

تسجيل المريض

التاريخ: _____

معلومات المريض

الاسم بالكامل: _____ التاريخ: _____

لأولى من الاسم الأوسط

الاسم الأول

الاسم الأخير (عائلة)

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

العنوان: _____

تقريباً رقم

عنوان الشارع

مدينة _____ ولاية _____ رقم بري _____

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 (فضلاً 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

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 كنت إجابة لا، فلي تكتب:

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؟ _____

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 مسئولاً عنهم مادياً في البيت. وهذا يعني أنك مسئول عن أكثر من نصف مصروفاتهم واحتياجاتهم).

أشهد بموجب هذا أن بيتي ليس لديه دخل

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

\$ _____	الرواتب من الوظيفة متضمماً لنا ذلك العمولات اليقشيش، العلاوات، الرسوم وغيرها.
\$ _____	الزوج أو الزوجة
\$ _____	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 لآخرة
\$ _____	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 مذكورة 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 _____

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 ألغي الموافقة كتابياً.

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 بالحصول 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 بالحصول على التشخيص، الرعاية و/أو العلاج بواسطة المركز الصحي في فايت 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 دعوى أخرى متعلقة بالرعاية الصحية ضد المركز الصحي في فايت ميشن (The Health Center at Faith Mission) إلا إذا كان إجراء أو مهمة موفري الخدمة المتطوعين في المركز الصحي في فايت ميشن (The Health Center at Faith Mission) يشكل سوء سلوك متعمد أو متعسف.

كي اعلان لتنا بملعول ميثية وقرنية واللاقيه فيما ينطبق بلوية. بلتقع هذا لنا فهمل في حلات يتقع فيها حث القى لانتحل، أو الإستهة إلى الأظلل أو كليا العية جهود الية في اوتون طلب ولو تفع لنا بل نعر
أخبرني محذرن
بلقن أو هلمهم.

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 نون هوية في منشورات. لديك الحق في إنهاء هذه الإتفاقية كتابياً وتوقيعك. 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: _____
بإسْم المريض أو بإسْم مَن يُمثِّل المريض

شاهد: _____
التاريخ: _____

الصل على نسخة غير مقفولة من إخطار سياسات الخصوصية HIPAA خطته، خلاطها من أحد أعضاء فريق الطبي.