

برنامج خدمات طب الأسنان المدرسية

تسجيل الطالب في خدمات طب الأسنان

هاتف: 207-874-2141
فاكس: 207-874-2164



ولي الأمر المحترم / الوصي المحترم ~

تقدّم مؤسسة GPH، بالتعاون مع إدارات المدارس في مقاطعة كمبرلاند، خدمات رعاية الأسنان في بعض المدارس المختارة مباشرة في مواقعها.

يُرجى تعبئة وتوقيع نموذج تسجيل خدمات الأسنان، ونموذج الموافقة على العلاج، ونموذج التفويض للإفصاح عن المعلومات، وذلك لتمكين طفلك من الاستفادة من خدمات الرعاية الأسنان في مدرسته. يجب القيام بذلك حتى إذا كان طفلك مسجلاً بالفعل كمريض لدى مؤسسة GPH.

بموافقتك، سيقوم أحد المتخصصين في طب الأسنان بتقديم الخدمات* التي تحددها أدناه. يرجى وضع علامة أمام جميع الخدمات التي ترغب في أن يتلقاها طفلك:

- ☐ نعم، أود أن يخضع طفلي لفحص الأسنان
- ☐ نعم، أود أن يحصل طفلي على تنظيف للأسنان
- ☐ نعم، أود أن يحصل طفلي على علاج بالفلورايد
- ☐ نعم، أود أن يحصل طفلي على سدادات الأسنان الوقائية لحماية أسنانه الدائمة من التسوس (إذا كان ذلك مناسباً).

* سيتم إرسال تقرير عن خدمات صحة الفم التي يتم إجراؤها إلى المنزل مع طفلك.

يقدم طبيب الأسنان التابع لمؤسسة GPH خدمات المتابعة في العيادة الواقعة في مدرسة Portland High School الثانوية. قد يشمل العلاج، على سبيل المثال لا الحصر، فحص الأسنان، والأشعة التشخيصية، والتفلور، والحشوات، والتيجان، وخلع الأسنان.

للاستفسار، يُرجى الاتصال على الرقم 874-2141 (207)، تحويلة 8401، أو إرسال بريد إلكتروني إلى jmacdonald@greaterportlandhealth.org.

معلومات الطالب

الاسم الأوسط القانوني

الاسم الأول القانوني

الاسم الأخير القانوني

تاريخ الميلاد:

الشهر / اليوم / السنة

الاسم الأول المفضل

الاسم المختار، اللقب، الاسم المُفضّل،

"يُرجى مناداتي بهذا الاسم"

الدرجة

المعلم

المدرسة

برنامج خدمات طب الأسنان المدرسية

تسجيل الطالب في خدمات طب الأسنان

هاتف: 207-874-2141

فاكس: 207-874-2164



تغطية تأمين الأسنان لطالبك

إذا كان لدى طفلك تأمين أسنان، بما في ذلك MaineCare، فسيتم تقديم الفاتورة إلى شركة التأمين. لن يتم إرسال أي فاتورة إلى عائلتك في حال تم رفض أي مطالبة تأمينية أو إذا لم يكن لدى طفلك تأمين صحي للأسنان.

هل لدى طفلك تغطية (MaineCare (Medicaid؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ لست متأكدًا
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى كتابة رقم تعريف
MaineCare الخاص بطفلك:

هل لدى طفلك تأمين أسنان خاص / تجاري؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ لست متأكدًا

اسم المشترك	الشهر / اليوم / السنة	صلة القرابة بالمريض
اسم شركة التأمين	رقم العضوية	رقم المجموعة
العنوان	الرمز البريدي	تاريخ بدء التغطية
المدينة	الولاية	

معلومات الحالة الصحية للطالب

هل يعاني طفلك من أي حساسية؟ نعم / لا (يرجى وضع دائرة حول الإجابة)، إذا كانت الإجابة نعم، يرجى ذكر أنواع الحساسية: _____
يرجى ذكر جميع الأدوية التي يتناولها طفلك: _____
يرجى ذكر أي عمليات جراحية سبق أن خضع لها طفلك: _____
هل يعاني طفلك من أي من الحالات التالية؟ يرجى وضع علامة أمام جميع الحالات التي تنطبق عليه.

