

نموذج التاريخ الصحي

يُرجى إكمال هذا النموذج، لمساعدتنا في توفير الرعاية الجيدة لطفلك. ستم دعوة طفلك إلى المركز الطبي لإجراء فحوصات طبية للتحقق من وزنه، وطوله، وضغط الدم، والتطعيمات السابقة، وإكمال تقييم المخاطر الصحية. سيتواصل معك المركز الطبي بشأن أي توصيات لدعم صحة طفلك واستعداده للتعلم. يلزم تقديم موافقة إضافية من ولي الأمر/الوصي قبل إعطاء أي تطعيمات. يُرجى التواصل مع المركز الطبي إذا كان طفلك يعاني من مشكلة صحية وبحاجة إلى موعد.

الطبيب	الاسم الأول	اسم العائلة	تاريخ الميلاد
اسم الشخص الذي يكمل النموذج بخط واضح	العلاقة بالطالب (إن لم يكن نفسه)	تاريخ إكمال النموذج	
أقرب هاتف للتواصل معك	أفضل وقت للاتصال		

أسئلة عن طفلك:	
هل يتابع طفلك مع طبيب رعاية أولية أو عيادة؟	لا ☐ نعم ☐
اسم موثر الخدمة:	العيادة:
هل خضع طفلك لفحص طبي جيد أو فحص جسدي شامل في العام الماضي؟	لا ☐ نعم ☐
هل ذهب طفلك لزيارة طبيب الأسنان في العام السابق؟	لا ☐ نعم ☐
هل يأخذ طفلك أي أدوية أو يعاني من أنواع أخرى من الحساسية؟ (الوصف):	لا ☐ نعم ☐
هل يأخذ طفلك أي أدوية؟ (بما في ذلك الفيتامينات والأدوية المتوفرة بدون وصفة طبية):	لا ☐ نعم ☐
الدواء	الجرعة
السبب	
هل يعاني طفلك من أي مشكلات صحية مستمرة أو مخاوف صحية حالية؟ (الوصف):	لا ☐ نعم ☐
هل سبق وأن تم حجز طفلك في المستشفى أو خضع لعملية جراحية؟ (الوصف):	لا ☐ نعم ☐
هل لدى طفلك أي احتياجات مدرسية/تعليمية أو مخاوف؟	لا ☐ نعم ☐
مشكلات الحضور	درجات سيئة أو الرسوب
هل يعاني طفلك من أي مشكلات صحية أخرى؟ (مثال: القلق زيادة عن اللازم، التوتر، الاكتئاب، الخوف، إلخ):	لا ☐ نعم ☐
تعليم خاص	غير ذلك

أسئلة عن أسرتك:	
من يعيش في منزلك؟	
إذا كان طفلك يعيش في منزل آخر أيضاً، فمن يعيش هناك؟	
هل كانت هناك أي تغييرات أو مشاكل كبيرة مرت بها أسرتك العام الماضي؟	لا ☐ نعم ☐
إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يُرجى وصفها:	
هل يدخن أي شخص يعيش مع طفلك السجائر، أو السيجار، أو السجائر الإلكترونية، أو الماريجوانا؟	لا ☐ نعم ☐
هل تشعر بالقلق من عدم توفر ما يكفي من الطعام أو المال لإطعام أسرتك؟	لا ☐ نعم ☐
هل تمتلك سلاحاً في منزلك؟	لا ☐ نعم ☐
إذا كانت الإجابة "نعم"، فهل هو مغلق؟	لا ☐ نعم ☐
هل طفلك مُتنبئ؟	لا ☐ نعم ☐

التاريخ الصحي للعائلة (حدد كل ما ينطبق)

فرد الأسرة	ليس هناك مشكلات معروفة	تعاطي الكحول/المخدرات	التهاب المفاصل	الربو	السرطان	مشكلات في القلب	الاكتئاب	داء السكري	ارتفاع مستوى الكوليسترول	ارتفاع ضغط الدم	مرض بالكلية	مرض عقلي	سكتة دماغية	مشكلات في الرؤية
الأم														
الأب														
فرد آخر من الأسرة:														
فرد آخر من الأسرة:														

