

نموذج تسجيل مريض

الموقع: RIVERSIDE SAFE HARBOR PEARL STREET SOUTH END CHAMPLAIN ISLANDS GOOD HEALTH WINOOSKI ESSEX

البيانات الديموغرافية للمريض (يرجى تعبئة النموذج بالكامل بالقلم الأسود أو الأزرق فقط)			
الاسم الأخير	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم (الأوسط)	الاسم المفضل (إن وُجد)
عنوان الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
عنوان المراسلة (إذا كان مختلفاً عن العنوان الفعلي)			
رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	الضمان المفضلة	
الهاتف المحمول	هاتف العمل	هاتف المنزل	
عنوان البريد الإلكتروني		طريقة التواصل المفضلة	
		<input type="checkbox"/> الهاتف <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> الرسائل النصية <input type="checkbox"/> بوابة المرضى	
الجنس عند الولادة	الجنس الحالي	الهوية الجنسانية	التوجه الجنسي
<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> ذكر متحول جنسياً (من أنثى إلى ذكر) <input type="checkbox"/> أنثى متحولة جنسياً (من ذكر إلى أنثى) <input type="checkbox"/> غير ثنائي الجنس <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> أختار عدم الإفصاح	<input type="checkbox"/> مستقيم أو مغاير الجنس <input type="checkbox"/> أنثى مثلية أو ذكر مثلي أو شخص مثلي الجنس بشكل عام <input type="checkbox"/> ثنائي الميل الجنسي <input type="checkbox"/> شيء آخر <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أختار عدم الإفصاح
اللغة الأساسية		هل تحتاج إلى خدمات الترجمة الفورية؟	
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
الحالة الاجتماعية		هل أنت من قدامى المحاربين في الولايات المتحدة؟	هل أنت عامل زراعي؟
<input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> مرتبط مدنياً		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> مهاجر <input type="checkbox"/> موسمي
حالة السكن			
هل أنت بلا مأوى؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
إذا كنت بلا مأوى، فهل أنت تعيش: <input type="checkbox"/> مع الغير <input type="checkbox"/> في ملجأ <input type="checkbox"/> في الشارع <input type="checkbox"/> في سكن انتقالي <input type="checkbox"/> في مكان غير معروف			
العرق (اختر كل ما ينطبق)			
آسيوي	من سكان هاواي أو جزر المحيط الهادئ الأصليين	أسود أو من أصل أفريقي أمريكي	هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين
<input type="checkbox"/> صيني <input type="checkbox"/> فينيتامي <input type="checkbox"/> هندي آسيوي <input type="checkbox"/> كوري <input type="checkbox"/> فلبيني <input type="checkbox"/> ياباني <input type="checkbox"/> آسيوي آخر	<input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين <input type="checkbox"/> من سكان جزر المحيط الهادئ الآخرين <input type="checkbox"/> غوامي أو تشامورو <input type="checkbox"/> ساموي	<input type="checkbox"/> أسود أو أمريكي من أصل أفريقي	<input type="checkbox"/> هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أختار عدم الإفصاح
الأصل العرقي			
من أصل إسباني/لاتيني أو إسباني		ليس من أصل إسباني/لاتيني أو إسباني	
<input type="checkbox"/> مكسيكي <input type="checkbox"/> مكسيكي أمريكي <input type="checkbox"/> شيكانو <input type="checkbox"/> بورتوريكي <input type="checkbox"/> كوبي <input type="checkbox"/> من أصل إسباني/لاتيني أو إسباني <input type="checkbox"/> من أصل إسباني/لاتيني أو إسباني آخر		<input type="checkbox"/> ليس من أصل إسباني/لاتيني أو إسباني <input type="checkbox"/> أختار عدم الإفصاح	

