

مراكز هيلث ريتشاردز الصحية المجتمعية

معلومات المريض			
اللقب:	الحرف الأول من الاسم الأوسط:	الاسم الأول:	اسم العائلة:
وفقاً للتأمين (النوع): <input type="checkbox"/> ذكر <input checked="" type="checkbox"/> أنثى		رقم الضمان الاجتماعي: / / /	
مطابق لعنوان البريد العلني: <input type="checkbox"/>		عنوان البريد:	
الشارع:		الشارع/ص.ب:	
الولاية:	المدينة:	الولاية:	المدينة:
الرمز البريدي +4:		الرمز البريدي +4:	
رقم الهاتف الثانوي: <input type="checkbox"/> الهاتف الخلوي <input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/> غير ذلك		رقم الهاتف الرئيسي: <input type="checkbox"/> الهاتف الخلوي <input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/> غير ذلك	
طبيب الأسنان:		طبيب الرعاية الأولية:	
عنوان البريد الإلكتروني:			
يمكنك إلغاء الاشتراك في خدمة تلقى رسائل البريد الإلكتروني في أي وقت			
معلومات التأمين			
سيفحص موظف الاستقبال بطاقة (بطاقات) التأمين الخاصة بك. إذا لم تكن بطاقة التأمين الخاصة بك متوفرة حالياً، فإنك ستتحمل تكاليف العلاج.		اسم جهة التأمين الرئيسية:	
رقم بوليصة التأمين الرئيسية:		اسم حامل البوليصة (إذا كان مختلفاً عن المريض):	
رقم بوليصة التأمين الثانوية:		اسم جهة التأمين الثانوية:	
اسم حامل البوليصة (إذا كان مختلفاً عن المريض):			
سداد المستحقات: أفرض شركة (شركات) التأمين الصحي لدى أو أي جهة خارجية أخرى مسؤولة عن سداد تكاليف الرعاية الصحية الخاصة بي، بما في ذلك Maine و Medicare Care وغيرها من شركات التأمين الحكومية والتجارية، بسداد التكاليف المرتبطة بخدمات الرعاية الصحية التي تقدمها لي مراكز هيلث ريتشاردز الصحية المجتمعية (HRCHC). وأحمل بموجب هذا إلى مراكز هيلث ريتشاردز الصحية المجتمعية أي حقوق قد تكون لي في الحصول على مدفوعات مباشرة من شركات التأمين هذه وجهات السداد الخارجية، وأفرض شركات التأمين ووجهات السداد الخارجية بالسداد المباشر إلى مراكز هيلث ريتشاردز الصحية المجتمعية تظير خدمات الرعاية الصحية المقدمة لي. أقر وأوافق على أنني (بغض النظر عن حالة تعطيلي التأمينية) أتحمل في نهاية المطاف المسئولية الكاملة عن أي رصيد مستحق على حسابي، بما في ذلك مبالغ المشاركة في السداد، وينتسب التأمين المشترك، والمبالغ القابلة للخصم، وذلك عن أي خدمات رعاية صحية تقدمها مراكز هيلث ريتشاردز الصحية المجتمعية. أقر بأنني أفهم أن معلوماتي الصحية قد تتم مشاركتها مع شركة أو شركات التأمين الصحي التابعة لي، أو مع أي جهات سداد أخرى تابعة لجهات خارجية تكون مسؤولة عن سداد تكاليف الرعاية الصحية المقدمة لي.			
بيانات الضامن - الشخص المسؤول عن سداد تكاليف الخدمات			
<input type="checkbox"/> إذا كان الضامن هو المريض نفسه، فرض علامة هنا؛ وإذا لم يكن كذلك، فيرجى تعينة جميع المعلومات أدناه			
الرمز البريدي:	الولاية:	المدينة:	العنوان المريض: (إذا كان مختلفاً عن عنوان المريض)
الصلة بالمريض: <input type="checkbox"/> الزوج/الزوجة <input type="checkbox"/> أحد الوالدين <input type="checkbox"/> غير ذلك		الصلة بالمريض: <input type="checkbox"/> الزوج/الزوجة <input type="checkbox"/> أحد الوالدين <input type="checkbox"/> غير ذلك	
الحرف الأول من الاسم الأوسط:		اسم العائلة:	
رقم الهاتف الثاني #:		رقم الهاتف الرئيسي #1:	
معلومات جهه الاتصال في حالات الطوارئ			
الضمamن		<input type="checkbox"/> لا يوجد	
في حال اختيار (غير ذلك)، يرجى تقديم المعلومات المطلوبة أدناه		الاسم:	
الصلة:			
رقم الهاتف الثاني #:		رقم الهاتف الرئيسي #1:	