هل هناك أي تاريخ عائلي آخر للمرض أو للإصابة بمرض مزمن؟

نموذج تسجيل المريض

يُرجى إكمال هذا النموذج بالكامل، لمساعدتنا في توفير الرعاية الجيدة لطفلك. تبقى هذه الموافقة سارية من عام لآخر. يُرجى تقديم طلب كتابي لسحب الموافقة على الخدمات. نظرًا للوضع غير الربحي ومصدر التمويل لـ Community Health Center of Snohomish County (مركز صحة المجتمع في مقاطعة سنو هوميش (CHC))، نحن مطالبون بطرح أسئلة التسجيل هذه (المكتوبة باللون الرمادي). لك حق رفض الإجابة عن أي سؤال من هذه الأسئلة. لن تتم مشاركة المعلومات التي تقدمها أو استخدامها لأي غرض آخر غير جمع البيانات الديموغرافية العامة لخدمة مجتمعنا بصورة أفضل.

يُرجى إكمال الأقسام من 1 إلى 6.

1. الديموغرافيا ومعلومات الطالب

اسم العائلة		الاسم الأول		الاسم الأوسط		الاسم السابق لاسم العائلة		الاسم الأول المفضل	
رقم معرف الطالب		تاريخ الميلاد / / الشهر اليوم السنة		جنس الميلاد ☐ ذكر ☐ أنثى		الاسم السابق لاسم العائلة ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ غير ثنائي			
عنوان المراسلة البريدية		الشقة		العنوان الثانوي (إذا كان مختلفًا)		الشقة			
المدينة		الولاية		الرقم البريدي		المدينة		الولاية	
هاتف ولي الأمر		☐ المنزل ☐ الهاتف المحمول ☐ العمل		رقم هاتف الطالب		☐ المنزل ☐ الهاتف المحمول ☐ العمل			
عنوان البريد الإلكتروني الخاص بولي الأمر		عنوان البريد الإلكتروني الخاص بالطالب							
الطريقة المفضلة للإعلام بالموعد (اختر واحدة) رسالة نصية ☐ مكالمة هاتفية ☐ ولي الأمر		الطريقة المفضلة للإعلام بالموعد (اختر واحدة) رسالة نصية ☐ مكالمة هاتفية ☐ ولي الأمر							
الهوية الجنسية		☐ أنثى ☐ ذكر ☐ تشكيك		☐ ذكر متحول جنسيًا إلى أنثى ☐ أنثى متحولة جنسيًا إلى ذكر ☐ غير ثنائي/حر الجنس		☐ غير ذلك: _____ ☐ أفضل عدم الإفصاح			
الميول الجنسية		☐ يميل للجنس الآخر ☐ مثلي الجنس		☐ مثلية الجنس ☐ حر الجنس		☐ ثنائي الجنس ☐ شمولي الجنس		☐ غير ذلك: _____ ☐ أفضل عدم الإفصاح	
الضمير المفضل المحدد للجنس		☐ هي، ضمير الغائبة المؤنث، لها ☐ هو، ضمير الغائب المذكر، له		☐ هم، ضمير الغائب للجمع، لهم ☐ غير ذلك:		☐ أفضل عدم الإفصاح			
هل أنت من أصل إسباني أو أصول لاتينية؟		☐ نعم، من أصل إسباني ولا لاتيني ☐ لا		☐ ليس من أصل إسباني ولا لاتيني		☐ أفضل عدم الإفصاح			
ما هو عرقك أو خلفيتك الأسرية؟		☐ أمريكي من أصل هندي/من سكان ألaska الأصليين ☐ من سكان هاواي الأصليين ☐ أكثر من عرق واحد		☐ آسيوي ☐ من سكان جزر المحيط الهادئ الآخرين ☐ أرفض التحديد		☐ أفريقي أمريكي/من ذوي البشرة السمراء ☐ أبيض			
هل أنت أمريكي مخضرم؟		☐ نعم ☐ لا							
ما هو وضعك الوظيفي؟		☐ داوم كامل ☐ داوم جزئي ☐ دوام موسمي		☐ طفل ☐ غير موظف ☐ خدمة عسكرية عاملة		☐ أعمل لحسابي الخاص ☐ متقاعد ☐ طالب			
ما هي لغة الكتابة المفضلة لديك؟				هل تحتاج إلى مترجم فوري؟		☐ نعم ☐ لا			

2. ولي الأمر/الوصي (إذا كان المريض دون سن 18 عامًا)

اسم العائلة لولي الأمر/الوصي		الاسم الأول لولي الأمر/الوصي		تاريخ الميلاد / /		الجنس ☐ ذكر ☐ أنثى	
عنوان المراسلة البريدية		الشقة		العلاقة بالمريض ☐ ولي الأمر ☐ الوصي ☐ غير ذلك			
المدينة		الولاية		الرقم البريدي		الهاتف ☐ المنزل ☐ الهاتف المحمول ☐ العمل	

يتبع هذا النموذج في الصفحة الخلفية. يُرجى إكمال جميع الأقسام.

3. التأمين			
هل لديك تأمين؟		☐ نعم ☐ لا	
اسم جهة التأمين	تاريخ السريان	يرجى ذكر معلومات تغطية التأمين	
رقم خطة المجموعة	رقم معرف العضو		
اسم المشترك/حامل الوثيقة	تاريخ ميلاد المشترك		
هل أنت مهتم ببرنامج تخفيض الرسوم مقابل الخدمة؟		نقدم تخفيضاً على الرسوم مقابل الخدمة إذا لم يكن لديك تأمين صحي، أو كنت بحاجة إلى سداد المصروفات التي لا يغطيها التأمين الصحي. تعتمد الأهلية للبرنامج، والحد الأدنى للرسوم على حجم أسرتك ودخلك. لمزيد من المعلومات ولتقديم طلب، هل تريد الاجتماع بأحد متخصصي الأهلية لدينا؟	
☐ نعم ☐ لا			
4. أسئلة إضافية (يجب عنها المريض، أما إذا كان المريض قاصراً، فيرجى أن يجيب عنها الوصي القانوني).			
الدخل السنوي أو الشهري	ما هو مقدار الدخل السنوي الإجمالي لأسرتك؟	دولار أمريكي	ما هو مقدار الدخل السنوي الإجمالي لأسرتك؟
الرقم الإجمالي في الأسرة		عدد أفراد الأسرة الذين تم الإبلاغ عنهم في إقرار ضريبة الدخل الفيدرالية:	
هل أنت مشرد أم تقيم في دار إيواء مؤقتة؟	☐ لست مشرداً ☐ إسكان عام	☐ تقاسم السكن ☐ دار إيواء	☐ غير ذلك ☐ دار إيواء
حالة العمل الموسمية/للمهاجرين	في أي مرحلة خلال العامين السابقين، هل كان العمل الموسمي أو العمل الزراعي للمهاجرين مصدر الدخل الرئيسي لك أو لأسرتك؟		
☐ لا أعمل في المزارع ☐ نعم، عامل زراعي مهاجر ☐ نعم، عامل زراعي موسمي			
هل سمعت عن NEIGHBORCARE HEALTH؟ (حدد كل ما ينطبق)	☐ الأصدقاء أو الأسرة ☐ موفر آخر غير Neighborcare ☐ برنامج أو مجموعة مجتمعية أخرى ☐ الإعلانات (لوحة الإعلانات، الحافلات، الجرائد) ☐ التأمين ☐ الموقع المناسب/القريب من المنزل ☐ وسائل التواصل الاجتماعي (Instagram، Twitter، Facebook) ☐ غير ذلك		
5. إشعار الخصوصية			
أنا أقر بأنني قد استلمت إخطار CHC لممارسات الخصوصية. أنا أفهم أن CHC لمقاطعة سنو هوميش قد يتصل بي لتذكيري بالمواعيد، ونتائج الاختبارات، وخيارات العلاج، أو غير ذلك من الخدمات والمزايا المتعلقة بالصحة عبر مكالمات هاتفية، أو رسالة نصية، أو رسالة عبر البريد الإلكتروني، أو البريد الصوتي.			
6. إخلاء الطرف والتوقيع على الموافقة			
شهادة المعلومات والموافقة على الرعاية: أقر بأن معلومات التسجيل التي قدمتها إلى CHC صحيحة في الوقت الحالي، وأنا أفهم أن أي تحريف متعمد للمعلومات يجعلني مسؤولاً عن كامل تكاليف الخدمات المقدمة. أنا أمتنع الإذن إلى أعضاء الطاقم الطبي والصحة العقلية وطب الأسنان بتوظيف مثل هذه العلاجات والأدوية التي تعتبر ضرورية من الناحية المهنية والطبية، أو يُصح بها في تشخيص المشكلة (المشاكل) الصحية لدي وعلاجها. أنا أفهم أن الرعاية الطبية مقدمة من قبل طبيب، أو ممرض ممارس، أو مساعد طبيب، أو غيرهم من العاملين المرخصين. أنا أفهم أن رعاية الأسنان مقدمة من قبل أطباء الأسنان المرخصين، أو أخصائيي صحة الأسنان، أو طلاب صحة الأسنان أو طب الأسنان أو المتطوعين المدربين وفقاً لقانون ممارسة طب الأسنان بولاية واشنطن. بظل هذا الإذن ساريًا ما لم يتم إلغاء الموافقة بموجب إشعار كتابي مُقدم إلى رئيس الأطباء/مسؤول خدمات طب الأسنان. يخول التعيين والإخلاء لـ CHC بالإفصاح عن أي معلومات لشركة التأمين التي أتعامل معها، أو CMS أو DSHS، والضرورية لتحديد الاستحقاقات واجبة الدفع مقابل الخدمات ذات الصلة. وأفوض بموجب هذا أي شركة تأمين لدي بوليصة لها بسداد أي تكاليف لأي بوالص تأمين مقدمة مباشرة إلى موفري الرعاية الصحية الذين قدموا الخدمات لي. أنا أوافق على دفع جميع التكاليف التي لم يتم سدادها بالكامل من خلال التأمين المخصص.			
التوقيع	العلاقة بالمريض	التاريخ	
		/ /	