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ اضطراب نقص الانتباه / فرط الحركة | ☐ عيوب خلقية | ☐ داء السكري (يرجى تحديد النوع) |
| ☐ الإيدز / فيروس نقص المناعة البشرية / التهاب الكبد | ☐ الشلل الدماغي | ☐ الصرع / نوبات التشنج |
| ☐ الفلق | ☐ الشفة الأرنبية أو شق الحنك | ☐ أمراض الكلى |
| ☐ الربو | ☐ السرطان / الأورام | ☐ أمراض الكبد |
| ☐ اضطراب طيف التوحد / متلازمة أسبرجر | ☐ أمراض القلب الخلقية | ☐ مشكلات النطق أو السمع |

أين يتلقى طفلك الرعاية الصحية عادة؟ _____ Northern Light Health
_____ Greater Portland Health
_____ Martin's Point
_____ MaineHealth
_____ InterMed
_____ جهة أخرى: _____

من هو طبيب أسنان طفلك: _____

☐ لا يوجد لدى طفلي طبيب أسنان حاليًا.

إذا كان طفلك لديه طبيب أسنان، فمتى كانت آخر مرة ذهب فيها إلى طبيب الأسنان؟
☐ في العام الماضي ☐ منذ أكثر من سنة ☐ لم يسبق له زيارة طبيب أسنان

برنامج خدمات طب الأسنان المدرسية

تسجيل الطلاب في طب الأسنان

هاتف: 207-874-2141

فاكس: 207-874-2164



المعلومات الديموغرافية للطلاب

لن تؤثر المعلومات التي تشاركها في هذا القسم سلباً على رعاية طفلك بأي شكل من الأشكال. إنه لأغراض ديموغرافية فقط.

هل هناك أي شيء آخر ترغب في مشاركته معنا حول خلفية الطالب الذي يمكن أن يؤثر على كيفية رعايته كمرضى؟

الجنس القانوني (ضع علامة على خيار واحد):

☐ ذكر

☐ أنثى

كم عدد الأفراد الذين يعيشون في منزلك؟

إجمالي دخل الأسرة السنوي:

اللغة المفضلة (ضع دائرة واحدة فقط على الخيار المناسب):

الإنجليزية الإسبانية الفرنسية العربية البرتغالية الصومالية الكانتونية اللينغلا

الكينيارواندية الكيرونديّة السواحلية أخرى: _____ لغة الإشارة الأمريكية (للمصابين بفقدان السمع)

السلالة:

☐ أبيض

البرتغال، أو ألمانيا، أو بولندا، أو البوسنة، أو دول الشرق الأوسط

☐ أسود، أو أفريقي، أو أمريكي من أصول أفريقية

هايتي، أو جامايكا، أو كينيا، أو الكونغو، أو غيرها.

☐ جزر المحيط الهادئ

ساموا، أو غوام، أو ميكرونيزيا، أو تاهيتي، بالاو، أو غيرها.

☐ آسيوي

الصين، أو الفلبين، أو بنغلاديش، أو نيبال، أو باكستان، أو

فيتنام

☐ من سكان هاواي الأصليين

مواطن أصلي من أي جزيرة في هاواي

☐ هندي من أمريكا الجنوبية/الوسطى/الشمالية،

من سكان الاسكا الأصليين

أمريكي أصلي، أو بينوبسكوت، أو باساتاماكودي، أو

ماليزيت، أو ميكماك، أو أبيناكي، أو إينويت، أو المايا، أو

الإنكا، أو بورتوريكو، أو ميسكيتو، أو شاتينو، أو غيرها.

☐ متعدد الأعراق

أكثر من عرق أو إثنية واحدة

☐ رفض التحديد

العرق

برنامج خدمات طب الأسنان المدرسية

تسجيل الطالب في خدمات طب الأسنان

هاتف: 207-874-2141

فاكس: 207-874-2164



معلومات الاتصال بأحد الوالدين/الوصي القانوني

تاريخ الميلاد

صلة القرابة/الصفة

ولي الأمر/الوصي الاسم الأول

ولي الأمر/الوصي اسم العائلة

الرمز البريدي

الولاية

المدينة

الشارع، رقم الشقة/الوحدة

رقم الهاتف

هل أنت مريض لدى Greater Portland Health ؟

☐ لا

☐ نعم

عنوان البريد الإلكتروني لولي الأمر/ الوصي القانوني

عنوان منزل الطالب (إذا كان مختلفًا عن عنوان ولي الأمر/الوصي):

من خلال التوقيع على هذا النموذج، أقر بما يلي:

- أوافق على تلقي طفلي لخدمات رعاية الأسنان التي أشرت إليها أعلاه دون وجود ولي الأمر أو الوصي خلال فترة تسجيل طفلي في إحدى المناطق التعليمية في مقاطعة كمبرلاند التي تتعاون معها مؤسسة GPH.
- أؤكد أنني استلمت واطلعت على إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بمؤسسة GPH، والمرفق مع نموذج التسجيل هذه.
- أفهم أن برنامج رعاية الأسنان في المدارس التابع لمؤسسة GPH هو كيان مستقل عن المدرسة وعن مكتب ممرضة المدرسة. ويقدم فحوصات الأسنان ومجموعة من خدمات صحة الفم داخل المدرسة، مع التواصل عند الحاجة مع مقدمي الرعاية الصحية الآخرين المشاركين في رعاية طفلي.

