

## مراكز هيلث ريتش الصحية المجتمعية

معلومات المريض				
اسم العائلة:		الاسم الأول:		الحرف الأول من الاسم الأوسط:
تاريخ الميلاد: / /		رقم الضمان الاجتماعي:		
عنوان البريد:		العنوان الفعلي: <input type="checkbox"/> مطابق لعنوان البريد		
الشارع/ص.ب:		الشارع:		
المدينة:		الولاية:		المدينة:
الرمز البريدي +4:		الرمز البريدي +4:		
رقم الهاتف الرئيسي: <input type="checkbox"/> الهاتف الخليوي		رقم الهاتف الثانوي: <input type="checkbox"/> الهاتف الخليوي <input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/> غير ذلك		
طبيب الرعاية الأولية:		طبيب الأسنان:		
عنوان البريد الإلكتروني:				
يمكنك إلغاء الاشتراك في خدمة تلقي رسائل البريد الإلكتروني في أي وقت				
معلومات التأمين				
سيفحص موظف الاستقبال بطاقة (بطاقات) التأمين الخاصة بك. إذا لم تكن بطاقة التأمين الخاصة بك متوفرة حاليًا، فإنك ستتحمل تكاليف العلاج.				
اسم جهة التأمين الرئيسية:		رقم بوليصة التأمين الرئيسية:		
اسم حامل البوليصة (إذا كان مختلفًا عن المريض):		اسم جهة التأمين الثانوية:		
اسم حامل البوليصة (إذا كان مختلفًا عن المريض):		رقم بوليصة التأمين الثانوية:		
اسم حامل البوليصة (إذا كان مختلفًا عن المريض):				
<p><b>سداد الاستحقاقات:</b> أفوض شركة (شركات) التأمين الصحي لدي أو أي جهة خارجية أخرى مسؤولية عن سداد تكاليف الرعاية الصحية الخاصة بي، بما في ذلك Maine و Medicare Care وغيرهما من شركات التأمين الحكومية والتجارية، بسداد التكاليف المرتبطة بخدمات الرعاية الصحية التي تقدمها لي مراكز هيلث ريتش الصحية المجتمعية (HRCHC). وأحيل بموجب هذا إلى مراكز هيلث ريتش الصحية المجتمعية أي حقوق قد تكون لي في الحصول على مدفوعات مباشرة من شركات التأمين هذه وجهات السداد الخارجية، وأفوض شركات التأمين وجهات السداد الخارجية بالسداد المباشر إلى مراكز هيلث ريتش الصحية المجتمعية نظير خدمات الرعاية الصحية المقدمة لي. أقرّ وأوافق على أنني (بغض النظر عن حالة تغطيتي التأمينية) أتحمل في نهاية المطاف المسؤولية الكاملة عن أي رصيد مستحق على حسابي، بما في ذلك مبالغ المشاركة في السداد، ونسب التأمين المشترك، والمبالغ القابلة للخصم، وذلك عن أي خدمات رعاية صحية تُقدمها مراكز هيلث ريتش الصحية المجتمعية. أقرّ 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 المقدّمة لي.</p>				
بيانات الضامن – الشخص المسؤول عن سداد تكاليف الخدمات				
<input type="checkbox"/> إذا كان الضامن هو المريض نفسه، فضع علامة هنا؛ وإذا لم يكن كذلك، فيرجى تعبئة جميع المعلومات أدناه				
اسم العائلة:		الاسم الأول:		الحرف الأول من الاسم الأوسط:
تاريخ الميلاد: / /		العلاقة بالمريض: <input type="checkbox"/> الزوج/الزوجة <input type="checkbox"/> أحد الوالدين <input type="checkbox"/> غير ذلك		
العنوان البريدي: (إذا كان مختلفًا عن عنوان المريض)		المدينة:		الولاية:
رقم الهاتف الرئيسي #1:		رقم الهاتف الثانوي #2:		
معلومات جهة الاتصال في حالات الطوارئ				
<input type="checkbox"/> لا يوجد <input type="checkbox"/> الضامن في حال اختيار (غير ذلك)، يُرجى تقديم المعلومات المطلوبة أدناه				
الاسم:		العلاقة:		
رقم الهاتف الرئيسي #1:		رقم الهاتف الثانوي #2:		

اسم المريض:		تاريخ الميلاد: / /	
العرق (يرجى اختيار جميع الخيارات التي تنطبق)		الإثنية (يرجى اختيار خيار واحد)	
<input type="checkbox"/>	من الهنود الأمريكيين أو سكان ألاسكا الأصليين	<input type="checkbox"/>	تشيكانو
<input type="checkbox"/>	آسيوي	<input type="checkbox"/>	كوبي
<input type="checkbox"/>	هندي آسيوي	<input type="checkbox"/>	رفض التحديد
<input type="checkbox"/>	أسود أو أمريكي من أصل إفريقي	<input type="checkbox"/>	هسباني / لاتيني
<input type="checkbox"/>	صيني	<input type="checkbox"/>	مكسيكي
<input type="checkbox"/>	فلبيني	<input type="checkbox"/>	مكسيكي أمريكي
<input type="checkbox"/>	غوامي أو تشامورو	<input type="checkbox"/>	ليس من أصل هسباني أو لاتيني
<input type="checkbox"/>	هاواي	<input type="checkbox"/>	بورثوريكي
<input type="checkbox"/>	ياباني	<input type="checkbox"/>	هل أنت حاليًا في الخدمة العسكرية أم محارب قديم؟
<input type="checkbox"/>	كوري	<input type="checkbox"/>	نعم
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	لا
اللغة المفضلة		هل أنت بحاجة إلى؟ (حسب الاقتضاء)	
<input type="checkbox"/>	الإنجليزية	<input type="checkbox"/>	مترجم فوري
<input type="checkbox"/>	الفرنسية	<input type="checkbox"/>	لغة الإشارة
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	لغة أخرى:
هل أنت حاليًا من دون سكن؟		عامل زراعي (إذا كان منطبقًا)	
<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا
<input type="checkbox"/>	غير معروف/غير مُبلغ عنه	<input type="checkbox"/>	عامل زراعي مهاجر (ينتقل من مكان إلى آخر)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	عامل زراعي موسمي (لا ينتقل من أجل العمل)
التوجه الجنسي		الهوية الجنسية	
<input type="checkbox"/>	مثليّة / مثلي / شاذ جنسيًا	<input type="checkbox"/>	أنثى
<input type="checkbox"/>	ثنائي الميول الجنسية	<input type="checkbox"/>	ذكر
<input type="checkbox"/>	غير معروف	<input type="checkbox"/>	رفض الإجابة
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	أنثى إلى ذكر / ذكر متحول جنسيًا / رجل متحول جنسيًا
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ذكر إلى أنثى / أنثى متحول جنسيًا / امرأة متحول
الضمان المفضل		النوع المحدد عند الولادة	
<input type="checkbox"/>	ضمان المذكر: هو/له	<input type="checkbox"/>	ذكر
<input type="checkbox"/>	ضمان المؤنث: هي/لها	<input type="checkbox"/>	أنثى
<input type="checkbox"/>	ضمان محايد: هم/لهم	<input type="checkbox"/>	رفض الإجابة
الدخل السنوي			
عدد أفراد الأسرة:		الدخل السنوي للأسرة:	
رب الأسرة:			