الموافقة على الخدمات الصحية

تقع مراكز CHC الطبية المدرسية في مقاطعة إدموندز التعليمية. يجب أن يكون لدى CHC موافقة موقعة من ولي الأمر أو الوصي القانوني قبل تقديم الخدمات، إلا في الحالات التي يسمح فيها القانون الفيدرالي أو قانون الولاية للطلاب بالحصول على العلاج بدون موافقة ولي الأمر/الوصي. لا يحتاج الطلاب إلى التسجيل في المركز الطبي لتلقي الخدمات من ممرضة المدرسة.

بموجب هذا، أطلب وأفوض بما يلي: (اسم الطالب بخط واضح أدناه).

الاسم الأول	الحرف الأول من اسم الأب	اسم العائلة	تاريخ الميلاد / /
تلقى خدمات الرعاية الصحية المتوفرة، والتي تعتبر ضرورية وفقاً لموظفي CHC SBHC. قد تتضمن هذه الخدمات -على سبيل المثال لا الحصر- ما يلي: استشارة الصحة العقلية، والفحوصات الطبية الروتينية، والعلاج الطبيعي، والفحوصات الطبية للرياضيين، والرعاية الجيدة للأطفال أو المراهقين، وتقييم الإصابات والأمراض الحادة وعلاجها، والتطعيمات، وفحوصات الدم، والصور الفوتوغرافية، والأشعة السينية، وخدمات علاج الأسنان والفلورايد. يحدث موظفو SBHC الأسرة على المشاركة في الرعاية التي يقدمونها للطلاب. ومع ذلك، إذا لم أتمكن من الحضور، فأنا أمنح الإذن لطفي لتلقي الخدمات في غيابي. وقد يتم تقديم هذه الرعاية سواء بشكل شخصي أو عن بُعد عبر الهاتف أو زيارة الرعاية الصحية الافتراضية. يتم منح الموافقة أيضاً على إحالة الرعاية -وإن لزم الأمر- النقل في حالات الطوارئ إلى الأطباء الآخرين، أو العاملين في مجال الرعاية الصحية، أو المستشفيات، أو العيادات، أو وكالات الرعاية الصحية، حسب ما يراه موظفو CHC SBHC ضرورياً. لا يسمح هذا الإذن بتقديم الخدمات بدون موافقة الطالب، ما لم يكن الطالب غير قادر على الموافقة. يلتزم CHC بإنشاء دار رعاية صحية تتضمن رعاية صحية، ورعاية الأسنان والصحة العقلية، ويبحث CHC على العلاقات طويلة الأمد بين المرضى ومقدمي الخدمة. يتعاون CHC مع الآخرين من مقدمي الخدمات في المجتمع، ممن يمكنهم أيضاً زيارة المرضى الذين نقدم لهم الخدمات لضمان تنسيق الرعاية. وفقاً للقانون الفيدرالي و/أو قانون الولاية، عند تقديم الموافقة على الرعاية، تبقى معلومات الرعاية الصحية سرية. هناك بعض الاستثناءات، مثال: 1. منح الإذن بواسطة المريض أو ولي الأمر/الوصي عن طريق إخلاء طرف موقع لنموذج المعلومات. 2. إشارة المريض إلى خطر وقوع ضرر وشيك على الذات أو الآخرين. 3. إصابة المريض بمشكلة صحية قاتلة، ودون سن 18 عاماً. 4. وجود سبب للاشتباه في الاعتداء أو الإهمال. 5. يجب إبلاغ سلطات الصحة العامة عن بعض الأمراض المعدية. يتم منح الموافقة لمشاركة المعلومات الضرورية مع مقدمي الرعاية الصحية في SBHC، بما في ذلك تبادل المعلومات بين معالج الصحة العقلية، أو ممرض ممارس، أو مساعد الطبيب وممرضة المدرسة، وذلك لغرض تقديم أفضل رعاية للطلاب المذكور أعلاه. لتسهيل تنسيق الرعاية، سيكون السجل الطبي للطلاب في SBHC متاحاً لموظفي CHC في SBHC. يتم منح الموافقة إلى ممرضة المدرسة لإعطاء الأدوية المتاحة بدون وصفة طبية (مثال: أيوبروفين، تايلينول، تومز، إلخ) على النحو الذي يحدده موفر الرعاية الطبية لدى SBHC. يتلقى الطلاب أيضاً الخدمات الصحية بصورة مستقلة في أي من عيادات الأسنان أو العيادات الطبية الخاصة بـ CHC. وبموجب هذه الاتفاقية، يمكن تلقي الخدمات في أي من عيادات الأسنان أو عيادات CHC الطبية التابعة لمقاطعة سنو هوميش. للاطلاع على قائمة بمواقع العيادة، يرجى زيارة موقع الويب chcsno.org. لتحديد موعد، اتصل بـ CHC على الرقم 425-789-3789. يُسمح بالموافقة على الخدمات التي يقدمها CHC طوال فترة تسجيل الطالب في المدرسة مع CHC SBHC أو طوال فترة الخدمة التي تقدمها عيادة أخرى تابعة لـ CHC. يمكن سحب هذه الموافقة في أي وقت من خلال الكتابة إلى SBHC.			
توقيع الطالب: (يلزم لمن يبلغ 13 عاماً فأكثر)			التاريخ: / /
توقيع ولي الأمر/الوصي:			التاريخ: / /
اسم الوصي المسؤول قانوناً (بحروف واضحة):			العلاقة:
معلومات إضافية مهمة بشأن موافقة القاصر بموجب قانون ولاية واشنطن، يوفر SBHC الخدمات ويساعد الطلاب في الوصول إلى الرعاية الخارجية إن لزم الأمر. وبموجب قانون ولاية واشنطن، يمكن للشباب الوصول بشكل مستقل إلى رعاية الصحة الإنجابية في أي سن بدون موافقة ولي الأمر/الوصي. يتلقى الشباب (من عمر 13 عاماً فأكثر) خدمات تعاطي المخدرات والكحوليات واستشارة الصحة العقلية بشكل مستقل بدون موافقة ولي الأمر/الوصي. يحدث SBHC الطلاب على إشراك أولياء الأمور أو الأوصياء في قرارات الرعاية الصحية كلما أمكن ذلك. وعند الاقتضاء، يساعد SBHC الطلاب في مناقشة هذه المواقف مع أولياء الأمور/الأوصياء. ونظراً لأن الشباب بإمكانهم تقديم الموافقة على العلاج، فإن موافقتهم مطلوبة قانونياً للإفصاح عن المعلومات الخاصة بالحمل والأمراض المنقولة جنسياً (من ضمنها اختبارات فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز). إن موافقة الطلاب البالغين 13 عاماً فأكثر، وموافقة ولي الأمر/الوصي للطلاب من سن 12 عاماً فأقل، مطلوبة من الناحية القانونية للإفصاح عن المعلومات الخاصة بتعاطي المخدرات أو الكحوليات أو استشارة الصحة العقلية. لمزيد من المعلومات حول موافقة القاصر، تفضل بزيارة: www.washingtonlawhelp.org وابحث عن "موافقة القاصر".			

الموافقة على علاج الأسنان

المدرسة:	رقم الفصل:	رقم السجل الطبي (MRN): (للاستعمال في الأغراض الإدارية)
السيد ولي الأمر أو الوصي: نحن نقدم خدمات رعاية الأسنان في المدرسة التي يذهب طفلك إليها، وذلك لإعلامك بالحالة الصحية لأسنان طفلك. الخدمات ليست لها تكاليف نثرية بالنسبة إليك. إذا كنت توافق على تقديم العلاج لطفلك: - وستستأنف خدمات طب الأسنان عندما يعود الطلاب من التعلم الشخصي. - يسرنا تقديم المعلومات لك لتحديد موعد لدى طبيب الأسنان، أو تحديد موعد لك، إذا كنت بحاجة إلى مقدم خدمات طب الأسنان. - سوف نرسل لك نسخة من النتائج الخاصة بطفلك. قد تتم مشاركة هذه المعلومات مع المدرسة التي يذهب إليها طفلك. - قد نرسل لك رسالة على الهاتف، إذا احتجنا إلى التواصل معك بشأن احتياجات طفلك لرعاية الأسنان.		
السادة أولياء الأمور أو الأوصياء، يُرجى ملء المعلومات أدناه والتوقيع في الجزء السفلي من النموذج.		
اسم الطالب:		
الاسم الأول	الأحرف الأولى من اسم الأب	اسم العائلة
تاريخ الميلاد / /		
جنس الطالب: ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ جنس آخر		
اسم ولي الأمر/الوصي:		
الاسم الأول	الأحرف الأولى من اسم الأب	اسم العائلة
تاريخ الميلاد / /		
العنوان:	المدينة:	الرقم البريدي:
رقم الهاتف:		
موافقة على إجراء أشعة سينية على الأسنان إن لزم الأمر ☐ لا ☐ نعم ☐		
هل تفضل التواصل بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ إذا كانت الإجابة نعم، فأي لغة؟		
كيف تريد أن تتلقى نتائج تقييم أسنان طفلك؟ ☐ يُرعى منحها إلى الطفل في المدرسة ليأخذها معه إلى المنزل. ☐ يُرعى إرسالهم بالبريد إلى العنوان المذكور أعلاه.		
متى كانت آخر مرة ذهب فيها طفلك لزيارة طبيب الأسنان؟ ☐ منذ أقل من 6 أشهر ☐ منذ أقل من سنتين ☐ منذ أقل من سنة واحدة ☐ منذ أكثر من سنتين ☐ أبدًا		
هل يتابع طفلك مع طبيب أسنان بصورة منتظمة؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ إذا كانت الإجابة نعم، فأين؟		
هل تريد المساعدة في العثور على طبيب أسنان لطفلك؟ ☐ نعم ☐ لا		
هذا البرنامج مقدم لك بلا تكلفة، ولكن قد يتم تحصيل رسوم من شركة التأمين التي تتعامل معها. يُرجى إكمال قسم التأمين من هذا النموذج، لضمان حصولنا على أحدث المعلومات. غالبًا ما تغطي خطط التأمين العامة رسوم الخدمة بالكامل. في حال عدم تغطية أي تكاليف من قبل التأمين، سنغطيها المنح. لن يتم تحصيل أي مصروفات نثرية عن أي طالب أو أسرة مشاركة في البرنامج.		
يُرجى إدراج معلومات عن APPLE HEALTH أو أي معلومات أخرى متعلقة بتأمين طب الأسنان أدناه:		
اسم تأمين الأسنان:		
اسم المشترك:		
العلاقة:	تاريخ ميلاد المشترك:	/ /
التوقيع على هذا النموذج يعني موافقتك على علاج الأسنان		
توقيع ولي الأمر أو الوصي	التاريخ	

إشعار ممارسات الخصوصية

هذا الإشعار ساري اعتباراً من 23 مايو 2013



إننا نتبع بروتوكولات لضمان أمان معلوماتك الشخصية وسريتها. يتوفر لدينا الأمن المادي في المبنى الخاص بنا، وكلمات مرور لحماية قواعد البيانات، وإجراءات تدقيق لمعايير الامتثال، وبرامج لمكافحة الفيروسات/كشف التسلل. ومن ضمن الممارسات التي لدينا، أن الوصول إلى معلوماتك يقتصر على الأفراد الذين بحاجة إليها لأداء أعمالهم.