اسم المريض:

تاريخ الميلاد: / /

العرق (يرجى اختيار جميع الخيارات التي تتطابق)

الإثنية (يرجى اختيار خيار واحد)			
تشيكانو	أكثـر من عـرق وـاحـد	من الـهنـود الـأمـريـكـيـن أو سـكـان الـآـسـكا الـأـصـلـيـن	
كوري	هـاوـي الـأـصـلـي	أـسـيوـي	
رفض التحديد	غـير ذـاك	هـنـدي أـسـيوـي	
هـسـبـانـي / لـاتـينـي	مـن جـزـر الـمـحيـط الـهـادـي الـأـخـرـي	أـسـوـد أو أـمـرـيـكي مـن أـصـل إـفـرـيـقي	
مـكـسيـكي	جـزـر الـمـحيـط الـهـادـي الـأـخـرـي (غـير هـاوـي)	صـيـنـي	
مـكـسيـكي أـمـرـيـكي	سامـوا	فـلـيـبيـي	
ليس من أصل هـسـبـانـي أو لـاتـينـي	فيـتنـامي	غـوـامـي أو تـشـامـورـو	
بورـتـوريـكي	عـرق أـيـبـيـض	هـاوـي	
هل أنت حالياً في الخدمة العسكرية أم محارب قديم؟	رفض التحديد	يـابـانـي	
نعم		كـورـي	
لا			

اللغة المفضلة

هل أنت بحاجة إلى؟ (حسب الاقتضاء)			
متـرـجم فـورـي	الـإـسـپـانـيـة	الـإنـجـليـزـيـة	
لغـة الإـشـارـة	لغـة أـخـرـى:	الـفـرـنـسـيـة	

هل أنت حالياً من دون سكن؟

عامل زراعي (إذا كان منطبقاً)			
عامل زراعي مهاجر (يتـنـقل من مـكان إلى آخر)	لا		نعم
عامل زراعي موسمي (لا يتـنـقل من أجل العمل)			غير معروـفـ/غـير مـبلغـ عنه

النـوـجـهـ الـجـنـسـيـة

الـنـوـجـهـ الـجـنـسـيـة			
أـخـرى:	أـنـثـى	مـغـايـرـ/مـغـايـرـ جـنـسـيـا	مـثـلـيـ/مـثـلـيـ شـاذـ جـنـسـيـا
رـفـضـ الإـجـابة	ذـكـر	شـئـ أـخـرـ	ثـانـيـ المـيـولـ الـجـنـسـيـة
ذـكـرـ إلىـ ذـكـرـ / ذـكـرـ مـتـحـولـ جـنـسـيـاـ / اـمـرـأـةـ مـتـحـولـةـ	أـنـثـىـ إلىـ ذـكـرـ / ذـكـرـ مـتـحـولـ جـنـسـيـاـ / رـجـلـ مـتـحـولـ جـنـسـيـاـ	رـفـضـ الإـجـابة	غـيرـ مـعـرـوفـ

الـضـمـانـرـ الـمـفـضـلـة

الـضـمـانـرـ الـمـفـضـلـة			
ضـمـانـرـ المـذـكـرـ: هوـ/لهـ			
ضـمـانـرـ المـؤـنـثـ: هيـ/لـهـاـ			
ضـمـانـرـ مـحـاـيـدـ: هـمـ/لـهـمـ			

الـدـخـلـ السـنـوـي

الـدـخـلـ السـنـوـي			
الـدـخـلـ السـنـوـيـ لـلـأـسـرـةـ:			عدد أـفـرـادـ الأـسـرـةـ:

رب الأـسـرـةـ:

ما المقصود بالأسرة؟

يشير مصطلح "الأسرة" إلى جميع الأشخاص المرتبطين بالولادة أو الزواج أو التبني الذين يعيشون معاً، بما في ذلك المعالين والأشخاص الآخرين المشمولين ضمن الأسرة الضريبية نفسها. الأشخاص الذين يبلغون 19 عاماً أو أكثر ولا يعتبرون معالين ويعيشون في العنوان نفسه يُعتبرون أسرة منفصلة. يتكون أفراد الأسرة من:

- مقدم الطلب
- الزوج/الزوجة
- الزوج/الزوجة عندما يتحمل مقدم الطلب أكثر من 50% من الدعم المالي (مصروفات المعيشة الضريبية) للزوج/الزوجة.
- الزوج هو علاقـةـ بـيـنـ شـخـصـيـنـ متـزـوجـيـنـ، تـبـلـغـ أـعـمـارـ كـلـ مـنـهـمـاـ 19ـ عـامـاـ أوـ أـكـثـرـ، وـيـعـيـشـانـ مـعـاـ.
- أي شخص يقل عمره عن 19 عاماً ويعيش مع مقدم الطلب ويحصل على دعمه المالي.
- أي شخص مذكور كمعال في الإقرار الضريبي الفيدرالي لمقدم الطلب.
- أي شخص يذكر مقدم الطلب في الإقرار الضريبي الفيدرالي أو يعتبره معاً ضريبياً. إذا كان مقدم الطلب مذكوراً كمعال في الإقرار الضريبي الفيدرالي، يُعتبر من طالبو بمقام الطلب جـزـءـاـ مـنـ الأـسـرـةـ، ويـجـبـ تقديمـ إـثـبـاتـ الدـخـلـ.

الموافقة على تلقي العلاج في العيادة أو عن طريق خدمات التطبيب عن بعد

1. أوفق على أن تقدم مراكز هيلث ريش الصحية المجتمعية ومقدم الرعاية الصحية التابعون لها وغيرهم من العاملين خدمات التطبيب عن بعد لي. الخدمات الطبية عن بعد اختيارية. رفض خدمات التطبيب عن بعد لا يحد من حقي في الرعاية المستقبلية. تشمل خدمات التطبيب عن بعد التقييم الطبي والتشخيص والعلاج باستخدام التواصل الصوتي والمرئي والبيانات مع مقدم الرعاية في موقع مختلف عني. لن شُجّل مواعيد التطبيب عن بعد صوتياً أو بالفيديو إلا بموافقتي. أفهم أن البديل عن زيارة التطبيب عن بعد هو زيارة مباشرة مع مقدم الرعاية الصحية.
- في حال كنت عضواً في برنامج Maine Care: (1) رفض خدمات التطبيب عن بعد لن يعرضني لخطر فقدان أو سحب مزاياي في برنامج Maine Care؛ و(2) سيغطي برنامج Maine Care تكاليف نفسي للحصول على الخدمات التي يغطيها البرنامج وفقاً لقواعد Maine Care.
- بعض الخدمات غير متاحة عبر التطبيب عن بعد، مثل الخدمات التي تتطلب فحصاً جسدياً مباشراً. قد لا يكون التطبيب عن بعد مناسباً لكل حالة طبية. قد أحاج إلى زيارة مقدم الرعاية الصحية شخصياً أو إجراء فحوصات تشخيصية. سيخبرني مقدم الرعاية الصحية لدى إذا كنت بحاجة للتقييم إضافي. قد لا يتم صرف بعض الأدوية خلال زيارة التطبيب عن بعد. في حال كنت أتعرض لحالة طبية طارئة، فلن أحاول التواصل مع مقدم الرعاية الصحية لدى عبر التطبيب عن بعد. وأفهم أنه يجب على الترجمة إلى أقرب غرفة طوارئ أو الاتصال بالرقم 9-1-1 أو باري رقم طوارئ محلي آخر.
- لدي الحق في معرفة من سيكون حاضراً مع مقدم الرعاية الصحية في أثناء تقديم خدمات التطبيب عن بعد لي، وفي الموقف الذي ألتقي فيه الخدمات. لدى الحق في استبعاد أي شخص من أي من الموقفين. سيتم تزويدني بمعلومات الاتصال الخاصة بمقدمي الرعاية الصحية والموظفين الذين سيقدمن لي الخدمة في كل زيارة عبر التطبيب عن بعد.
- سأكون موجوداً شخصياً في ولاية مين خلال كل زيارة عبر التطبيب عن بعد. مقدم الرعاية الصحية في مراكز هيلث ريش الصحية المجتمعية حاصلون على ترخيص في ولاية مين، وتوجد قيود على تقديم خدمات التطبيب عن بعد للمرضى خارج ولاية مين. وإذا لم أكن في ولاية مين، فقد لا يكون بمقدور مقدم الرعاية الصحية تقديم الخدمات لي قانوناً. سيطلب مني تأكيد هويتي وموعي في كل زيارة عبر التطبيب عن بعد.
