

## الموافقة على العلاج بمراكز بومونت الصحية للمراهقين (Arabic) BEAUMONT TEEN HEALTH CENTERS CONSENT TO TREATMENT

مركز صحة المراهقين - ريفر روج  
1460 W. Coolidge Hwy  
River Rouge, MI 48218  
313.843.1639

مركز صحة الأطفال والمراهقين - بيرس  
25605 Orangelawn  
Redford, MI 48239  
313.242.0570

مركز صحة الأطفال والمراهقين - آدماس  
33475 Palmer  
Westland, MI 48186  
734.728.2423

مركز صحة المراهقين - ويست وود  
5912 Annapolis Street  
Inkster, MI 48174  
313.565.2174

مركز صحة المراهقين - تايلور  
26650 Eureka Road, Suite B  
Taylor, MI 48180  
734.942.2273

مركز صحة المراهقين - رومولوس  
9650 South Wayne Road  
Romulus, MI 48174  
734.942.4857

تاريخ الميلاد

اسم المريض

**القسم 1:** تقدم مراكز بومونت الصحية للمراهقين الرعاية الطبية، ورعاية الصحة العقلية، وخدمات التوعية الصحية للمراهقين وصغار البالغين وتشمل، على سبيل المثال لا الحصر، الفحوصات الطبية، والتطعيمات، ورعاية المرضى، والإسعافات الأولية، والاختبارات المعملية، والوصفات الطبية، والعناية بالجلد والتغذية، واختبارات السمع والبصر، وتشخيص وعلاج العدوى المنقولة جنسياً، واستشارة وفحوصات فيروس نقص المناعة المكتسبة، والتوعية بالصحة الإنجابية والإحالة للمختص، والاستشارة الفردية والجماعية، والوقاية من تعاطي المخدرات، والتقييم والإحالة للمختص. تُقدّم الخدمات دون النظر إلى الجنس أو العرق أو الدين أو الميل الجنسي.

أفهم أن قانون ولاية ميشيغان لا يشترط موافقة ولي أمر القاصر لتلقي المشورة أو العلاج من تعاطي المخدرات، والكحوليات، والأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك مرض نقص المناعة المكتسبة، أو رعاية الصحة الإنجابية، أو استشارات العيادات الخارجية. وفقاً لتقدير مقدم الرعاية الصحية، يمكن إخطار أحد الوالدين إذا كان الموقف خطيراً أو يهدد الحياة.

أوافق على السماح لمراكز بومونت الصحية للمراهقين بتقديم العلاج، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، الخدمات المذكورة أعلاه، والتي يعتبرها الطبيب وفريق الرعاية الصحية في مركز الصحة للمراهقين ضرورية. إذا تم تقديم الخدمة الصحية عبر الهاتف، بما في ذلك خدمات الفيديو أو الصوت أو الخدمات الأخرى القائمة على الكمبيوتر في اتجاهين، فأنا أقر بأنني قد قرأت المعلومات المهمة المتعلقة بالخصوصية والمخاطر المحتملة الواردة في وثيقة معلومات الخدمات الصحية عبر الهاتف المرفقة وفهمتها وأوافق عليها. أعلم أنه يمكنني سحب موافقتي في أي وقت عن طريق إرسال إشعار كتابي. في حالة التوقيع بصفتي ولي الأمر/الوصي، فإن هذه الموافقة تُعد سارية حتى يبلغ عمر المريض 18 عاماً، ما لم يتم سحبها كتابياً.

أعلم أن اختبارات الأمراض المنقولة عن طريق الدم، بما في ذلك فيروس نقص المناعة المكتسبة، يمكن إجراؤها دون أخذ موافقة كتابية منفصلة في حالة تعرّض الأخصائي الطبي، أو المتبرع أو الطالب أو الموظف الذي يعمل لدى بومونت لدم المريض أو لسوائل من خلال الجلد أو الأغشية المخاطية أو الجروح المفتوحة.

**القسم 2:** التطعيمات واللقاحات. أفهم أن سجلات التحصين الخاصة بطفلي الصادرة عن مكتب تسجيل ميشيغان لتحسين الرعاية سيتم مراجعتها. إذا تقرر أن طفلي بحاجة لأخذ لقاحات، فأنا أعطي الإذن لمركز بومونت الصحي للمراهقين بالقيام بذلك. أعلم أن ورقة (أوراق) معلومات اللقاح الخاصة بأي لقاح سيأخذه طفلي متاحة لمراجعتي بناءً على طلبي. كما أعلم أن ورقة (أوراق) معلومات اللقاح تكون مطروحة للمناقشة معي قبل إعطاء التطعيم (التطعيمات) لطفلي. أفهم أنه يمكنني سحب موافقتي على التحصينات في أي وقت عن طريق الاتصال بمركز صحة بومونت للمراهقين.

نعم، أوافق.  لا أوافق. يُرجى التوقيع بالأحرف الأولى \_\_\_\_\_

**القسم 3:** التفويض بدفع مقابل مزايا التأمين لمراكز بومونت الصحية للمراهقين والإفصاح عن المعلومات. أفوض شركة التأمين بدفع مقابل الخدمات المقدمة لي/لطفلي لمراكز بومونت الصحية للمراهقين المغطاة بموجب خطة التأمين الصحي الخاصة بي. أفهم أنني قد أكون مسؤولاً عن دفع رسوم ومصاريح في حالة عدم مشاركة مقدم خدمة الرعاية الصحية في خطة التأمين الصحي الخاصة بي. أفهم أنني قد أكون مسؤولاً عن دفع الرسوم والمصاريح المشتركة، أو القابلة للخصم، أو التي تكون مقابل خدمات غير مغطاة بموجب خطة التأمين الصحي الخاصة بي. كما أفوض مراكز بومونت الصحية للمراهقين بالإفصاح عن المعلومات الطبية لأي مستشفى، أو منشأة، أو كيان صحي أو معالج تابع لبومونت هيلث أو لمقدم الرعاية الصحية الأولية لي/لطفلي لضمان استمرارية الرعاية. يمكن استخدام نسخة من هذا التفويض بدلاً من الأصل. أعلم أنه يمكنني أنا أو شركة التأمين الخاصة بي سحب هذا التفويض في أي وقت بإقرار ذلك كتابياً. أفهم أن مراكز بومونت الصحية للمراهقين ستقوم بحماية المعلومات الواردة بالسجل الطبي الخاص بي/بطفلي، إلا أنه من حين لآخر يتعين على مراكز بومونت الصحية للمراهقين الإفصاح عن المعلومات الخاصة بالرعاية المقدمة للأجهزة التنظيمية التابعة للولاية أو الفيدرالية. أفهم أنه إذا جاءت نتيجة اختبار عدوى منقولة جنسياً معينة إيجابية، فإن القانون يشترط إبلاغ النتيجة لأحد أجهزة الصحة العامة.

استلمت نسخة من إشعار بومونت هيلث الخاص بممارسات الخصوصية. أفهم أن هذا الإشعار يوفر لي المعلومات المتعلقة بحقوق الخصوصية والكيفية التي ستستخدم من خلالها معلوماتي الصحية والإفصاح عنها.

أوافق على العلاج كما هو وارد أعلاه بالأقسام 1، 2، و3.

التاريخ/الوقت

توقيع المريض/الوالد/الوصي

البريد الإلكتروني

رقم الهاتف (الهواتف)

8112 060120