يلتزم Community Health Center of Snohomish County (المركز صحة المجتمع في مقاطعة سنو هوميش) بمعاملة المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك واستخدامها بشكل مسؤول. يصف إشعار سياسات الخصوصية هذا المعلومات الشخصية التي نجعلها، وكيف ومتى نقوم باستخدامها أو الإفصاح عنها. وإنه يصف أيضاً حقوقك ذات الصلة بالمعلومات الصحية المحمية الخاصة بك. ويكون هذا الإشعار سارياً اعتباراً من 23 مايو 2013، وينطبق على جميع المعلومات الصحية المحمية على النحو المحدد من قبل اللوائح الفيدرالية.

يوضح هذا الإشعار كيف يمكن استخدام المعلومات الصحية الخاصة بك والإفصاح عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. يُرجى مراجعتها بعناية.

وعدنا لك، ولجميع مرضانا: معلوماتك مهمة وستبقى سرية. تتطلب أخلاقياتنا وسياساتنا أن يتم الحفاظ على معلوماتك في سرية تامة.

نحن مطالبون بموجب القانون بالحفاظ على خصوصية معلوماتك الصحية. كما أننا مطالبون بإعطائك هذا الإشعار حول ممارسات الخصوصية، والالتزامات القانونية الخاصة بنا، وحقوقك المتعلقة بالمعلومات الصحية الخاصة بك ("المعلومات الصحية المحمية" أو "PHI"). يجب علينا اتباع ممارسات الخصوصية الموضحة في هذا الإشعار (والتي يجوز تعديلها من حين إلى آخر).

للحصول على مزيد من المعلومات حول ممارسات الخصوصية الخاصة بنا، أو للحصول على نسخ إضافية من هذا الإشعار، يُرجى الاتصال بنا باستخدام المعلومات الواردة في نهاية هذا الإشعار.

الحق في الحصول على إشعار: يحق لك الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار من خلال تقديم طلب في أي وقت إلى مركز صحة المجتمع في مقاطعة سنو هوميش (Community Health Center of Snohomish County)، على العنوان 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208.

الحق في تلقي إخطار بشأن حدوث خرق: نحن مطالبون بإبلاغك عندما نكتشف حدوث خرق لمعلوماتك الصحية المحمية غير الآمنة، وذلك طبقاً لمتطلبات القانون الفيدرالي.

أسئلة أو شكاوى: إذا كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات حول حقوق الخصوصية الخاصة بك، أو كنت تشعر بالقلق من أننا انتهكنا حقوق الخصوصية الخاصة بك، فيمكنك الاتصال بخط الخصوصية الخاص بمكتب الامتثال التابع لنا على الرقم 425-789-3774. ويجوز لك أيضاً تقديم شكوى مكتوبة إلى مدير مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية. لن نتخذ أي إجراءات انتقامية ضدك إذا قمت بتقديم شكوى إلى مدير مكتب الحقوق المدنية أو إلى مكتب الامتثال التابع لنا. إذا كنت تعتقد أن حقوق الخصوصية الخاصة بك قد انتهكت، فيجوز لك إما تقديم شكوى إلى مكتبنا، أو إلى مكتب الحقوق المدنية (OCR) التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية. لن يتم اتخاذ أي إجراءات انتقامية ردّاً على قيامك بتقديم شكوى سواء إلى مكتبنا أو إلى مكتب الحقوق المدنية. عنوان الفرع الإقليمي التابع لمكتب الحقوق المدنية في ولاية واشنطن هو:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
2201 Sixth Avenue – M/S: RX-11
Seattle, WA 98121-1831

التغييرات التي تطرأ على هذا الإشعار: يجوز لنا تغيير شروط هذا الإشعار في أي وقت. إذا قمنا بتغيير هذا الإشعار، فيجوز لنا جعل شروط الإشعار الجديدة سارية على جميع المعلومات الصحية المحمية التي نحتفظ بها، بما في ذلك أي معلومات تم إنشاؤها أو استلامها قبل إصدار الإشعار الجديد. إذا قمنا بتغيير هذا الإشعار، فسننشر الإشعار الذي تم تعديله في منطقة الانتظار في مكتبنا وعلى موقعنا الإلكتروني على الرابط www.chcsno.org. يجوز لك أيضاً الحصول على أي إشعار تم تعديله من خلال التواصل مع Community Health Center of Snohomish County عبر البريد على العنوان 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208.