تاريخ التوقيع

توقيع المريض أو ولي الأمر/ الوصي القانوني

نموذج الموافقة المستنيرة على العلاج بفلوريد الفضة الثنائي

ما هو فلوريد الفضة الثنائي؟ فلوريد الفضة الثنائي هو محلول سائل متعدد الاستخدامات يحتوي على خصائص مضادة للبكتيريا، ويُستخدم لعلاج الأسنان. لن يُوضع فلوريد الفضة الثنائي على الأسنان الأمامية.

الإجراء: جفف السن، وضع محلول فلوريد الفضة الثنائي على السن لمدة دقيقة واحدة، وأزل المحلول الزائد، وضع ورنيش الفلورايد (اختياري)

قد يشعر المريض بطعم معدني أو مر، لكنه يزول بسرعة

قد تكون هناك حاجة إلى إعادة تطبيق العلاج كل 6 أشهر، أو قد يلزم علاج السن بالحشوات حسب الحالة

الفوائد

- يمكن أن يساعد علاج فلوريد الفضة الثنائي على إيقاف أو إبطاء تسوس الأسنان
- يمكن أن يساعد علاج فلوريد الفضة الثنائي في تقليل حساسية الأسنان
- يمكن لفلوريد الفضة الثنائي علاج الأطفال الصغار أو المرضى الذين يشعرون بالخوف من علاج الأسنان أو ذوي الاحتياجات الخاصة، والذين قد يحتاجون إلى التخدير لإجراء العلاج التقليدي.



الآثار الجانبية، وموانع الاستعمال، والمخاطر

- سيتحول لون الجزء المتسوس من السن الذي يتم علاجه إلى الأسود بشكل دائم.
- قد يتغير لون الحشوات أو التيجان بلون السن إذا تم وضع فلوريد الفضة الثنائي عليها
- إذا لامس فلوريد الفضة الثنائي اللثة أو الجلد فقد تظهر بقعة بنية أو بيضاء، وتختفي عادةً خلال أسبوع إلى ثلاثة أسابيع.
- لا يُستخدم فلوريد الفضة الثنائي إذا كنت تعاني من حساسية تجاه الفضة، أو إذا كانت لديك تقرحات مؤلمة أو مناطق ملتهبة في اللثة أو في أي جزء من الفم
- في حالات التسوس العميق، تزداد احتمالية حدوث تهيج أو التهاب في لب السن. وإذا حدث ذلك، فقد يتطلب العلاج إجراء علاج عصب (سحب العصب) أو خلع السن، حسب الحالة. وفي بعض الحالات، قد يكون استخدام فلوريد الفضة الثنائي خيارًا مناسبًا رغم هذا الاحتمال لأنه قد يساعد في الحفاظ على السن.

- قد يؤدي استخدام فلوريد الفضة الثنائي إلى الاستغناء عن الحاجة إلى الحشوات أو التيجان، أو قد لا يؤدي إلى ذلك، وذلك حسب حالة السن.
- قد تكون هناك حاجة إلى إجراءات علاجية إضافية إذا كان التسوس عميقًا أو لم يتوقف باستخدام فلوريد الفضة الثنائي.
- في حال عدم تلقي أي علاج، سيستمر تدهور حالة السن، وقد تظهر الأعراض أو تزداد سوءًا.
- تشمل البدائل العلاجية: الحشوات، والتيجان، وخلع الأسنان، أو الإحالة إلى طبيب مختص لإجراء علاج متقدم

أقر بأنني قد قرأت نموذج الموافقة هذا، أو تم شرحه لي بصورة واضحة. وأؤكد أنني أفهم محتواه بالكامل، بما في ذلك فوائد ومخاطر استخدام فلوريد الفضة الثنائي. كما أقر بأنه تمت الإجابة عن جميع أسئلتي بطريقة مرضية. وبناءً على ذلك، أوافق على إجراء العلاج باستخدام فلوريد الفضة الثنائي.

- (SDF) نعم، أوافق على أن يتلقى طفلي علاج فلوريد ثنائي أمين الفضة.
- (SDF) لا، لا أوافق على أن يتلقى طفلي علاج فلوريد ثنائي أمين الفضة.

اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: _____

توقيع المريض/ ولي الأمر: _____ التاريخ _____

توقيع مقدم خدمة طب الأسنان: _____ التاريخ _____

إشعار ممارسات الخصوصية

يصف هذا الإشعار كيفية استخدام ومعلوماتك الطبية والإفصاح عنها، وحقوقك المتعلقة بمعلوماتك الصحية المحمية ("PHI")، وكيفية تقديم شكوى بشأن انتهاك خصوصية أو أمان هذه المعلومات، أو حقوقك المتعلقة بها. لديك الحق في الحصول على نسخة من هذا الإشعار (ورقية أو إلكترونية) ومناقشته مع مسؤول الخصوصية في ("GPH") Greater Portland Health على الرقم 207-874-2141 إذا كانت لديك أي أسئلة.

ينطبق هذا الإشعار على جميع معلومات PHI، بما في ذلك، إذا كان ذلك مناسباً، معلومات علاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة ("SUD").

استخدام معلومات PHI والإفصاح عنها:

عندما تطلب خدمات الرعاية الصحية من GPH، يتم توثيق سجل التفاعل. يحتوي هذا السجل على الأعراض التي تشعر بها ونتائج الفحص والتحليل والتشخيص والعلاج وخطة لرعايتك أو الخدمات المستقبلية. هذه المعلومات هي جزء من سجلك الصحي/الطبي وهي جزء أساسي من الرعاية الصحية/الخدمات التي نقدمها لك. المعلومات عنك في السجل يُشار إليها أحياناً باسم PHI، وتلتزم GPH قانونياً بحماية خصوصيتها. أي استخدامات وإفصاحات عن معلومات PHI غير واردة في هذا الإشعار لن يُسمح بها إلا بعد إشعارك والحصول على موافقتك المكتوبة المسبقة، والتي يحق لك إلغاؤها في أي وقت. مثال على ذلك الأنشطة التسويقية.

قد نستخدم معلومات PHI ونفصح عنها بدون تفويض كتابي منفصل للأغراض التالية:

- التخطيط وتقديم خدمات الرعاية الصحية والعلاج لك.
- التواصل مع المتخصصين الصحيين المشاركين في رعايتك.
- التحقق من جهات الدفع الخارجية (شركات التأمين) بأن الخدمات تم تقديمها.
- تنفيذ عمليات الرعاية الصحية، بما في ذلك تقييمات الجودة المتعلقة بالرعاية التي نقدمها والنتائج التي نحققها.
- إعلامك بالخدمات والعلاجات التي قد تهتمك.
- الامتثال للقوانين الفيدرالية وقوانين الولاية التي تتطلب منا الإفصاح عن معلومات PHI.
- إذا كانت معلومات PHI تتضمن سجلات SUD التي تم إنشاؤها باستخدام برنامج SUD مدعوم بتمويل اتحادي، وإذا كنت قد وقعت على نموذج تفويض للإفصاح عن معلومات PHI الأخرى لطرف ثالث، فإن هذا التفويض كافٍ قانونياً للسماح بالكشف عن معلومات SUD.

القيود الخاصة:

لن نفصح عن معلومات PHI أو ندلي بشهادتنا بشأن محتوى سجلاتك السرية في أي إجراءات مدنية أو إدارية أو جنائية أو تشريعية بدون موافقتك الكتابية المحددة أو أمر قضائي. لن يتم تقديم ملف معلومات PHI للإجراءات القضائية (استناداً إلى أمر استدعاء أو تفويض قانوني آخر وأمر قضائي) بدون إخطارك أولاً لإتاحة الفرصة للطعن في التقديم أو للاستماع إليك، وذلك إذا كان هذا الإشعار و/أو الفرصة مطلوبين بموجب القانون الفيدرالي.

الإفصاحات المتعلقة بخدمات اضطراب تعاطي المواد المخدرة في برنامج "الجزء 2". إذا كانت معلومات PHI تتضمن سجلات SUD التي تم إنشاؤها بالتزام مع برنامج "الجزء 2" (أي برنامج SUD مدعوم بتمويل اتحادي)، فقد يتم الكشف عن أي إفصاح مسموح به أو إلزامي للعلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية لمقدم آخر أو برنامج SUD من قبل ذلك البرنامج أو مقدم الرعاية الصحية إذا سُمح بذلك بموجب القانون الفيدرالي، بدون الحاجة إلى موافقة كتابية منفصلة منك. إذا وقعت على نموذج تفويض للإفصاح عن معلومات PHI لطرف ثالث، ويشمل كل من معلومات PHI العامة وسجلات SUD، فلن تكون هناك حاجة إلى نموذج موافقة منفصل للإفصاح عن SUD.

حقوقك المتعلقة بمعلوماتك الصحية.

على الرغم من أن سجلك الصحي هو ملكية مادية لشركة GPH، إلا أن المعلومات الصحية المحمية ملكك. بموجب قواعد الخصوصية الفيدرالية، يحق لك:

- استلام إشعار باستخدام والإفصاح عن سجلك الصحي/الطبي، بما في ذلك نسخة ورقية من الإشعار إذا طلب ذلك.
- طلب تقييد استخدام والإفصاح عن معلوماتك الصحية أو اطلب إرسال اتصالاتك السرية بوسائل بديلة.
- فحص سجلك والحصول على نسخة منه.
- طلب تعديل سجلك الصحي.
- ضمان دقة معلومات PHI.
- طلب محاسبة عن استخدامات معينة والإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية.

مسؤولياتنا.

على GPH:

- الحفاظ على خصوصية معلوماتك الصحية، بما في ذلك ملاحظات العلاج النفسي واستشارات SUD، ما لم توافق أو كان هناك استثناء للإفصاح.
- تزويدك بإشعار بشأن الواجبات القانونية وممارسات الخصوصية الخاصة بشركة GPH فيما يتعلق بالمعلومات الصحية التي نجعلها ونحتفظ بها عنك.
- الالتزام بشروط أحدث إشعار لدينا.
- إبلاغك إذا لم تتمكن GPH من الالتزام بالقيود المطلوبة.
- تلبية الطلبات المعقولة المتعلقة بالوسائل البديلة للتواصل بخصوص المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك.
- تزويدك بفرصة اختيار عدم تلقي رسائل جمع التبرعات من GPH إذا شاركت GPH في جمع التبرعات.
- تزويدك بنموذج موافقة واحد يسمح لـ GPH باستخدام معلومات PHI والإفصاح عنها لأغراض العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية.

تحتفظ GPH بالحق في تغيير ممارسات الخصوصية الخاصة بها ومراجعتها لتتطوّر متوافقة مع القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية. في حالة حدوث تغيير جوهري، يجب توفير إشعار منقح أو توزيعه للحد الذي يقتضيه القانون.

الإفصاحات مسموح بها بدون موافقة.

يسمح لشركة GPH باستخدام معلوماتك الصحية والكشف عنها بدون موافقتك:

- لأغراض متعلقة بالعلاج.
- لأغراض متعلقة بالدفع.
- لعمليات الرعاية الصحية.
- عندما يقتضي قانون الولاية أو القانون الفيدرالي.
- عند السماح بذلك قانوناً، في التواصل مع شركاء الأعمال؛ ولتذكيرات المواعيد؛ وللسلطات الصحية الحكومية، بما في ذلك ضباط الصحة في الولاية، وإدارة الغذاء والدواء، ومنظمات التبرع بالأعضاء، وجهود السلطات للأنشطة العامة وحماية الصحة، بما في ذلك الإفصاحات المتعلقة بخدمات حماية الأطفال أو البالغين؛ وحالات الطوارئ الطبية؛ والتبرع بالأعضاء أو الأنسجة؛ والبحث باستخدام بيانات غير محددة الهوية؛ والفاحص الطبي؛ وخدمات للائتمان للقوانين المتعلقة بتعويضات العمال؛ وبعض الوظائف الحكومية المتخصصة المسموح بها، بما في ذلك العمليات العسكرية أو جهود الإغاثة من الكوارث؛ ولسلطات إنفاذ القانون الحكومية استجابة لأمر قضائي، أو في مواقف قانونية أخرى مثل الإبلاغ عن جريمة أو الاستجابة لبعض الاستدعاءات الصحية.

الإفصاحات المسموح بها مع فرصة للانسحاب. يجوز لـ GPH التواصل معك بعد منحك فرصة للاعتراض أو الانسحاب، بخصوص: الإفصاحات لأفراد العائلة ومقدمي الرعاية إذا كان ذلك مرتبطاً بشاركتهم في رعايتك أو دفع تكاليف رعايتك؛ الطلبات المتعلقة بالمزايا أو المنتجات المتعلقة بالصحة؛ عمليات جمع التبرعات؛ جهود التسويق في GPH.

ترتيب الرعاية الصحية المنظم.