- وبنطوى استخدام الرعاية الصحية عن بعد على مخاطر متأصلة. فمن الممكن أن تتعرض عملية نقل البيانات والمعدات أو ت تعرض للتشويش أو التحرير. تتخذ مراكز هيلث ريش الصحية المجتمعية التدابير المعقولة لضمان أمان خدمة الرعاية الصحية عن بعد والامتثال للقوانين السارية المتعلقة بالخصوصية والأمن. ومع ذلك، لا يمكن تقديم ضمن كامل ضد المخاطر المتعلقة بالأمان أو الخصوصية. بالإضافة إلى ذلك، قد لا تكون الرعاية الصحية عن بعد فعالة أو شاملة بقدر الزيارة الشخصية نفسه.
- سيكون لي حق الوصول إلى جميع المعلومات الناتجة عن خدمات الرعاية الصحية عن بعد وفقاً لما ينص عليه القانون. يجوز لمراكز هيلث ريش الصحية المجتمعية استخدام هذه المعلومات والكشف عنها بما يتوافق مع أحكام القانون المعمول به. كجزء من التقنيات المتقدمة في تقديم خدمات الرعاية الصحية عن بعد، قد يتم جمع المعلومات، وقد تُستخدم آليات تتبع غير نشطة من خلال هذه التقنيات. وقد تشمل هذه المعلومات، على سبيل المثال لا الحصر، بيانات الأداء والمعلومات المتعلقة باتصال المستخدم في أثناء الزيارة، مثل اسمي وعنوان بروتوكول الإنترنت (IP) والموقع وغيرها من التفاصيل المتعلقة بالزيارة.
- في حال وجود أي شكوى تتعلق بخدمات الرعاية الصحية عن بعد التي تقدمها مراكز هيلث ريش الصحية المجتمعية، يحق لي الاستعلام لدى مراكز هيلث ريش الصحية المجتمعية عن إجراءات تقديم الشكوى.
9. أدرك أن ممارسة الطب ليست علماً دقيقاً وأن مراكز هيلث ريش الصحية المجتمعية لا تقدم أي ضمانات بشأن أي علاجات أو فحوصات قد أجريها هنا.
10. أفهم أن مراكز هيلث ريش الصحية المجتمعية وموظفيها قد يستخدمون المعلومات الواردة في سجل لي لأغراض طبية مشروعة، وإجراء مراجعات تحسين الجودة السريرية.
11. أمنح الطاقم الطبي في مراكز هيلث ريش الصحية المجتمعية التفويض الكامل لإجراء أي فحوصات تشخيصية واختبارات وإجراءات، ولتقديم أي أدوية أو علاجات أو تدخلات علاجية ضرورية لتفصيم الحالة التي أطلب الرعاية الطبية لأجلها وتشخيصها ومعالجتها بشكل فعال. أفهم أن مقدم الرعاية الصحية مسؤول عن شرح أسباب أي فحص تشخيصي أو اختبار أو إجراء محدد، والخيارات العلاجية المتاحة، والمخاطر الشائعة، والأعباء والفوائد المتوقعة المرتبطة بهذه الخيارات.
12. أدرك أنني أحتفظ بالحق في رفض أي فحص أو اختبار أو إجراء أو علاج طبقي أو دواء يوصي به مقدم الرعاية الصحية أو يعتبره ضروريًا من الناحية الطبية. إشعار بمارسات الخصوصية بتوقيعها بالأحرف الأولى على هذه الوثيقة، أقرّ بانني قد استلمت نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بمراكز رعاية هيلث ريش الصحية المجتمعية.
- الأحرف الأولى للمريض/الممثل المفوض* في المربع (الجهة اليمني):**
- [الموظفون: إذا لم يتم تقديم الأحرف الأولى، فيرجى ذكر السبب.]
- التوقيع: بتوقيعي أدناه، أقرّ بانني قد قرأت المعلومات الواردة أعلاه، وأني أفهم وأوافق على البيانات المذكورة أعلاه، وأنه أتيحت لي الفرصة لطرح أي أسئلة قد تكون لدى والحصول على إجابات لها.

توقيع المريض أو الممثل المفوض*

إذا وقعتها ممثل مفوض: