

## المركز الصحي في فايت ميثن

### تسجيل المريض

التاريخ: \_\_\_\_\_

#### معلومات المريض

الاسم بالكامل: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

الحروف الأولى من الاسم الأوسط

الاسم الأول

الاسم الأخير (اللقب-اسم العائلة)

الاسم المفضل: \_\_\_\_\_ الضمير المفضل (هو -هي- أنت- أنتي .. إلخ) \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

عنوان الشارع

شقة-وحدة رقم

مدينة

ولاية

رمز بريدي

تليفون: \_\_\_\_\_ موبايل: \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_

البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

#### معلومات التواصل في حالة الطوارئ

اسم الشخص للاتصال في حالة الطوارئ: \_\_\_\_\_ رقم التليفون: \_\_\_\_\_

علاقتك بهذا الشخص: \_\_\_\_\_

هل يمكننا أن نشارك معلوماتك الطبية المحمية مع هذا الشخص في حالة الطوارئ؟  نعم  لا

#### معلومات ديموغرافية

الحالة الاجتماعية:  متزوج  أعزب  لديك شريك  مطلق  أرمل  أخرى

العرق:  أمريكي إفريقي-أسود  آسيوي  من جزر المحيط الهادي  أبيض (أوروبي)  أمريكي أصلي (الأمريكان الهنود)  آخر: \_\_\_\_\_

المجموعة الإثنية (فضلا اختار واحد من التالي):  هسبانيك أو لاتيني  غير هسبانيك أو لاتيني

لغة التحدث الأساسية:  الإنجليزية  الإسبانية  العربية  البنغالية

أخرى: \_\_\_\_\_

هل ستحتاج إلى مترجم؟  نعم  لا

## المركز الصحي في فايت ميشن

### معلومات التأمين

هل لديك تأمين صحي حالياً؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة لا، هل ترغب في المساعدة للحصول على التأمين؟  نعم  لا

خطة التأمين الصحي التي لدي الآن:

Humana  Aetna  United HealthCare  Molina  CareSource  Buckeye   
 Medicare  Anthem  أخرى: \_\_\_\_\_

### معلومات تتعلق بالسكن

هل أنت بلا مأوى حالياً؟  نعم  لا

مأوى/سرير رقم: \_\_\_\_\_ مأوى إنتقالي  في الشارع

مقيم مع الأهل أو الأصدقاء  سكن داعم طويل المدى   
 ليس لدي خطة للسكن أو السكن غير ثابت

هل تعيش في الإسكان العام (الحكومي)؟  نعم  لا

هل أنت في مدينة كولومبوس في هذا الموسم فقط وتعيش في مكان آخر؟  نعم  لا

### معلومات إضافية

هل كولومبوس هي مكان سكنك الأساسي؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة لا، فأين تسكن؟ \_\_\_\_\_

هل أنت عامل مهاجر؟  نعم  لا

هل أنت من المحاربين القدماء؟  نعم  لا

التوجه الجنسي:  مثلي أو مثلية التوجه الجنسي  ثنائي التوجه الجنسي  لا أعلم  أختار ألا أشارك هذه المعلومات

الهوية الجنسية:  ذكر  أنثى  متحول جنسيا (من ذكر إلى أنثى)  متحول جنسيا (من أنثى إلى ذكر)

غير ثنائي  آخر  أختار ألا أشارك هذه المعلومات

الجنس الذي تم تعيينه لك عند الميلاد:  ذكر  أنثى  خنثى (ثنائي الجنس)  أختار ألا أشارك هذه المعلومات

كيف سمعت بالمركز الصحي؟ \_\_\_\_\_

المركز الصحي في فايت ميشن

عدد أفراد البيت وإعلان الدخل

الاسم:	التاريخ:
--------	----------

العدد الإجمالي أو الأشخاص المتواجدون في بيتي (فضلاً قم بحساب نفسك من ضمنهم):  
(لا بد أن يتضمن هذا الرقم كل الأشخاص الذين تعتبر مسؤلاً عنهم مادياً في البيت. وهذا يعني أنك مسؤل عن أكثر من نصف مصروفاتهم واحتياجاتهم).

أشهد بموجب هذا أن بيتي ليس لديه دخل

أشهد بموجب هذا أنني عميل للمركز الصحي في فايت ميشن وأني، أو شخص آخر في بيتي، يتلقى الدخل من المصدر/المصادر التالي:

\$ _____	أنت	الرواتب من الوظيفة متضمناً ذلك العمولات
\$ _____	الزوج أو الزوجة	البقشيش، العلاوات، الرسوم وغيرها.
\$ _____	قريب	
\$ _____	شخص بالغ بلا صلة قرابة	
\$ _____		إعانة البطالة، الإعاقة، أو أي مدفوعات مساعدة حكومية أخرى.
\$ _____		الدخل المتحصل عليه من تشغيل نشاط تجاري، ويتضمن ذلك كونك تعمل أعمالاً حرة
\$ _____		مصدر دخل متحصل عليه من إيجار أي نوع من الممتلكات
\$ _____		مدفوعات الضمان الاجتماعي
\$ _____		المعاشات السنوية، والبوليصات غير الأمانة، وصناديق التقاعد، والمعاشات التقاعدية، أو مستحقات الوفاة
\$ _____		الفوائد البنكية أو أرباح الأسهم من الأصول
\$ _____		أي مصادر أخرى غير المذكورة أعلاه. المصدر: _____
\$ _____		الإجمالي:

تحت طائلة عقوبة شهادة الزور، أشهد بأن المعلومات التي تم تقديمها في هذا المستند صحيحة ودقيقة على حد علمي. يفهم الموقعون أدناه أن الإدلاء بحقائق زائفة هنا يعتبر فعل احتيالي. قد تؤدي المعلومات الخاطئة أو المضللة أو الناقصة بخصوص الدخل إلى إيقاف الخدمات.

اسم العميل/الشخص المصرح له (كتابة) \_\_\_\_\_ توقيع العميل/الشخص المصرح له \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

اسم العامل (كتابة) \_\_\_\_\_ توقيع العامل/الشاهد \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

## المركز الصحي في فايث ميشن

### موافقة عن علم بالحصول على العلاج

أوافق بموجب هذا على تقديم المركز الصحي في Faith Mission التشخيص والرعاية و / أو العلاج، سواء كانت زيارة شخصية مع مقدم الخدمة الخاص بي أو زيارة طبية عن بعد (إلكترونيا) مع مقدم الخدمة الخاص بي ، وأقر بموجب هذا بأن هذه الموافقة سوف تظل سارية المفعول ما لم وحتى ألغى الموافقة كتابيًا.

لقد طلبت مني تقديم معلومات تتعلق بالدخل والتأمين الصحي لأغراض تتعلق بالفواتير ولكنني أفهم أن عدم المقدرة على توفير هذه المعلومات لن يؤدي إلى منعي من الحصول على الرعاية و/أو العلاج.

أقر بموجب هذا وأؤكد على أنني لدي القدرة العقلية على إعطاء موافقة عن علم للحصول على تشخيص، رعاية و/أو علاج وأنني لست خاضع للإجبار أو التأثير غير المستحق.

أقر بموجب هذا وأفهم أنه بالتوقيع على استمارة المريض للموافقة عن علم أنني أعطي موافقة عن علم للحصول على التشخيص، الرعاية و/أو العلاج بواسطة المركز الصحي في فايث ميشن (The Health Center at Faith Mission). أنا لا أستطيع أن أرفع دعوة ضرر أو أي من الإجراءات المماثلة الأخرى بما في ذلك دعوى طبية، أو دعوة بشأن طب الأسنان أو علاج الأقدام أو قياس البصر أو الصحة السلوكية أو أي دعاوى أخرى متعلقة بالرعاية الصحية ضد المركز الصحي في فايث ميشن (The Health Center at Faith Mission) إلا إذا كان إجراء أو مهمة موفري الخدمة المتطوعين في المركز الصحي في فايث ميشن (The Health Center at Faith Mission) يشكل سوء سلوك متعمد أو متعسف.

