

نموذج الموافقة على تلقي الخدمات الصحية المدرسية

تقوم المنطقة التعليمية في مقاطعة كليفلاند ("CMSD") ومؤسسة قل نعم لكليفلاند ("SYC") بالمشاركة مع وكالات المجتمع في تقديم خدمات صحية مدرسية إضافية. يطلب منك إكمال نموذج الموافقة هذا لطفلك لتلقي هذه الخدمات الصحية من مقدمي الخدمات الصحية من شركاء CMSD. سيتم توفير خدمات التمريض والطوارئ المدرسية سواء اخترت المشاركة في هذه الخدمات الإضافية أم لا.

معلومات الطالب / المريض

اسم عائلة الطالب: _____ الاسم الأول للطالب: _____
 الجنس: _____ الجنس عند الولادة (يرجى التأشير): ذكر أنثى تاريخ الميلاد: _____
 عنوان المنزل: _____ المدينة _____
 الولاية _____ الرمز البريدي: _____ رقم الهاتف _____ اسم المدرسة: _____
 اللغة المفضلة: _____ هل هذا الطالب من أصل إسباني / لاتيني؟ (يرجى التحقق)؟ نعم لا
 الأصل العرقي (يرجى التأشير): سكان أمريكا / ألاسكا الأصليون آسيوي سكان هاواي الأصليون / سكان جزر المحيط الهادئ الآخرون أبيض
 أسود / أمريكي من أصل أفريقي لا أريد الإجابة أخرى: _____

معلومات الوصي القانوني (سيكون هذا هو الشخص الأساسي الذي سيتم الاتصال معه فيما يتعلق بصحة الطالب)

سم العائلة للوصي: _____ الاسم الأول: _____
 تاريخ الميلاد: _____ اسم صاحب العمل (إن وجد): _____
 رقم الهاتف _____ البريد الإلكتروني _____
 صلة القرابة مع الطالب _____ يسكن مع الطالب؟ نعم لا

معلومات تأمين الطالب / المريض (إذا كانت معروفة)

لطفل / المراهق لديه تأمين صحي (يرجى التأشير): نعم لا
 اسم شركة التأمين الصحي: _____ اسم المشترك: _____
 رقم المجموعة: _____ رقم المشترك: _____

معلومات الاتصال في حالات الطوارئ (شخص آخر عدا الوصي القانوني)

الاسم: _____ صلة القرابة بالطالب: _____
 رقم الهاتف: _____ هل لنا أن نترك رسالة صوتية أو نصية؟ نعم لا

المعلومات الصحية للطالب (يجب إكمالها من قبل ولي الأمر / الوصي القانوني) يرجى تأشير من كل ما ينطبق.

<input type="checkbox"/> الربو	<input type="checkbox"/> اضطرابات العمود الفقري	<input type="checkbox"/> داء السكري	<input type="checkbox"/> تعاطي التبغ
<input type="checkbox"/> السرطان/اللوكيميا	<input type="checkbox"/> مشاكل المثانة / المسالك البولية	<input type="checkbox"/> التهاب الرئوي	<input type="checkbox"/> تعاطي المخدرات/المواد المخدرة
<input type="checkbox"/> اكزيما	<input type="checkbox"/> نوبات الصرع	<input type="checkbox"/> أمراض الكلى / البول	
<input type="checkbox"/> الصداع النصفي	<input type="checkbox"/> النظارات / العدسات اللاصقة	<input type="checkbox"/> أمراض القلب	
<input type="checkbox"/> الولادة المبكرة	<input type="checkbox"/> مساعدات السمع	<input type="checkbox"/> مشاكل النمو	
<input type="checkbox"/> فقر الدم المنجلي	<input type="checkbox"/> مشاكل الصحة العقلية	<input type="checkbox"/> اضطراب الأمعاء	
	<input type="checkbox"/> اضطرابات الدم	<input type="checkbox"/> السل	
		<input type="checkbox"/> مستوى الرصاص المرتفع في السابق أو حالياً	

معلومات مقدم الرعاية الصحية الأولية

اسم مقدم الرعاية الأولية / الطبيب: _____ موقع مقدم الرعاية الصحية الأولية (يرجى التأشير): كير ألابنس متروهيلث نيرهود فاميلي براكتس نيون يو اتش / رينبو بيبيز آند تشيلدرن أخرى _____

صيدلية التجزئة المفضلة

الاسم: _____ العنوان: _____ رقم الهاتف: _____

الحساسية لدى المريض / الطالب

لا توجد حساسية معروفة نعم—يرجى إدراج ما يلي:

الطعام: _____ الأدوية: _____ الحشرات: _____

موسمية: _____ الحيوانات: _____

تاريخ التطعيمات

هل كان لدى طفلك رد فعل على أي تطعيمات / لقاحات؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى توضيح نوع الحساسية _____

ما هو التطعيم / الحقنة التي تسببت في الحساسية: _____

الخدمات: قد تتضمن الخدمات الصحية المدرسية الإضافية الخدمات التالية ما لم تخبرنا بعدم القيام بذلك.