نطاق دخل الأسرة السنوي بناءً على حجم العائلة

1	من 0 إلى 15,960 دولارًا أمريكيًا	من 15,961 إلى 23,940 دولارًا أمريكيًا	من 23,941 إلى 31,920 دولارًا أمريكيًا	31,921 دولارًا أمريكيًا فأكثر
2	من 0 إلى 21,640 دولارًا أمريكيًا	من 21,641 إلى 32,460 دولارًا أمريكيًا	من 32,461 إلى 43,280 دولارًا أمريكيًا	43,281 دولارًا أمريكيًا فأكثر
3	من 0 إلى 27,320 دولارًا أمريكيًا	من 27,321 إلى 40,980 دولارًا أمريكيًا	من 40,981 إلى 54,640 دولارًا أمريكيًا	54,641 دولارًا أمريكيًا فأكثر
4	من 0 إلى 33,000 دولارًا أمريكيًا	من 33,001 إلى 49,500 دولارًا أمريكيًا	من 49,501 إلى 66,000 دولارًا أمريكيًا	66,001 دولارًا أمريكيًا فأكثر
5	من 0 إلى 38,680 دولارًا أمريكيًا	من 38,681 إلى 58,020 دولارًا أمريكيًا	من 58,021 إلى 77,360 دولارًا أمريكيًا	77,361 دولارًا أمريكيًا فأكثر
6	من 0 إلى 44,360 دولارًا أمريكيًا	من 44,361 إلى 66,540 دولارًا أمريكيًا	من 66,541 إلى 88,720 دولارًا أمريكيًا	88,721 دولارًا أمريكيًا فأكثر
7	من 0 إلى 50,040 دولارًا أمريكيًا	من 50,041 إلى 75,060 دولارًا أمريكيًا	من 75,061 إلى 100,080 دولارًا أمريكيًا	100,081 دولارًا أمريكيًا فأكثر
8	من 0 إلى 55,720 دولارًا أمريكيًا	من 55,721 إلى 83,580 دولارًا أمريكيًا	من 83,581 إلى 111,440 دولارًا أمريكيًا	111,441 دولارًا أمريكيًا فأكثر
9	من 0 إلى 61,400 دولارًا أمريكيًا	من 61,401 إلى 92,100 دولارًا أمريكيًا	من 92,101 إلى 122,800 دولارًا أمريكيًا	122,801 دولارًا أمريكيًا فأكثر
10	من 0 إلى 67,080 دولارًا أمريكيًا	من 67,081 إلى 100,620 دولارًا أمريكيًا	من 100,621 إلى 134,160 دولارًا أمريكيًا	134,161 دولارًا أمريكيًا فأكثر
*	*أضف 5,680 دولارًا أمريكيًا لكل فرد إضافي من الأسرة.	*أضف 8,520 دولارًا أمريكيًا لكل فرد إضافي من الأسرة.	*أضف 11,360 دولارًا أمريكيًا لكل فرد إضافي من الأسرة.	

معلومات التأمين الطبي

معلومات تأمين الأسنان

- لدي حاليًا تأمين طبي.
 ليس لدي حاليًا تأمين طبي.
 أرغب في التقديم على نظام الرسوم المتدرجة (حسب الدخل).

- لدي حاليًا تأمين أسنان.
 ليس لدي حاليًا تأمين أسنان.
 أرغب في التقديم على نظام الرسوم المتدرجة (حسب الدخل).

- اسم التأمين الطبي:
رقم الوثيقة/الهوية:
اسم حامل الوثيقة:
عنوان حامل الوثيقة:
رقم هاتف حامل الوثيقة:
تاريخ ميلاد حامل الوثيقة:

- اسم تأمين الأسنان:
رقم الوثيقة/الهوية:
اسم حامل الوثيقة:
عنوان حامل الوثيقة:
رقم هاتف حامل الوثيقة:
تاريخ ميلاد حامل الوثيقة:

معلومات التأمين الطبي الثانوي:

معلومات تأمين الأسنان الثانوي:

- اسم التأمين الطبي:
رقم الوثيقة/الهوية:
اسم حامل الوثيقة:
عنوان حامل الوثيقة:
رقم هاتف حامل الوثيقة:
تاريخ ميلاد حامل الوثيقة:

- اسم تأمين الأسنان:
رقم الوثيقة/الهوية:
اسم حامل الوثيقة:
عنوان حامل الوثيقة:
رقم هاتف حامل الوثيقة:
تاريخ ميلاد حامل الوثيقة:

الصيدلية المفضلة

موقع الصيدلية

اسم الصيدلية

معلومات جهة الاتصال في حالة الطوارئ

رقم الهاتف

صلة القرابة بالمريض

الاسم

معلومات الطرف المسؤول (يجب أن يكون لدى أي مريض يقل عمره عن 18 عامًا طرف مسؤول)

ولي الأمر الحاضر

الوصي (يلزم تقديم إثبات الوضع القانوني لتلقي العلاج في مركز CHC)

الحرف الأول من الاسم الأوسط الاسم المفضل (إن وُجد)

الاسم الأول

الاسم الأخير

الرمز البريدي

الولاية

المدينة

عنوان الشارع

رقم الهاتف

تاريخ الميلاد



Community Health Centers

- RIVERSIDE • SAFE HARBOR • PEARL STREET • SCHOOL-BASED DENTAL CENTER •
- CHAMPLAIN ISLANDS • SOUTH END • GOOD HEALTH • WINOOSKI • ESSEX •

الموافقة على تلقي العلاج

I. الموافقة على تلقي العلاج

أقر بموجب هذا بأنني أوافق على تلقي العلاج لنفسني، أو للمريض المذكور (الذي أكون أنا وليّ أمره أو الوصي القانوني عليه ولديّ الحق في إعطاء الموافقة على العلاج نيابةً عنه) لدى مراكز الصحة المجتمعية (CHC). وقد يشمل العلاج الفحوصات الصحية، والتشخيص، والعلاج الطبي، ورعاية الأسنان، والخدمات الاجتماعية، وفحوصات وتقييم وتشخيص وعلاج الصحة النفسية أو تعاطي المخدرات وتناول الكحول، وخدمات الطب النفسي.

II. توزيع المزايا

- أ. أفوض مراكز الصحة المجتمعية (CHC) في إصدار الفواتير واستلام المدفوعات مباشرةً من برنامج Medicare أو Medicaid أو أي شركة تأمين أخرى مقابل الخدمات المقدمة لي.
- ب. أحيل بموجب هذا إلى CHC جميع المدفوعات من برنامج Medicare أو Medicaid أو أي وثيقة تأمين صحي أخرى، مقابل الرعاية الصحية المقدمة لي من قبل CHC.
- ج. أدرك أنني مسؤول عن أي أرصدة غير مدفوعة تنشأ نتيجة رعايتي في CHC.
- د. أدرك، على حد علمي، أن المعلومات الديموغرافية التي قدمتها صحيحة ودقيقة.
- هـ. تتوفر نسخة من سياسات الدفع الخاصة بمراكز CHC بناء على طلبك.

III. إنهاء الموافقة والقيود المفروضة عليها:

- أ. أدرك أن لديّ الحق في إلغاء هذه الموافقة في أي وقت كتابي، وأن إلغاء هذه الموافقة لن يؤثر على أي إجراءات اتخذتها مراكز الصحة المجتمعية (CHC) استنادًا إلى هذه الموافقة قبل إلغائها. إذا لم تُلغَى هذه الموافقة مسبقًا، فستنتهي صلاحيتها في التاريخ التالي: _____
- ب. إذا لم يُشار إلى أي منهما، فستنتهي هذه الموافقة بعد ثلاث سنوات من آخر موعد لتقديم الخدمة لي.
- ب. لقد قرأت هذه الموافقة على تلقي العلاج، وأفهم محتواها وأوافق عليه عن علم.

مطلوب

اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: _____
توقيع المريض: _____ التاريخ: _____
اسم ولي الأمر/الوصي: _____
توقيع ولي الأمر/الوصي: _____ التاريخ: _____