**السرية وحدود السرية** يلتزم كل العاملین لدينا بالمعايير المهنية، والقانونية والأخلاقية، فيما يتعلق بالسرية. بالتوقيع هنا أنا أفهم أن القوانين تطلب و/أو تسمح لنا بأن نخبر آخرين محددين في حالات يتوقع فيها حدوث القتل، الانتحار، أو الإساءة إلى الأطفال أو كبار السن أو إهمالهم.

اسم العميل /الشخص المصرح له بالسماح بالإفشاء \_\_\_\_\_ إمضاء العميل/الشخص المصرح له بالسماح بالإفشاء \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

اسم العامل/الشاهد \_\_\_\_\_ توقيع العامل/الشاهد \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

## HIPAA

### استمارة الموافقة الخاصة بالمريض (HIPAA Patient Consent Form)

يشرح هذا الإخطار كيف قد يتم استخدام أو الكشف عن المعلومات الطبية الخاصة بك وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. فضلاً راجعه بتأن

يوفر إخطار سياسات الخصوصية الخاص بنا معلومات عن كيف قد نستخدم أو نكشف عن المعلومات الصحية المحمية.

قد تتغير شروط الإخطار، وإن حدث ذلك سوف يتم إعلامك أثناء زيارتك التالية لتحديث توقيعك والتاريخ.

لديك الحق في تحديد الكيفية التي يتم استخدام معلوماتك الصحية المحمية بها أو الكشف عنها للعلاج أو الدفع أو إجراءات الرعاية الصحية. لا يتطلب منا الموافقة على هذا القيد، ولكن إذا وافقنا عليه، سوف نحترم هذه الاتفاقية. يسمح قانون قابلية النقل والمسائلة للتأمين الصحي لسنة 1996 المسمى بـ HIPAA باستخدام المعلومات للعلاج، المدفوعات، أو إجراءات الرعاية الصحية.

بتوقيعك على هذه الاستمارة، أنت توافق على استخدامنا وإفصاحنا عن معلومات الرعاية الصحية المحمية الخاصة بك واستخدام محتمل دون هوية في منشورات. لديك الحق في إنهاء هذه الإتفاقية كتابياً وبتوقيعك. وبالرغم من ذلك، لن يعتبر مثل هذا الإلغاء ذو أثر رجعي.

- تحتفظ الممارسة بحقها في الحصول على و/أو إصدار نسخ من سجلاتي الطبية لأي طبيب أو مؤسسة لغرض التقييم و/أو المقارنة بالفحص والاختبار الذي يتم إجراؤه علي، ولأغراض خاصة بالتأمين أو الفواتير، والإجراءات الخاصة بالرعاية الصحية، أو الصحة العقلية، أو إساءة استخدام العقاقير (يتضمن هذا العلاج المباشر أو غير المباشر بواسطة موفري رعاية صحية آخرين يقومون على رعايتي).
- يمكن للممارسة الطبية الاحتفاظ بالحق في تغيير سياسة الخصوصية كما يسمح القانون.
- لدى المريض الحق في تحديد استخدام المعلومات ولكن لا يتطلب من الممارسة الطبية الموافقة على هذه القيود.
- لدى المريض الحق في إلغاء هذه الإتفاقية كتابة في أي وقت وسوف تتوقف كل الإفصاحات الكاملة حينها.

لقد تم التوقيع على إتفاقية التراضي هذه بواسطة (اكتب اسمك فضلاً):

الإمضاء: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_  
إمضاء المريض أو إمضاء ممثل المريض

شاهد: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

للوصول على نسخة غير مختصرة من إخطار ممارسات الخصوصية HIPAA خالصتنا، فضلاً اطلبها من أحد أعضاء فريق العمل.