة، يرجى إكمال النماذج الموجودة داخل الحزمة المرفقة وإعادتها إلى مدرسة طفلك. شكرًا لك على وقتك. نتطلع إلى تلبية احتياجات الرعاية الصحية لطفلك.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،

Anthony Q. Davis
مشرف مؤقت
منطقة المدارس بمدينة سيراكيوز

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،

Mark Hall
الرئيس والمدير التنفيذي
في مركز سيراكيوز للصحة المجتمعية

رقم السجل الطبي.

رقم النظام المفتوح لمعلومات الطلاب

لاستخدام المكتب فقط

معلومات ولي الأمر/الوصي

معلومات الطالب

اسم الأم _____
 اسم العائلة: _____ الأول: _____ تاريخ الميلاد: _____
 اسم الأب _____
 اسم العائلة: _____ الأول: _____ تاريخ الميلاد: _____
 اسم الوصي الشرعي، إذا انطبق _____
 اسم العائلة: _____ الأول: _____ تاريخ الميلاد: _____
 علاقة الوصي الشرعي بالطالب _____
 أحد الأجداد عمّة، أو خالة، أو عم أو خال غير ذلك: _____
 معلومات الاتصال بالوالد أو الوصي _____
 هاتف المنزل: _____ هاتف العمل: _____
 الهاتف الخليوي: _____
 البريد الإلكتروني: _____
 جهة اتصال إضافية في حالة الطوارئ _____
 الاسم: _____
 العلاقة بالطالب: _____
 هاتف المنزل: _____ هاتف العمل: _____
 الهاتف الخليوي: _____

اسم العائلة للطالب: _____
 الاسم الأول للطالب: _____
 الحرف الأول من الاسم الأوسط للطالب: _____
 تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____
 الشهر / اليوم / السنة
 رقم الضمان الاجتماعي للطالب: _____
 مدرسة الطالب: _____
 الجنس: ذكر أنثى الصف _____
 العرق/المجموعة الإثنية: إسباني/لاتيني أسود أبيض أمريكي هندي آسيوي/من جزر المحيط الهادئ غير ذلك _____
 اللغة المفضلة: _____
 هل يعاني طفلك من صعوبة في اللغة الإنجليزية؟ نعم لا
 عنوان الطالب: _____
 الشقة رقم: _____
 المدينة _____
 الولاية _____
 الرمز البريدي _____

معلومات المزود

معلومات التأمين

هل لدى الطالب طبيب منتظم؟ لا نعم: _____
 الاسم: _____
 الهاتف: _____
 العنوان: _____
 هل لدى الطالب طبيب أسنان منتظم؟ لا نعم: _____
 الاسم: _____
 الهاتف: _____
 العنوان: _____
 يرجى توضيح الصيدلية المناسبة لك، من أجل توجيهه أي وصفات طبية مطلوبة إلكترونياً إلى الصيدلية.
 اسم الصيدلية: _____
 عنوان الصيدلية: _____
 هاتف الصيدلية: _____

هل يتمتع طفلك بتأمين ميديكيد (Medicaid)؟
 لا نعم: رقم تعريف ميديكيد _____
 هل يتمتع طفلك بتأمين Child Health Plus؟
 لا نعم: رقم تعريف CHP _____
 أي خطة بـ Medicaid/Child Health Plus؟
 الخطة المجتمعية للتغطية الصحية الشاملة (UHC) فيديليس مولينا غير ذلك _____
 هل يتمتع الطالب بتغطية صحية من خلال صاحب العمل أو أي نوع آخر من التأمين؟ لا نعم
 الخطة الصحية: _____
 رقم تعريف العضو/البوليصة: _____
 رقم هاتف الخطة الصحية: _____
 هل يتمتع طفلك بتأمين لعلاج الأسنان؟
 لا نعم، خطة طب الأسنان _____
 رقم تعريف العضو/البوليصة: _____
 رقم هاتف الخطة الصحية: _____
 هل ترغب في أن يتم الاتصال بك من قبل ممثل منظمة مجتمعية أو خطة تأمين صحي للدخل المنخفض معتمدة من ولاية نيويورك؟ نعم لا

المربع 1. موافقة الوالدين على خدمات المركز الصحي القائم بالمدرسة. يرجى التوقيع على المربع 1، 2، و3 لإكمال التسجيل

لقد قرأت وفهمت الخدمات المقدمة في المراكز الصحية القائمة بالمدارس وتوقعي يوفر الموافقة لطفلي لتلقي الخدمات التي يقدمها المركز الصحي القائم بالمدرسة SCHC. ملاحظة: بموجب القانون، موافقة الوالدين غير مطلوبة لإجراء الفحوصات الإلزامية، وإعطاء علاج الإسعافات الأولية، ورعاية ما قبل الولادة، والخدمات المتعلقة بالسلوك الجنسي ومنع الحمل، وتقديم الخدمات حين يبدو أن صحة الطالب معرضة للخطر. موافقة الوالدين غير مطلوبة للطلاب الذين يبلغون من العمر 18 عاماً أو أكثر أو للطلاب الذين هم أبناء أو متحررون قانوناً. يشير توقيعني إلى أنني تقيمت نسخة من الإخطار بسياسات الخصوصية.
 توقيع ولي الأمر/الوصي (أو الطالب إذا كان 18 عاماً أو أكثر أو غير ذلك حسبما يسمح القانون) _____
 الاسم بأحرف واضحة _____
 التاريخ _____

المربع 2. تصريح بموافقة ولي الأمر على الإفصاح عن المعلومات الصحية وفقاً لقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة (HIPAA)

لقد قرأت وفهمت الإفصاح عن المعلومات الصحية في الصفحة 2 من هذا النموذج. يشير توقيعني إلى موافقتي على الإفصاح عن المعلومات الطبية كما هو محدد.
 توقيع ولي الأمر/الوصي _____
 اسم ولي الأمر/الوصي بأحرف واضحة _____
 التاريخ _____
 (أو الطالب إذا كان 18 عاماً أو أكبر أو غير ذلك حسبما يسمح القانون)

المربع 3: اختيار موافقة HEALTH E CONNECTION

اختيار موافقتي. يوجد مربع واحد محدد على يسار اختياري. يمكنني إكمال هذا النموذج الآن أو مستقبلاً. يمكنني أيضاً تغيير قراري في أي وقت.
 أعطي الموافقة لـ SCHC للوصول إلى جميع معلوماتي الصحية الإلكترونية من خلال Health e Connections لتقديم خدمات الرعاية الصحية.
 أنا أرفض الموافقة إلا في حالة الطوارئ الطبية لـ SCHC للوصول إلى معلوماتي الصحية الإلكترونية من خلال Health e Connections.
 أرفض الموافقة على منح SCHC إمكانية الوصول إلى معلوماتي الصحية الإلكترونية من خلال Health e Connections لأي غرض، حتى في حالات الطوارئ الطبية.
 توقيع ولي الأمر/الوصي _____
 اسم ولي الأمر/الوصي بأحرف واضحة _____
 التاريخ _____

الموافقة على خدمات المركز الصحي القائم بالمدرسة

أعطي موافقتي أن يتلقى طفلي خدمات الرعاية الصحية/الأسنان/الصحة العقلية من قبل موظفي برنامج المركز الصحي القائم بالمدرسة SCHC، بما في ذلك:

- الفحوصات الطبية الكاملة (الفحوصات الطبية الإلزامية، فحوصات اللياقة لممارسة الرياضة، أوراق العمل)
- الإسعافات الأولية وتقييم الأمراض الحادة والوصفات الطبية عند الضرورة
- الاختبارات المعملية عند الضرورة للكشف عن الأمراض أو العدوى
- فحص السمع، والرؤية، والجف و ضغط الدم
- التطعيمات وحقن الحساسية (بأمر من أخصائي الحساسية)
- فحص الأسنان، والعلاجات بالفلورايد، والوقاية (التنظيف)، والمواد المانعة للتسرب، والأشعة السينية، والتعليم والاستشارات
- العناية بمشاكل البشرة
- استشارات الصحة العقلية
- التوعية الصحية، والتغذية والاستشارات المتعلقة بالوزن
- تقديم المشورة حول المشاكل بالمدرسة والمشاكل الشخصية
- الإحالة إلى الوكالات الخارجية (المختصين، والمستشارين، وما إلى ذلك) للحصول على الخدمات غير المقدمة في المركز الصحي القائم بالمدرسة

تشمل الخدمات الإضافية المقدمة للمراهقين ما يلي:

- تعاطي الكحول والمخدرات والاستشارات الوقائية، والإرشاد الأسري
- الاستشارة فيما يتعلق بالبلوغ، وضغط الأقران، والتواصل واتخاذ القرار المسؤول (وفقاً للإرشادات)
- خيارات الاستشارة لمنع الحمل، بما في ذلك الامتناع عن ممارسة الجنس ومنع الحمل، عند الضرورة أو بناء على طلب الوالد أو الوصي

أمنح إذنني بالإفصاح عن المعلومات الطبية/الخاصة بالأسنان/الصحة العقلية اللازمة لشركة التأمين المعنية الخاصة بي للمطالبات، وأوجه بأن تُرسل أي مدفوعات تأمين إلى مركز سيراكيز للصحة المجتمعية.

إذا لم يكن مقدم الرعاية الأولية لطفلي (PCP) /طبيب أسنان طفلي تابعاً لـ SCHC، فإنني أمنح إذنني بالإفصاح عن المعلومات الطبية من وإلى مقدم الرعاية الأولية لطفلي وممارسات الرعاية الصحية المتخصصة ما لم يُحدد غير ذلك. يمكن مشاركة المعلومات الصحية مع مرضة منطقة المدارس بمدينة سيراكيز والموظفين المنتسبين عند الضرورة ووفقاً للحاجة الواضحة لمشاركة المعلومات على النحو الذي يسمح به قانون ولاية نيويورك.

أفهم أنه سيتم بذل كل جهد للاتصال بي قبل أي علاج يتطلب موافقة الوالدين وفقاً لقانون ولاية نيويورك. لا يتطلب قانون ولاية نيويورك موافقة الوالدين على العلاج أو المشورة بشأن تعاطي الكحول/المخدرات، أو استشارات الصحة العقلية، أو الأمراض المنقولة جنسياً، أو الحمل أو منع الحمل. يعتبر موظفو برنامج المركز الصحي القائم بالمدرسة في SCHC مشاركة الوالدين مهمة للغاية. وفقاً لذلك، سيشرح الموظفون كل طالب على إشراف والديه أو الأوصياء عليه في جميع قرارات الاستشارة والرعاية الطبية/طب الأسنان.

تصريح بموافقة ولي الأمر على الإفصاح عن المعلومات الصحية وفقاً لقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة (HIPAA)

من خلال التوقيع على نموذج الموافقة هذا، فإنك تمنحنا الإذن باستخدام وكشف المعلومات الصحية المحمية عنك/عن طفلك للعلاج، والدفع وعمليات الرعاية الصحية باستثناء أي قيود محددة أدناه وافقنا عليها. المعلومات الصحية المحمية هي معلومات مميزة بشكل فردي ننشئها أو نلقاها، بما في ذلك المعلومات الديموغرافية، المتعلقة بصحتك الجسدية/صحة الأسنان أو الصحة العقلية، وتوفير خدمات الرعاية الصحية لك، وتحصيل المدفوعات مقابل تقديم الخدمات الطبية/الخاصة بالأسنان/الاستشارية لك/لطفلك.

يوفر الإخطار بممارسات الخصوصية لدينا معلومات حول كيف يمكننا استخدام المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك/بطفلك والإفصاح عنها. لديك الحق في تلقي نسخة قبل توقيع نموذج هذه الموافقة. من خلال التوقيع على نموذج الموافقة هذا، فإنك تقر بأنك قد تلتقيت/تم إعلامك بإخطار ممارسات الخصوصية الخاص بنا.

لديك الحق في طلب تقييد كيفية استخدام المعلومات الصحية المحمية عنك/عن طفلك أو الكشف عنها للعلاج، أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية. نحن غير ملزمين بالموافقة على أي تقييدات، لكن إذا وافقنا، فسنلتزم باتفاقيتنا. إذا كنت ترغب في إجراء قيود، فيرجى طلب نسخة من نموذج طلب التقييد.

إذا لم توقع على نموذج الموافقة هذا، فيحق لنا رفض علاجك ما لم يقرر أخصائي رعاية صحية مرخص أنك/أن طفلك بحاجة إلى علاج طارئ أو أننا مطالبون بموجب القانون بعلاجك/بطفلك. نحن مطالبون بتوثيق أي ظروف لا نحصل فيها على موافقتك، ولكننا سنتولى العلاج. سنقدم لك نسخة من هذه الوثائق إذا قررت عدم التوقيع على نموذج الموافقة هذا.

لديك الحق في إلغاء هذه الموافقة، كتابياً، باستثناء الحالات التي قمنا فيها بالفعل بالإفصاح اعتماداً على موافقتك السابقة. يمكنك طلب استخدام نموذج التفويض الخاص بنا للإفصاح عن المعلومات لأغراض طلب الإلغاء، أو يمكنك ببساطة إرسال خطاب إلينا كتابياً.

أفهم أنه قد يتم تسجيل الصور الفوتوغرافية، أو أشرطة الفيديو، أو الصور الرقمية أو غيرها لتوثيق الرعاية بطفلي، وأنا أوافق على ذلك. سننشر الصور التي تحدد هويتي و/أو تُستخدم خارج المؤسسة فقط بناءً على إذن كتابي مني أو من ممثلي القانوني.

معلومات موافقة HEALTH E CONNECTIONS

أطالب بالوصول إلى المعلومات الصحية حول العناية بي وعلاجي على النحو المحدد في هذا النموذج. يمكنني اختيار ما إذا كنت سأسمح لمركز سيراكيز للصحة المجتمعية بالتمتع بحق الوصول إلى سجلاتي الطبية من خلال مؤسسة تبادل المعلومات الصحية التي تُسمى HealthConnections. إذا منحت موافقتي، فسيتمكن الوصول إلى سجلاتي الطبية من الأماكن المختلفة التي أحصل فيها على رعاية صحية باستخدام شبكة كمبيوتر على مستوى الولاية. إن HealthConnections هي منظمة غير ربحية تشارك المعلومات حول صحة الأشخاص إلكترونياً وتقي بمعايير الخصوصية والأمان الخاصة بقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة (HIPAA) وقانون ولاية نيويورك. لمعرفة المزيد وللحصول على التفاصيل الكاملة لنموذج الموافقة، تفضل بزيارة <http://healthconnections.org/who-we-serve/patients> أو اطلب نموذجاً من الممرض الممارس بمدرستك. يمكن الوصول إلى معلوماتي في حالة الطوارئ، ما لم أكمل هذا النموذج وأحدد مربع الاختيار رقم 3، والذي ينص على أنني أرفض الموافقة حتى في حالة الطوارئ الطبية. لن يؤثر الاختيار الذي اتخذته على قدرتي للحصول على رعاية طبية. لا يسمح الاختيار الذي اتخذته بهذا النموذج لشركات التأمين الصحي بالوصول إلى معلوماتي بغرض تقرير ما إذا كانت ستوفر لي تغطية التأمين الصحي أو دفع فواتيري الطبية.

التاريخ الصحي الأساسي

اسم الطفل	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	الصف	المدرسة
-----------	-----------------------------	------	---------

عزيزي ولي الأمر/الوصي: صحة طفلك مهمة بالنسبة لنا. لفهم احتياجات الرعاية الصحية لطفلك بشكل أفضل للرعاية المستمرة وفي حالة الطوارئ، يرجى الإجابة على الأسئلة التالية.

نعم	لا	الحساسية:
		هل يعاني طفلك من حساسية تجاه أي أدوية؟ إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى ذكرها:
		هل يعاني طفلك من حساسية تجاه أي أطعمة؟ إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى ذكرها:
		إذا كانت الإجابة نعم، فهل لدى طفلك قلم إيبنفرين؟
نعم	لا	هل يعاني طفلك من أي مشاكل صحية خطيرة أو مزمنة؟
		الربو
		اضطراب نقص الانتباه
		الاكتئاب أو القلق (ضع دائرة حول أحدهما أو كليهما، إذا كانت الإجابة بنعم)
		تاريخ الإصابة بـ غلظ القلب
		اضطراب نوبات الصرع
		فقر الدم المنجلي
		غير ذلك:
		هل يتناول طفلك أي أدوية بانتظام؟ إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى ذكر الاسم (الأسماء) والجرعة (الجرعات).
		هل سبق لطفلك أن دخل المستشفى أو خضع لعملية جراحية؟ إذا كانت الإجابة نعم، فلماذا؟
		هل سبق لطفلك أن أصيب بمرض جذري الماء؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فعند عمر _____ سنة.

هل عانى أي من أفراد الأسرة، الأحياء أو المتوفين، من أي من المشاكل التالية؟ حدد كل ما ينطبق	الأم	الأب	الأشقاء	أحد الأجداد
الربو				
السكري				
نوبة قلبية أو سكتة دماغية قبل سن 45 عامًا				
ارتفاع الكوليسترول				
تدخين سجائر التبغ/السيجار				
غير ذلك:				

مع من يعيش الطفل معظم الوقت؟ ضع دائرة على جميع ما ينطبق.				
كلا الوالدين	الأم فقط	الأب فقط	زوجة الأب	زوج الأم
أحد الأجداد/أحد الأقارب البالغين الآخرين:	الأخوات والأخوة: الأعمام	غير ذلك الأطفال الأعمام	الأسرة البديلة ولي الأمر	غير ذلك الوصي
في العام الماضي، هل حدثت أي تغييرات في عائلتك؟ ضع دائرة على جميع ما ينطبق.				
الزواج	الانفصال	الطلاق	فقدان الوظيفة	الانتقال إلى حي جديد
مدرسة جديدة	مواليد	مرض خطير	حالات وفاة	غير ذلك

يرجى استخدام المساحة الفارغة أدناه لإخبارنا بأي مخاوف لديك بشأن طفلك.

نعم	لا	تطلب منا إدارة الصحة في ولاية نيويورك طرح الأسئلة التالية حول خطر الإصابة بالسل وخطر التسمم بالرصاص.
		هل سبق لطفلك أن أصيب بالسل أو كانت نتيجة اختبار الجدي لمرض السل إيجابية؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فعند عمر _____ سنة.
		هل تعرض طفلك لأي شخص مصاب بمرض السل؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فمتى؟ ومن؟
		هل طفلك على اتصال وثيق أو يعيش مع شخص لديه اختبار جدي إيجابي للسل؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فمتى؟ ومن؟
		هل عاش طفلك في الولايات المتحدة لمدة تقل عن 5 سنوات؟ إذا كانت الإجابة نعم، فإين؟
		هل سافر طفلك خارج الولايات المتحدة لأكثر من شهر واحد؟ إذا كانت الإجابة نعم، العمر _____ أين؟
		هل سافر طفلك إلى، أو استخدم منتجات (الفخار المزجج، أو العلاجات الشعبية، أو مستحضرات التجميل، أو الأطعمة أو التوابل) المستوردة من هايتي، أو المكسيك، أو باكستان، أو جمهورية الدومينيكان، أو بنغلاديش؟

سنبلغك دائمًا إذا كان طفلك مريضًا جدًا ويحتاج إلى ترك المدرسة أو طلب رعاية عاجلة. يرجى إبلاغنا دائمًا إذا تغيرت معلومات الاتصال الخاصة بك. سنبلغك أيضًا إذا تغيرت معلومات الاتصال الخاصة بك. سنبلغك دائمًا إذا تغيرت معلومات الاتصال الخاصة بك، سنبلغك دائمًا إذا تغيرت معلومات الاتصال الخاصة بك، إما عن طريق الاتصال أو عن طريق إرسال رسالة إليك بالمنزل مع طفلك

العلاقة بالطفل

التوقيع

تاريخ اليوم (شهر/يوم/سنة) الاسم

(حدد ما إذا كان طفلك في حضارة مؤقتة □)