GPH هي عضو في شراكة الرعاية المجتمعية في ولاية ماين ("CCPM")، وتقدم "ترتيبات رعاية صحية منظمة" تركز على تحسين صحة المجتمعات التي تخدمها. يستخدم أعضاء CCPM، بالتعاون مع شركات التأمين، تحليلات صحة السكان، ومراجعة الاستخدام، وتقييم الجودة وأنشطة التحسين، وغيرها من الاستراتيجيات القائمة على الأدلة لتحسين خدمات الرعاية الصحية المقدمة لك. الأعضاء مسؤولون بشكل متبادل عن صحة جميع المرضى الذين تخدمهم CCPM. تشمل الكيانات التي تشكل هذا الترتيب الصحي المنظم مراكز ومستشفيات الصحة المجتمعية التالية: Cary Medical Center و Bucksport Regional Medical Center و Clinical Community Services و Eastport Health Care و Fish River Rural Health و Harrington Family Health Center.

Islands Community Medical و HealthReach Community Health Centers و Health Access Network و Millinocket Regional Hospital و Katahdin Valley Health Center و Mount Desert Island Hospital و Services Pines و Penobscot Valley Hospital و Pines Health Services و York County Community Action Corporation و Sebasticook و GPH و Regional Medical Center at Lubec, Sacopee Valley Health Center و Health Services St. Croix Regional Family Health Center و St. Joseph Hospital و Family Doctors المنظمة الخاص بـ CCPM لهذه الكيانات المشمولة المنفصلة، بما في ذلك GPH، بمشاركة المعلومات الصحية المحمية مع بعضها بعضًا حسب الضرورة لتنفيذ عمليات العلاج أو الدفع أو الرعاية الصحية المسموح بها المتعلقة بعمل ترتيبات الرعاية الصحية المنظمة، ما لم يكن مقيدًا بخلاف ذلك بموجب القانون أو القواعد أو اللوائح. وقد يتم تحديث قائمة الكيانات لتتطبق على الكيانات الجديدة في المستقبل. يمكنك الوصول إلى أحدث القائمة على www.ccpmmaine.org/members أو الاتصال على 207-992-9200.

لمزيد من المعلومات، أو لطلب معلومات، أو للإبلاغ عن مشكلة

إذا كنت تعتقد أن حقوقك في الخصوصية فيما يتعلق بأي معلومات صحية سرية من أي نوع، بما في ذلك معلومات علاج SUD إذا تم انتهاك القوانين من قبل GPH، يمكنك التواصل مع مسؤول الخصوصية في GPH على العنوان 180 Park Ave, Portland, ME 04102 (207) 874-2141، www.greaterportlandhealth.org. يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى وزير الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية على العنوان 200 Independence Ave, S.W., Washington, D.C. 20201. راجع موقع مكتب الحقوق المدنية www.hhs.gov/ocr/hipaa/ لمزيد من المعلومات.

لن تعاقبك GPH بأي شكل من الأشكال على تقديم شكوى.

تاريخ السريان: 2 يناير 2026

<https://www.federalregister.gov/documents/2024/02/16/2024-02544/confidentiality-of-substance-use-disorder-sud-patient-records>

المراكز الصحية المدرسية التابعة لهيئة Greater Portland Health

تصريح بالإفصاح عن المعلومات

التوقيع أدناه يعني أنني أقر وأوافق على ما يلي، فيما يتعلق بتسجيل طفلي في برنامج المركز الصحي المدرسي (SBHC) لدى هيئة Greater Portland Health (GPH) والكشف عن السجل الصحي لطفلي والمعلومات ذات الصلة:

- لقد تلقيت وقرأت إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بهيئة GPH الذي يقدم المشورة بشأن حالات استخدام المعلومات الصحية في السجل الصحي لطفلي وحالات الإفصاح عنها، وفقاً لمعايير سرية قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة.
- أفوض برنامج المركز الصحي المدرسي التابع لهيئة GPH بالوصول إلى السجل الصحي المدرسي لطفلي، ويشمل ذلك على سبيل المثال لا الحصر السجلات الجسدية والسلوكية والاستشارية إن وجدت، وأي معلومات ذات صلة، لأغراض متعلقة بالعلاج أو على النحو المطلوب أو المسموح به بموجب القانون على النحو الذي يحدده برنامج المركز الصحي المدرسي التابع لهيئة GPH.
- أفوض برنامج المركز الصحي المدرسي التابع لهيئة GPH بتزويد المدرسة (بما في ذلك الممرض والأخصائيين الاجتماعيين) بمعلومات من سجلاته حسب الضرورة وبما يتناسب مع الأغراض المتعلقة بالعلاج أو على النحو المطلوب أو المسموح به بموجب القانون على النحو الذي تحدده الهيئة.
- أفوض برنامج المركز الصحي المدرسي التابع لهيئة GPH بمشاركة المعلومات الموجودة في سجلاته (يشمل ذلك السجلات الصحية المدرسية إذا تم تضمينها في سجله) مع الأطباء ومقدمي الخدمات العلاجيين الآخرين بما في ذلك مقدمي الرعاية الأولية وأطباء الأسنان والمتخصصين في الصحة النفسية، لتسهيل تقديم الرعاية الصحية لطفلي.
- أفوض مقدم الرعاية الأولية لطفلي وطبيب الأسنان وأخصائي الصحة العقلية ("مقدمو الخدمات الخارجيون") بتقديم المعلومات والسجلات الصحية إلى برنامج المركز الصحي المدرسي التابع لهيئة GPH لتسهيل تقديمه الرعاية الصحية لطفلي. أفهم أنه قد يطلب مني مقدمو الخدمات الخارجيون تقديم تفويض منفصل للسماح بالكشف عن السجلات المتعلقة بالعلاج المقدم من مقدمي الخدمات الخارجيين.
- أفوض برنامج المركز الصحي المدرسي التابع لهيئة GPH بالإفصاح عن معلومات من سجلاته حسب الضرورة لفواتير شركات التأمين أو جهات الدفع الأخرى.
- أفهم وأوافق على ما يلي: (1) هذا التفويض سار من تاريخ التوقيع ما لم تُحدد هنا مدة أقصر، و(2) يجوز لي إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق تقديم إشعار مكتوب بسحب التفويض، باستثناء أحد الذي اعتمد فيه برنامج المركز الصحي المدرسي التابع لهيئة GPH على الموافقة الأصلية.

توقيع ولي الأمر / الوصي: _____ التاريخ: _____

الاسم بخط واضح: _____ العلاقة: _____

يُعد Greater Portland Health (GPH) مركزًا صحيًا مجتمعيًا يقدم رعاية صحية متكاملة تشمل الرعاية الطبية للصحة الجسدية والنفسية، بما في ذلك خدمات علاج فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، بالإضافة إلى خدمات طب الأسنان، لجميع أفراد المجتمع. يستخدم مركز GPH نظام السجل الصحي الإلكتروني (EHR)، الذي يحتفظ بجميع معلوماتك الطبية في مكان واحد. ولتقديم أفضل رعاية ممكنة، يجوز لمقدمي الرعاية الصحية في مركز GPH الاطلاع على أي جزء من سجلك الطبي ذي الصلة بعلاجك، بما في ذلك السجلات الطبية، وسجلات الصحة النفسية، واضطرابات تعاطي المواد، و/أو سجلات طب الأسنان.

- الموافقة العامة على تلقي العلاج:** أقرض مقدمي الرعاية الصحية في مركز GPH بإجراء الفحوصات والاختبارات والإجراءات التشخيصية اللازمة لتقييم حالتني الصحية، وتقديم الرعاية (بما في ذلك العلاج في حالات الطوارئ)، والخدمات أو العلاجات اللازمة لتشخيص حالتني وعلاجها بفعالية. أدرك أن من مسؤولية مقدم (أو مقدمي) الرعاية المعالج شرح طبيعة الرعاية أو العلاج أو الخدمات أو الأدوية الموصوفة أو التدخلات أو الإجراءات المقترحة. وقبل الخضوع لأي إجراء أو اختبار، سيشرح لي مقدم الرعاية الفوائد المحتملة، والمخاطر أو الآثار الجانبية، بما في ذلك المشكلات التي قد تحدث أثناء فترة التعافي، واحتمالية نجاح العلاج، والخيارات العلاجية الأخرى وما يرتبط بها من مخاطر أو آثار جانبية، بالإضافة إلى النتائج المحتملة في حال عدم الخضوع للعلاج الموصى به.
- الحق في رفض تلقي العلاج:** أدرك أن من حقني رفض أي فحص أو اختبار أو إجراء أو علاج أو دواء يوصي به مقدم الرعاية الصحية أو يعتبره ضروريًا من الناحية الطبية، وأنني أتحمل مسؤولية القرارات المتعلقة برعايتني الصحية والنتائج المترتبة عليها.
- مسؤولية السداد:** أدرك أنني مسؤول عن سداد الرسوم الناتجة عن العلاج الذي ألتفاه في مركز GPH. وأطلب دفع رسوم المزايا المشمولة في التغطية المُصرح بها نيابة عني إلى GPH مقابل هذه الخدمات. وأدرك أيضًا أن مركز GPH قد يشارك معلوماتي الصحية، بما في ذلك المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، أو علاج اضطرابات تعاطي المواد (وفقًا لما يسمح به القانون أو يقتضيه)، أو خدمات الصحة النفسية، مع شركة التأمين الخاصة بي لأغراض الدفع والتحقق من استحقاقات التأمين.
- إشعار ممارسات الخصوصية:** أفهم أن مركز GPH ملزم بالحفاظ على سرية معلوماتي الصحية، إلا أنه يجوز له قانونًا استخدامها لتقديم العلاج لي، أو لتحصيل مقابل الخدمات المقدمة، أو لتنسيق رعايتني الصحية، أو لأغراض التشغيل الداخلية الضرورية للمركز.
- الإفصاح عن معلومات الرعاية الصحية:** أدرك أنه، وفقًا لشروط معينة، يمكنني طلب تقييد كيفية مشاركة معلوماتي الصحية، أو طلب إرسال المراسلات إلى عنوان أو رقم هاتف محدد، أو مراجعة أو الحصول على نسخ من معلوماتي الصحية المحمية من خلال طلب مكتوب. كما أن لدي حقوقًا أخرى تتعلق بمعلوماتي الصحية كما هو موضح في إشعار ممارسات الخصوصية.
- التأمين الصحي:** إذا كان لدي تأمين صحي ساري المفعول، فسأحرص على أن تكون خطة التأمين الخاصة بي قد سجلت طبيب الرعاية الأولية التابع لمركز GPH، لضمان إصدار المطالبات بصورة صحيحة وإتاحة الوصول إلى خدمات الرعاية التخصصية. وأدرك أن لمركز GPH الحق في التواصل مع شركة التأمين الخاصة بي لتحديث بيانات طبيب الرعاية الأولية إذا كانت المعلومات المسجلة غير صحيحة.
- نظام HealthInfoNet (HIN) ونظام معلومات التطعيم في ولاية مين (ImmPact):** يشارك GPH في كلا النظامين. يُعد HealthInfoNet (HIN) منصة إلكترونية آمنة يتبادل من خلالها مقدمو الرعاية الصحية في ولاية مين معلومات المرضى بما يساعد على اتخاذ قرارات علاجية أكثر دقة. أما ImmPact فهو سجل مركزي آمن تديره ولاية مين لحفظ سجلات التطعيمات، ويُطلب من مقدمي الرعاية الصحية في الولاية تسجيل جميع اللقاحات فيه. ويعتمد النظامان مبدأ الاشتراك التلقائي مع إمكانية الانسحاب. وإذا رغبت في معرفة المزيد أو الانسحاب، فيرجى سؤال أحد أعضاء فريق الرعاية.
- نتائج المختبر:** يتعاقد مركز GPH مع مختبرات NorDx Laboratories لتقديم بعض خدمات التحاليل المخبرية. وعندما تُجرى التحاليل من خلال NorDx، تصبح النتائج متاحة ضمن السجل الصحي الإلكتروني الخاص بـ MaineHealth. ويمكن لكل من مقدمي الرعاية في GPH وMaineHealth الاطلاع على نتائج التحاليل لدعم رعايتك الصحية، والمساعدة في اتخاذ قرارات علاجية مستنيرة، وتنسيق العلاج.
- التقنيات المساعدة:** يستخدم GPH مجموعة متنوعة من الأدوات الحاسوبية المتقدمة، بما في ذلك تقنيات الذكاء الاصطناعي (AI)، لدعم مقدمي الرعاية الصحية وفرق الرعاية. ولا تحل هذه التقنيات محل مقدم الرعاية الصحية، كما لا يعتمد المركز على أنظمة الذكاء الاصطناعي لاتخاذ قرارات بشأن رعايتك. وسيقوم طبيب أو أخصائي مرخص، مطلع على حالتك وتاريخك الطبي، بإجراء التقييمات النهائية وإصدار التوصيات المتعلقة بتشخيصك وعلاجك.
- قواعد السلوك السليم:** يلتزم مركز GPH بتوفير بيئة آمنة ومحترمة للجميع. ويُعد أي سلوك غير آمن أو مسيء أو ينطوي على تهديد أمرًا غير مقبول، وقد يؤدي إلى وضع اتفاقيات تعاونية للرابية، وربما إنهاء تقديم الخدمات الطبية للمريض في المركز.
- حق تقديم الشكاوى:** أقر بأنني على علم بحقي في تقديم الشكاوى وفقًا لما هو موضح في سياسة مركز GPH الخاصة بمعالجة الشكاوى.
- التوقيع:** بتوقيعي أدناه، أقر بأنني قرأت المعلومات الواردة أعلاه وفهمتها. وإذا كانت لدي أي أسئلة تتعلق بهذه الموافقة، فسأطرحها على أحد أعضاء فريق الرعاية قبل توقيع هذا النموذج.