أشطب أي خدمات لا تريد أن يتلقاها طفلك.

- الفحوصات البدنية (صحة-الطفل، الرياضة، العمل)
- الرعاية والعلاج من الإصابة/المرض
- الفحوصات المخبرية الروتينية
- إعطاء الأدوية (ألبوتيرول، ابينيفرين، المضادات الحيوية، الأدوية الموصوفة طبيا والأدوية التي تصرف دون وصفة طبية)
- رعاية المشاكل الصحية الشائعة للأطفال / المراهقين (الوزن وحسب الشباب ومشاكل الدورة الشهرية)
- الرعاية لبعض الحالات المزمنة (مثل الربو أو اضطرابات النوبات أو مرض السكري)
- تقييم الصحة العقلية / السلوكية والفحص والتدخل (يتطلب موافقة إضافية من الوالدين / الوصي للأطفال دون سن 18 عاما)
- علاج تعاطي المخدرات أو الكحول
- خدمة الصحة والسلامة الجنسية
- فحص وعلاج الرؤية والسمع
- اختبار / فحص الرصاص
- اختبار / فحص كوفيد-19
- فحص الأسنان والخدمات (الأشعة السينية للأسنان، والمواد المانعة للتسوس، والتنظيف؛ الحشوات العلاجية، والمعالجة بالفلورايد)
- برامج التثقيف الصحي والوقاية
- خدمات الطب الرياضي

التطعيمات (اللقاحات): ستقوم ممرضة مدرستك وفريق برنامج الصحة المدرسية بمراجعة سجل طفلك لتحديد اللقاحات المطلوبة.

أشطب أي لقاحات لا تريد أن يتلقاها طفلك.

التطعيمات المطلوبة من المدرسة:

التطعيمات الموصى بها للأطفال / المراهقين:

- فيروس الورم الحليمي البشري (VPH)
- الأنفلونزا
- التهاب الكبد الوبائي أ
- المكورات السحائية ب
- لقاح كوفيد-19

- (الخناق، الكزاز، والسعال الديكي للأطفال)
- (الخناق، والسعال الديكي للمراهقين)
- شلل الأطفال
- التهاب الكبد ب
- (الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية)
- المكورات السحائية أ
- الحماق (جدري الماء)

يرجى زيارة <http://www.immunize.org/vis> للعثور على بيان معلومات اللقاح لكل لقاح، والذي سيشرح مخاطر وفوائد جميع اللقاحات.

¹ في جميع أنحاء هذا النموذج، يقصد بمصطلح "الوالد / الوصي" جميع المجموعات التالية: الوالدين / الأوصياء / القصر الذين يقعون نيابة عن أنفسهم.

الموافقة على تلقي الخدمات الصحية / العلاج

من خلال التوقيع أدناه، أوافق على حصول طفلي على الخدمات الصحية المدرسية الإضافية ("الخدمات") المدرجة أدناه عند الضرورة لتعزيز صحة طفلي. أفهم أنه سيتم تقديم هذه الخدمات من قبل مزودي الرعاية الصحية بالشراكة مع CMSD وأنه يمكن العثور على معلومات الاتصال لجميع مقدمي الخدمات الصحية الشركاء على موقع CMSD على الرابط <https://www.clevelandmetroschools.org/Page/19754>. أفهم أيضا أن الفحص والعلاج قد يكونان شخصا أو عن بُعد. لا يسمح العلاج الذي يتم تلقيه باستخدام الرعاية الصحية عن بعد بالاتصال المباشر مع المريض وقد يتأثر وفقاً لانتقال العدوى. إذا لم أعد أرغب في حصول طفلي على أي من الخدمات، فقد أطلب إيقافها، ولن يؤثر هذا الطلب على قدرتي على الحصول على الرعاية الطبية لطفلي في المستقبل.

اتفاقية المسؤولية المالية

يتم إرسال الفاتورة إلى التأمين الصحي أو برامج تغطية الرعاية الصحية الأخرى كلما أمكن ذلك للمساعدة في تغطية تكلفة الرعاية. إذا كان ذلك ممكناً، أوافق على تقديم معلومات كاملة ودقيقة وفي الوقت المناسب تتعلق بأي تأمين صحي متاح حتى يتمكن مقدمو خدمات CMSD الشركاء من طلب الدفع في الوقت المناسب. يتم توفير هذه الخدمات للطلاب سواء كان لدى الطالب تأمين أو قدرة على الدفع أم لا. أعطي مقدمي خدمات CMSD الشركاء الحق في تقديم مطالبات بالسداد بموجب أي بوليصة تأمين صحي خاصة أو Medicaid أو أي برامج أخرى أحدها والتي قد تكون هناك فائدة متاحة لدفع ثمن الخدمات المقدمة لطفلي. لقد قرأت وفهمت المعلومات حول الخدمات الصحية المدرسية الإضافية المتاحة من خلال مقدمي الخدمات الصحية الشركاء لـ CMSD. يعني توقيعي منح الموافقة لطفلي لتلقي الخدمات طالما أن طفلي طالب في DSMC. أفهم أنه يمكنني إلغاء موافقتي في أي وقت عن طريق تقديم طلب كتابي إلى CMSD.

توقيع ولي الأمر/ الوصي القانوني (أو الطالب إذا كان عمره ١٨ عاماً أو أكثر أو غير ذلك مما يسمح به القانون):

اسم الوالد / الوصي القانوني:

صلة القرابة مع الطفل / الطالب:

التاريخ:

تفويض بالتصريح عن المعلومات الصحية

أفوض مقدمي الخدمات الصحية الشركاء لـ CMSD بتقديم المعلومات الطبية عن طفلي، بما في ذلك التشخيص وسجلات العلاج واللقاحات ونتائج المختبر، إلى مسؤولي مدرسة CMSD، بما في ذلك موظفي SYC والأطراف الثالثة، المشاركة في تسهيل مبادرات صحة وعافية الطلاب في CMSD، للعلاج والإحالة و / أو تنسيق الرعاية. أفوض SYC، CMSD بتقديم نسخة من المعلومات الطبية أو غيرها من المعلومات الشخصية ذات الصلة ضمن السجلات المدرسية لطفلي إلى مقدمي الخدمات الصحية الشركاء لـ CMSD. أوافق على السماح لمقدمي الخدمات الصحية الشركاء في CMSD بالوصول إلى السجلات الأكاديمية والحضور والسلوك الفردية لطفلي للسنوات الدراسية الحالية والسابقة حتى يتمكنوا من تقديم خدمات أفضل لطفلي.

أفهم أن موافقتي الصريحة (أو في بعض الحالات، موافقة طفلي الصريحة) قد تكون مطلوبة للكشف عن بعض معلومات التشخيص والعلاج المتعلقة بالأمراض المنقولة جنسياً والإيدز وفيروس نقص المناعة البشرية والأمراض العقلية والعلاج النفسي و / أو علاج تعاطي المخدرات أو الكحول. لا يجوز لمقدمي الخدمات الصحية الشركاء في CMSD الكشف إلا عن المعلومات المتعلقة بهذا التشخيص أو الاختبار أو العلاج وفقاً للتوجيهات الواردة في هذا التفويض وكما هو مسموح به بموجب القانون الناقد.

أفهم أنني لست مطالباً بالتوقيع على هذا التفويض، وأنتي أفعل ذلك بحض إرادتي، وأنه إذا رفضت التوقيع على هذا التفويض للكشف عن معلومات طفلي، فلن يمنع ذلك طفلي بأي شكل من الأشكال من تلقي الرعاية أو العلاج من أي من مقدمي الخدمات المدرجين في القائمة. أفهم أنه يجوز لي إنهاء هذا التفويض كتابياً في أي وقت، قبل نشر معلومات طفلي، على الرغم من أن هذا الإنهاء لن يؤثر على المعلومات التي يتم إصدارها قبل تقديم إشعار إنهاء مكتوب. أدرك أيضاً أن هناك إمكانية لإعادة الكشف عن المعلومات التي يتم الكشف عنها بموجب هذه الموافقة من قبل المستلم ولم تعد محمية.

إشعار باستلام إقرارات الخصوصية

أنه يمكنني أيضاً استعراضها عبر الإنترنت في <https://www.clevelandmetroschools.org/Page/19754> أفهم أن شروط إشعار الخصوصية قد تتغير وقد أحصل على هذه الإشعارات المتغيرة عن طريق الاتصال بمقدمي الخدمات الصحية الشركاء في CMSD عبر الهاتف أو كتابة. أفهم أن لدي الحق في السؤال عن كيفية استخدام معلوماتي الصحية المحمية أو تقديمها. أقر بأنني قرأت هذا التفويض للإفصاح عن المعلومات الصحية وأوافق على نشر معلومات طفلي كما هو موضح أعلاه. أقر كذلك بأنني تلقيت معلومات حول كيفية تلقي إشعار ممارسات الخصوصية كما هو موضح في هذه الوثيقة. سيظل نموذج التفويض هذا صالحاً أثناء تسجيل طفلي في CMSD أو حتى أقوم بإنهائه كتابة.

توقيع ولي الأمر/ الوصي القانوني:

اسم الوالد / الوصي القانوني:

التاريخ:

صلة القرابة مع الطفل / الطالب: