

## الموافقة على الرعاية و العلاج

Initial below



### الموافقة على العلاج

أوافق على تلقي العلاج في مركز هاريسونبورغ للصحة المجتمعية (HCHC). عند الطلب ، سأقدم جميع المعلومات المتعلقة بالمرض أو الإصابة السابقة والتاريخ الطبي والأدوية الحالية والسجلات الطبية ذات الصلة. أدرك أن HCHC تقدم خدمات دون النظر إلى العرق أو اللون أو الدين أو الجنس (بما في ذلك الحمل أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي) أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو المعلومات الوراثية.

### اتفاق مالي

أصرح بالدفع المباشر إلى HCHC عن أي رعاية طبية مستلمة. أوافق على السماح لـ HCHC بتقديم مطالبات نيابة عني. أدرك أنني مسؤول عن الخدمات التي لا تغطيها التأمين الصحي الخاص بي ، وكذلك الخدمات المقدمة عندما لم يكن التأمين الخاص بي ساري المفعول .

### إشعار بالموافقة النهائية على اختبار الأمراض المعدية

أقر بأنني أطلعت على قانون ولاية فرجينيا 32.1-45 بخصوص فحص الدم. في حالة تعرض مقدم أو موظف لسوائل جسدي بطريقة قد تنقل المرض ، فسأعتبر موافقاً على اختبار فيروس نقص المناعة البشرية والتهاب الكبد وإصدار نتائج الاختبار إلى HCHC والذي سيغطي تكلفة اختبارات .

### ممارسة الخصوصية

لقد قرأت و أفهمت " إشعار ممارسة الخصوصية" الخاص HCHC و عرضت علي نسخة اذا رغبت .

### المعلومات الطبية

يشارك مركز صحة المجتمع في برنامج مراقبة (تقييم) الوصفات الطبية الذي يحتوي على معلومات تتعلق بالوصفات الطبية الخاصة بي من قبل مصادر خارجية. أنا أسمح لمركز صحة المجتمع الحصول على السجلات الطبية من مستشفى عيادة او صيدلية حيث كنت تلقيت الخدمات هناك لتحسين رعايتي الطبية. من أجل نقل السجلات من مقدم رعاية الطبية السابق أملا استمارة "التفويض لارسال المعلومات الصحية المحفوظة" .

### إلغاء الموعد

في حال كنت بحاجة إلى إلغاء أو إعادة جدولة موعدك ، نطلب منك إخبارنا قبل موعدك بفترة لا تقل عن 24 ساعة حتى نتمكن من مساعدة المرضى الآخرين الذين ينتظرون زيارة الطبيب. لمساعدتك على تذكر المواعيد في المستقبل ، نحن نقدم نظام تذكير موعد الالي و خدمة البوابة الالكترونية على الإنترنت .

### التعامل مع الالم

يتعامل HCHC مع الألام المزمنة بواسطة المواد غير الأفيونية(المخدرة) وغير الخاضعة للرقابة. سنساعدك في ايجاد بدائل للتعامل مع الألم .

### إعادة تعبئة الوصفات الطبية

لا تنتظر حتى تفرغ أدويةك تماماً لتطلب إعادة تعبئة . لاعادة تعبئة الأدوية ، يرجى الاتصال بصيدليتك لطلب إعادة تعبئة . الرجاء إعطاء مهلة 2-3 أيام عمل الرسمية لاعادة تعبئة أدويةك .

### خدمات تنظيم الأسرة

هذه الخدمات طوعية تماماً وليست شرطاً أساسياً لاستلام أي خدمات أخرى تقدمها HCHC

أوافق على أن هذا الترخيص سيكون ساري المفعول حتى يتم الاستغناء عنه كتابياً أو استبداله بتاريخ لاحق. تعتبر نسخة من هذه الاتفاقية فعالة وصالحة مثل النسخة الأصلية. ستكون نسخة من هذا النموذج متاحة لي عند الطلب

التاريخ: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ توقيع المريض: \_\_\_\_\_

توقيع الوالد أو ولي الامر ( عند التطبيق): \_\_\_\_\_

الاسم: \_\_\_\_\_ صلته بالمريض \_\_\_\_\_

## معلومات المريض

الاسم العائلة(اللقب): \_\_\_\_\_ الاسم الاول: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ SSI: \_\_\_\_\_

تأريخ الميلاد: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ الجنس عند الولادة: أنثى \_\_\_\_ ذ \_\_\_\_ الحالة الاجتماعية:  أعزب  متزوج  مطلق  أرمل  آخر

العنوان البريدي: \_\_\_\_\_

المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

العنوان الفعلي: \_\_\_\_\_

(إذا كان مختلفاً عن عنوانك البريدي )

المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

هاتف البيت: \_\_\_\_\_ الهاتف المحمول: \_\_\_\_\_ هاتف العمل: \_\_\_\_\_

أخبرنا على أي هاتف نتصل بك، نترك لك رسالة و تذكير بالموعد:  المنزل  المحمول  العمل  آخر

هل يستطيع مركز HCHC ترك رسائل على أرقام الهواتف التي قمت بأعطائها؟  نعم رسالة موجزة  نعم رسالة مفصلة  لا رسائل

البريد الالكتروني: \_\_\_\_\_ (لن يشارك HCHC هذه المعلومة مع اي جهة اخرى)

## الطرف المسؤول

(الشخص الذي يقوم بتسديد الفاتورة اذا لم يكن المريض نفسه)

اسم العائلة (اللقب): \_\_\_\_\_ الاسم الاول: \_\_\_\_\_ تأريخ الميلاد: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

العنوان البريدي: \_\_\_\_\_

(اذا كان مختلفاً عن عنوان المريض)

المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

الهاتف الرئيسي: \_\_\_\_\_ صلة القرابة للمريض: \_\_\_\_\_

يرجى ذكر جميع الأفراد الذين قد ناقش معهم الرعاية الطبية الخاصة بك؟(HIPAA) . سيكون الأفراد المدرجون في هذه القائمة أيضاً جزءاً من جهة اتصال الطوارئ الخاصة بك. لن ناقش رعايتك الطبية مع أي شخص اخر غير مدرج أدناه.

الاسم (الاول واللقب): \_\_\_\_\_ الهاتف: \_\_\_\_\_ صلة القرابة: \_\_\_\_\_

الاسم (الاول واللقب): \_\_\_\_\_ الهاتف: \_\_\_\_\_ صلة القرابة: \_\_\_\_\_

الاسم (الاول واللقب): \_\_\_\_\_ الهاتف: \_\_\_\_\_ صلة القرابة: \_\_\_\_\_

ستساعدنا المعلومات التالية في الحصول على موارد مالية أخرى للاستمرار في تطوير عيادتنا من أجلك .  
شكراً لكم مسبقاً للمساعدة

## الاصل العرقي:

○ أسباني لاتيني ○ غير اسباني - لاتيني ○ رفض الكشف عنه

## العرق: (قم بتحديد جميع الخيارات المنطبقة):

- أبيض (متضمنة الاصول اللاتينية/الاسبانية)  
○ اسود او امريكي من اصول افريقية  
○ جزر محيط الهادي  
○ اسيوي  
○ الهنود الحمراء أو سكان الالساكا الاصليين  
○ سكان الهواي الاصليين  
○ رفض الكشف عنه

اللغة الاساسية التي تتكلم بها: \_\_\_\_\_

هل تحتاج لمترجم؟ ○ نعم ○ لا

## هل انت من محاربي القدامى في القوات المسلحة الامريكية؟

○ نعم ○ لا

## الهوية الجنسية:

○ ذكر

○ أنثى

○ المتحولين جنسياً ذكر/أنثى-ذكر

○ المتحولين جنسياً انثى/ذكر-أنثى

○ الجنس الغريب لا ذكر ولا انثى على الوجه التحديد

○ اخر

○ رفض الكشف عنه

## التوجه الجنسي:

○ مستقيم

○ مثلي ، مثلية ، شذوذ جنسي

○ مخنث

○ شيء اخر: \_\_\_\_\_

○ لا أعلم

○ رفض الكشف عنه

هل تواجه صعوبة في المواصلات (النقل)

○ نعم ○ لا

وسيلة النقل الاساسية: \_\_\_\_\_

## اذا كنت متشرداً:

تأريخ البدء: \_\_\_\_\_

○ انتقالي

○ مشاركة المكان مع اخر

## الوضع المعيشي:

○ الاسكان الحكومي

○ متشرد

○ لا شيء مما ذكر

## السكن:

○ عائلة منفردة

○ عائلة متعددة

○ شقة

○ اخرى

هل أنت او احد افراد اسرتك مزارع مهاجر (مع سكن مؤقت)

○ نعم ○ لا

هل أنت او احد افراد اسرتك مزارع موسمي (بدون سكن مؤقت)

○ نعم ○ لا

مستوى الدخل—يرجى الإشارة إلى عدد أفراد الأسرة في منزلك وإجمالي دخل الأسرة الذي يصف موقفك على أفضل وجه.

## عدد أفراد الأسرة:

## الدخل السنوي:

○ 1 →	□ \$0 - \$11,670	□ \$11,671 - \$17,505	□ \$17,506 - \$23,340	□ \$23,341+
○ 2 →	□ \$0 - \$15,730	□ \$15,731 - \$23,595	□ \$23,596 - \$31,460	□ \$31,461+
○ 3 →	□ \$0 - \$19,790	□ \$19,791 - \$29,685	□ \$29,686 - \$39,580	□ \$39,581+
○ 4 →	□ \$0 - \$23,850	□ \$23,851 - \$35,775	□ \$35,776 - \$47,700	□ \$47,701+
○ 5 →	□ \$0 - \$27,910	□ \$27,911 - \$41,865	□ \$41,866 - \$55,820	□ \$55,821+
○ 6 →	□ \$0 - \$31,970	□ \$31,971 - \$47,955	□ \$47,956 - \$63,940	□ \$63,941+
○ 7 →	□ \$0 - \$36,030	□ \$36,031 - \$54,045	□ \$54,046 - \$72,060	□ \$72,061+
○ 8 →	□ \$0 - \$40,090	□ \$40,091 - \$60,135	□ \$60,136 - \$80,180	□ \$80,181+

أو اكتب الدخل: \_\_\_\_\_ سنوي \_\_\_\_\_ شهري \_\_\_\_\_ كل اسبوعين \_\_\_\_\_ أسبوعي

يوفر HCHC لمرضانا وصولاً سهلاً وخاصاً إلى معلوماتهم الطبية عبر الإنترنت.  
اجعل الرعاية والتواصل أكثر سهولة وملاءمة لك من خلال الاشتراك في بوابة المريض الالكترونية .

ما هي فوائد امتلاك بوابة المريض الالكترونية؟

- المواعيد: تتبع المواعيد الماضية والقادمة والحصول على تذكير الموعد
- نتائج المختبر: تلقي وتتبع نتائج المختبر
- الادوية: طلب إعادة تعبأة الادوية
- السجلات الطبية: عرض أجزاء من السجل الصحي الشخصي الخاص بك
- التعليم: تلقي مواد تعليمية
- الرسائل: ارسال رسائل الى الموظفين

كيف يمكنني التسجيل في بوابة المريض الالكترونية؟

1. تأكد من حصولنا على عنوان بريدك الإلكتروني الصحيح.
2. اطلب من الموظف تسجيلك في بوابة المريض.
3. سنلقى نسخة مطبوعة من اسم مستخدم بوابة المريض وكلمة المرور المؤقتة .
4. سوف تتلقى بريداً إلكترونياً ترحيبياً مع وجود رابط إلى صفحة المدخل الرئيسية للبوابة .
5. من الصفحة الرئيسية لموقع بوابة المريض ، سوف تقوم بتنشيط حسابك عن طريق تسجيل الدخول بأمان باستخدام اسم مستخدم بوابة المريض وكلمة المرور المؤقتة. قد تحتاج إلى تأكيد هويتك مع تاريخ ميلادك بتنسيق MM / DD / YYYY.
6. يجب عليك تغيير كلمة المرور المؤقتة الخاصة بنا إلى شيء يسهل عليك تذكره.

**\*\* لا يتم استخدام بوابة المريض لأغراض الفوترة ويجب ألا تستخدم أبداً في حالات الطوارئ\*\***

**!اشترك في بوابة المريض اليوم!**

اسم المريض:

البريد الإلكتروني:

Download the App:



Healow by eClinicalWorks (Practice Code: FECGAA)