<p>ما المقصود بالأسرة؟</p> <p>يشير مصطلح "الأسرة" إلى جميع الأشخاص المرتبطين بالولادة أو الزواج أو التبني الذين يعيشون معًا، بما في ذلك المعالين والأشخاص الآخرين المشمولين ضمن الأسرة الضريبية نفسها. الأشخاص الذين يبلغون 19 عامًا أو أكثر ولا يعتبرون معالين ويعيشون في العنوان نفسه يُعتبرون أسرًا منفصلة. يتكون أفراد الأسرة من:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• مقدم الطلب</li><li>• الزوج/الزوجة</li><li>• الزوج/الزوجة عندما يتحمل مقدم الطلب أكثر من 50% من الدعم المالي (مصروفات المعيشة الضرورية) للزوج/الزوجة.</li><li>• الزواج هو علاقة بين شخصين متزوجين، تبلغ أعمار كل منهما 19 عامًا أو أكثر، ويعيشان معًا.</li><li>• أي شخص يقل عمره عن 19 عامًا ويعيش مع مقدم الطلب ويحصل على دعمه المالي.</li><li>• أي شخص مذكور كعمال في الإقرار الضريبي الفيدرالي لمقدم الطلب.</li><li>• أي شخص يذكر مقدم الطلب في الإقرار الضريبي الفيدرالي أو يعتبره معالاً ضريبياً. إذا كان مقدم الطلب مذكورًا كعمال في الإقرار الضريبي الفيدرالي، يُعتبر من طالبا بمقدم الطلب جزءًا من الأسرة، ويجب تقديم إثبات الدخل.</li></ul>			

اسم المريض:	تاريخ الميلاد: / /
<p><b>الموافقة على تلقي العلاج في العيادة أو عن طريق خدمات التطبيب عن بُعد</b></p> <p>1. أوافق على أن أقدم مراكز هيلث ريتش الصحية المجتمعية ومقدمو الرعاية الصحية التابعون لها وغيرهم من العاملين خدمات التطبيب عن بُعد لي. الخدمات الطبية عن بُعد اختيارية. رفض خدمات التطبيب عن بُعد لا يحد من حقي في الرعاية المستقبلية. تشمل خدمات التطبيب عن بُعد التقييم الطبي والتشخيص والعلاج باستخدام التواصل الصوتي والمرئي والبيانات مع مقدم الرعاية في موقع مختلف عني. لن تُسجل مواعيد التطبيب عن بُعد صوتيًا أو بالفيديو إلا بموافقتي. أفهم أن البديل عن زيارة التطبيب عن بُعد هو زيارة مباشرة مع مقدم الرعاية الصحية.</p> <p>2. في حال كنت عضوًا في برنامج Maine Care: (1) رفض خدمات التطبيب عن بُعد لن يعرضني لخطر فقدان أو سحب مزاياي في برنامج Maine Care؛ و(2) سيغطي برنامج Maine Care تكاليف نقلي للحصول على الخدمات التي يغطيها البرنامج وفقًا لقواعد Maine Care.</p> <p>3. بعض الخدمات غير متاحة عبر التطبيب عن بُعد، مثل الخدمات التي تتطلب فحصًا جسديًا مباشرًا. قد لا يكون التطبيب عن بُعد مناسبًا لكل حالة طبية. قد أحتاج إلى زيارة مقدم الرعاية الصحية شخصيًا أو إجراء فحوصات تشخيصية. سيخبرني مقدم الرعاية الصحية لدي إذا كنت بحاجة لتقييم إضافي. قد لا يتم صرف بعض الأدوية خلال زيارة التطبيب عن بُعد. في حال كنت أعرض لحالة طبية طارئة، فلن أحاول التواصل مع مقدم الرعاية الصحية لدي عبر التطبيب عن بُعد. وأفهم أنه يجب علي التوجه إلى أقرب غرفة طوارئ أو الاتصال بالرقم 1-911 أو بأي رقم طوارئ محلي آخر.</p> <p>4. لدي الحق في معرفة من سيكون حاضراً مع مقدم الرعاية الصحية في أثناء تقديم خدمات التطبيب عن بُعد لي، وفي الموقع الذي ألتقي فيه الخدمات. لدي الحق في استبعاد أي شخص من أي من الموقعين. سيتم تزويدي بمعلومات الاتصال الخاصة بمقدمي الرعاية الصحية والموظفين الذين سيقدمون لي الخدمة في كل زيارة عبر التطبيب عن بُعد.</p> <p>5. سأكون موجوداً شخصياً في ولاية مين خلال كل زيارة عبر التطبيب عن بُعد. مقدمو الرعاية الصحية في مراكز هيلث ريتش الصحية المجتمعية حاصلون على ترخيص في ولاية مين، وتوجد قيود على تقديم خدمات التطبيب عن بُعد 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 وموقعي في كل زيارة عبر التطبيب عن بُعد.</p> <p>6. وينطوي استخدام الرعاية الصحية عن بُعد على مخاطر متصلة. فمن الممكن أن تتعطل أو تتوقف عملية نقل البيانات والمعدات أو تتعرض للتشويش أو التحريف. تتخذ مراكز هيلث ريتش الصحية المجتمعية التدابير المعقولة لضمان أمان خدمة الرعاية الصحية عن بُعد والامتثال للقوانين السارية المتعلقة بالخصوصية والأمن. ومع ذلك، لا يمكن تقديم ضمان كامل ضد المخاطر المتعلقة بالأمان أو الخصوصية. بالإضافة إلى ذلك، قد لا تكون الرعاية الصحية عن بُعد فعالة أو شاملة بقدر الزيارة الشخصية نفسه.</p> <p>7. سيكون لي حق الوصول إلى جميع المعلومات الناتجة عن خدمات الرعاية الصحية عن بُعد وفقاً لما ينص عليه القانون. يجوز لمراكز هيلث ريتش الصحية المجتمعية استخدام هذه المعلومات والكشف عنها بما يتوافق مع أحكام القانون المعمول به. كجزء من التقنيات المعتمدة في تقديم خدمات الرعاية الصحية عن بُعد، قد يتم جمع المعلومات، وقد تُستخدم البيانات تتبع غير نشطة من خلال هذه التقنيات. وقد تشمل هذه المعلومات، على سبيل المثال لا الحصر، بيانات الأداء والمعلومات المتعلقة باتصالي المستخدم في أثناء الزيارة، مثل اسمي وعنوان بروتوكول الإنترنت (IP) والموقع وغيرها من التفاصيل المتعلقة بالزيارة.</p> <p>8. في حال وجود أي شكوى تتعلق بخدمات الرعاية الصحية عن بُعد التي تقدمها مراكز هيلث ريتش الصحية المجتمعية، يحق لي الاستعلام لدى مراكز هيلث ريتش الصحية المجتمعية عن إجراءات تقديم الشكوى.</p> <p>9. أدرك أن ممارسة الطب ليست علماً دقيقاً وأن مراكز هيلث ريتش الصحية المجتمعية لا تقدم أي ضمانات بشأن أي علاجات أو فحوصات قد أجريها هنا.</p> <p>10. أفهم أن مراكز هيلث ريتش الصحية المجتمعية وموظفيها قد يستخدمون المعلومات الواردة في سجلي لأغراض طبية مشروعة، ولإجراء مراجعات تحسين الجودة السريرية.</p> <p>11. أمتنح الطاقم الطبي في مراكز هيلث ريتش الصحية المجتمعية التفويض الكامل لإجراء أي فحوصات تشخيصية واختبارات وإجراءات، ولتقديم أي أدوية أو علاجات أو تدخلات علاجية ضرورية لتقييم 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.</p> <p>12. أدرك أنني أحتفظ بالحق في رفض أي فحص أو اختبار أو إجراء أو علاج أو علاج طبيعى أو دواء يوصي به مقدم الرعاية الصحية أو يعتبره ضرورياً من الناحية الطبية.</p> <p>إشعار بممارسات الخصوصية بتوقيعي بالأحرف الأولى على هذه الوثيقة، أقر بأنني قد استلمت نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بمراكز رعاية هيلث ريتش الصحية المجتمعية.</p> <p>الأحرف الأولى للمريض/الممثل المفوض* في المربع (الجهة اليمنى):</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 10px auto;"></div> <p>[الموظفون: إذا لم يتم تقديم الأحرف الأولى، فيرجى ذكر السبب]</p> <p><b>التوقيع:</b> بتوقيعي أدناه، أقر بأنني قد قرأت المعلومات الواردة أعلاه، وأني أفهم وأوافق على البيانات المذكورة أعلاه، وأنه أتيحت لي الفرصة لطرح أي أسئلة قد تكون لدي والحصول على إجابات لها.</p>	

<p>توقيع المريض أو الممثل المفوض*</p> <p>إذا وقعها ممثل مفوض:</p>	<p>التاريخ</p>
<p>الاسم مطبوعاً للممثل المفوض</p>	
<p>السند القانوني (مثل: الوصاية، أو التوكيل القانوني)</p>	