Arabic rev 03.24

Dayton Public Schools (مدارس دايتون العامة)
نموذج التسجيل مدى الحياة في المركز الصحي المدرسي والموافقة عليه

شركاء Dayton Public Schools (مدارس دايتون العامة) بالتعاون مع العديد من الجهات المجتمعية لتقديم الخدمات الصحية التكميلية المدرسية.
يحل هذا النموذج الواحد محل الكثير من نماذج الإذن المختلفة المطلوبة لتقديم هذه الخدمات لطفلك.
وستظل خدمات التمريض والطوارئ المدرسية تُقدم دائمًا سواءً أخترت أن تشارك في هذه الخدمات المضافة أم لا. ومن الممكن ألا تُتاح بعض الخدمات التكميلية في جميع الأبنية المدرسية. ويجب مراجعة الأمر مع ممرض المدرسة بشأن توفّر الخدمة. وتوفر هذه الخدمات الصحية رعاية صحية عالية الجودة في وسط مدرسي هادئ وملائم ومألوف في الوقت الذي يناسب الطالب والعائلة.
نحن لا نحاول أن نستبدل مصدرك النظامي للرعاية الصحية أو أن نستبدل مزود الرعاية الصحية الحالي لك.

اسم المريض/ الطالب (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير)		الاسم المفضل للطالب	
عنوان الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
رقم الهاتف (مع رمز المنطقة)	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	الصف	اسم المدرسة

موافقة على العلاج خلال الخدمات الصحية

أوافق على أن أتيح للمزودين المشاركين في الخدمات الصحية التكميلية المدرسية تنفيذ ما يلي من خدمات/ علاج لطفلي: (اختر كل خدمة ترغب في إتاحتها لطفلك.)

طبي/ الصحة السلوكية	☐	الرعاية والعلاج للفحوص الجسدية للإصابة/ للمرض (الطفل السليم أو الرياضة)، والتحصين ضد الإنفلونزا
	☐	التحصين ضد مرض المكورات السحائية (مطلوب للصف السابع والصف الثاني عشر)
	☐	التحصين ضد اللقاح الثلاثي (مطلوب للصف السابع)
		التحصينات الأخرى (الملائمة للعمر، حسب جدول الأكاديمية الأمريكية لتحصين الأطفال ☐ الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي ☐ شلل الأطفال ☐ التهاب الكبد (ب) ☐ الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية ☐ الجدري المائي ☐ التهاب الكبد (أ) ☐ فيروس الورم الحليمي البشري ☐ المكورات الرئوية ☐ النزلات المستدمية
	☐	اختبار فحص الحمل
	☐	العدوى المنقولة بممارسة الجنس (فحص العدوى/المرض المنقول بممارسة الجنس STD، التعليم أو العلاج
	☐	تنظيم النسل
	☐	الإرشاد بشأن الصحة النفسية / السلوكية
طب الأسنان	☐	فحص مجاني للأسنان والمواد السادّة للشقوق للصف الثاني والصف السادس، وفحص المواد السادّة للشقوق في السنة الدراسية التالية وإعادة تقديم الطلب إذا دعت الحاجة إلى ذلك)
	☐	فحص الأسنان، وحشو الأسنان

الرؤية	☐	فحص العين، ويشمل اتساع العين (تُستخدم قطرات العين لجعل حبة العين أكبر)، وعلاج الرؤية، وتركيب وصرف النظارات وإزالة القرنية الغريبة (إزالة شيء من الطبقة الخارجية الواقية الصافية للعين)

بالتوقيع على هذه الموافقة بشأن العلاج خلال الخدمات الصحية، أوافق على الشروط والأحكام بخصوص التفويض للإفراج عن المعلومات والتنازل عن المنافع التأمينية حسبما هو موضح في نموذج الموافقة هذا. كما أقر بأنني قد تسلمت كافة المعلومات بشأن كيفية استلام إشعار ممارسات الخصوصية حسبما هو مبين في هذه الموافقة. وقد تلقيت أيضًا وأفهم طبيعة الخدمات المتاحة حسبما هو مبين وصفه في دليل معلومات أولياء الأمور والطلاب بشأن الخدمات الصحية التكميلية المدرسية وهو متاح على الموقع الإلكتروني لمراكز دايتون الكبرى المجتمعية الصحية (CHCGD) ومراكز فايف ريفرز الصحية (FRHC).

وأفهم أنني سوف أبلغ بأي خدمات يحصل عليها الطلاب، إلى جانب النتائج غير العادية والتوصيات الأخرى بشأن العلاج. كما أفهم أنني يجب أن أتصل بممرض المدرسة إذا ظهرت لديّ أي أسئلة بشأن أي رعاية متابعة أو تعليمات ضرورية. بالنسبة للخدمات المقدمة من قبل المراكز الصحية، فإنني افهم أنني ينبغي لي الاتصال برقم الهاتف المدرج في "ملخص ما بعد الزيارة" الذي أرسل إلى المنزل مع طفلي. وأفهم أن هذه الموافقة ستظل سارية طالما بقي الطفل طالبًا في Dayton Public Schools ما لم ألغها أنا. **يجوز لي إلغاء هذه الموافقة بخصوص العلاج في أي وقت، وذلك بأن أتقدم بطلب خطي من هيئة الخدمات الصحية التكميلية المدرسية إزالة طفلي من الخدمات.** لقد تسلمت هذا الدليل، ومعلومات الخدمات الصحية التكميلية المدرسية لأولياء الأمور والطلاب، وهو يشتمل على الوكالات التي تقدم الخدمات، وأفهم طبيعة الخدمات المتاحة. إن من مسؤوليتي أن أبلغ ممرض المدرسة بجميع المستجدات أو التغييرات في حالة طفلي الصحية، أو سجلات تحصينه أو أدويته أو تغطيته التأمينية.

الشخص الذي يستكمل النموذج (مطبوعًا): _____ التاريخ: _____

التوقيع: _____ صلته بالطفل: _____

معلومات التأمين الصحي

يُرجى وضع دائرة على أي مقدم خدمات تأمين يتولى تغطية طفلك يتم توفير بعض الخدمات الصحية التكميلية المدرسية دون أي تكلفة على الأسر سواء أكان الطالب لديه تأمين من عدمه، وسواء أكان لديه القدرة على الدفع من عدمه. يمكنك الحصول على فواتير لبعض الخدمات إذا لم تكن مشمولًا بالتغطية التأمينية.

خطط الرعاية التي يديرها برنامج ميديكيد (يُرجى وضع دائرة على واحدة منها أدناه)

AmeriHealth Caritas Ohio | Anthem | buckeye health plan | CareSource | Humana Healthy Horizons in Ohio | UnitedHealthcare Community Plan

رقم الرعاية المشمولة بالإدارة: _____ رقم ميديكيد في ولاية أوهايو: _____

معلومات المريض:			
اسم المريض/ الطالب (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير)		الاسم المفضل للطالب	
رقم التأمينات الاجتماعية:	تاريخ الميلاد		
الطرف المسؤول (مطلوب بالنسبة للمرضى تحت سن 18 عامًا أو في حال إذا لم يكن الضامن هو المريض):			
الاسم (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير)	رقم التأمينات الاجتماعية:	تاريخ الميلاد	درجة القرابة
عنوان الفواتير للمريض أو الطرف المسؤول	شقة رقم:	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
هاتف المنزل ( )	هاتف بديل ( )	صديق العائلة ( )	

عنوان البريد الإلكتروني

التأمين الخاص (بخلاف برنامج ميديكيد)

شركة التأمين _____ اسم حامل وثيقة التأمين _____

درجة القرابة للطالب _____ تاريخ الميلاد _____ تاريخ بدء السريان _____

رقم الدفعة المشتركة بالدولار: _____ رقم الوثيقة: _____

التأمين الثانوي:

شركة التأمين _____ اسم حامل وثيقة التأمين _____

درجة القرابة للطالب _____ تاريخ الميلاد _____ تاريخ بدء السريان _____

رقم الدفعة المشتركة بالدولار: _____ رقم الوثيقة: _____

مراكز دايتون الكبرى المجتمعية الصحية ومراكز فايف ريفرز الصحية هي مراكز صحية مؤهلة على الصعيد الفيدرالي.
نحن مطلوب منا جمع معلومات الدخل والمعلومات الديموغرافية الأخرى لجمهور المرضى لدينا. تكون جميع المعلومات سرية ونحن مطلوب منا فقط أن نبلغ عن الأعداد لا عن أسماء المرضى.

إن حجم الأسرة يقصد به أسرتك المباشرة التي تعيش في المنزل الذي تتولى المسؤولية عنه والأطفال الذين تدفع لهم نفقة أطفال لمن لا يعيشون في منزلك. وسوف نطلب منك تحديث هذه المعلومات بصفة سنوية.

يرجى وضع دائرة حول حجم أسرتك ودخل أسرتك في الجدول أدناه.

حجم الأسرة	الدخل السنوي تحت	الدخل السنوي بين	الدخل السنوي بين	الدخل السنوي بين	الدخل السنوي بين
1	15,060 دولارًا أمريكيًا	15,061دولارًا أمريكيًا - 18,824دولارًا أمريكيًا	18,825دولارًا أمريكيًا - 22,589 دولارًا أمريكيًا	22,590دولارًا أمريكيًا - 26,354دولارًا أمريكيًا	26,355دولارًا أمريكيًا- 30,120دولارًا أمريكيًا
2	20,040دولارًا أمريكيًا	20,041دولارًا أمريكيًا - 25,549دولارًا أمريكيًا	25,550 دولارًا أمريكيًا - 30,659 دولارًا أمريكيًا	30,660 دولارًا أمريكيًا – 35,769 دولارًا أمريكيًا	35,770دولارًا أمريكيًا – 40,880دولارًا أمريكيًا
3	25,820 دولارًا أمريكيًا	25,821 دولارًا أمريكيًا - 32,274 دولارًا أمريكيًا	32,275 دولارًا أمريكيًا - 38,729 دولارًا أمريكيًا	38,780 دولارًا أمريكيًا - 45,185دولارًا أمريكيًا	45,186دولارًا أمريكيًا – 51,640 دولارًا أمريكيًا
4	31,200 دولار أمريكي	31,201 دولار أمريكي - 38,999دولارًا أمريكيًا	39,000 دولارًا أمريكيًا - 46,799 دولار أمريكي	46,800 دولار أمريكي – 54,599 دولارًا أمريكيًا	54,600 دولارًا أمريكيًا - 62,400دولار أمريكي
5	36,580 دولارًا أمريكيًا	36,581دولارًا أمريكيًا - 45,724دولارًا أمريكيًا	45,725 دولارًا أمريكيًا - 54,869دولارًا أمريكيًا	54,870 دولارًا أمريكيًا - 64,014دولارًا أمريكيًا	64,015دولارًا أمريكيًا - 73,160دولارًا أمريكيًا
6	41,960 دولارًا أمريكيًا	41,961دولارًا أمريكيًا – 52,449دولارًا أمريكيًا	52,450 دولارًا أمريكيًا 62,939دولارًا أمريكيًا	62,940 دولارًا أمريكيًا 73,429دولارًا أمريكيًا	73,430 دولارًا أمريكيًا – 83,920دولارًا أمريكيًا
7	47,340 دولارًا أمريكيًا	47,341دولارًا أمريكيًا – 59,174دولارًا أمريكيًا	59,175 دولارًا أمريكيًا 71,009 دولارًا أمريكيًا	71,010دولارًا أمريكيًا – 82,844 دولارًا أمريكيًا	82,845دولارًا أمريكيًا – 94,680دولارًا أمريكيًا
8	52,720 دولارًا أمريكيًا	52,721 دولارًا أمريكيًا – 65,899 دولارًا أمريكيًا	65,900دولارًا أمريكيًا – 79,079 ولارًا أمريكيًا	79,080دولارًا أمريكيًا – 92,259 دولارًا أمريكيًا	92,260دولارًا أمريكيًا – 105,440 دولارًا أمريكيًا

المعلومات الديموغرافية للطالب

الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ يفضل ذكر الذات: _____

الأصل الإثني: إسباني/ لاتيني (يُرجى اختيار واحد) ☐ نعم ☐ لا

العرق: يُرجى اختيار **جميع ما ينطبق** بالنسبة لطفلك:

☐ أمريكي أسود أو إفريقي ☐ أبيض ☐ آسيوي ☐ من سكان هاواي/ جزر المحيط الهادي الأصليين

☐ هندي أمريكي/ ألاسكي من السكان الأصليين ☐ غير ذلك: _____

اللغة الرئيسية للطالب: ☐ اللغة الإنجليزية ☐ اللغة الإسبانية ☐ اللغة الروسية ☐ اللغة التركية ☐ اللغة الرواندية ☐ اللغة الفرنسية ☐ اللغة العربية

☐ غير ذلك: _____

اتفاقية سداد

اسم الطالب_____ **تاريخ الميلاد**_____

التأمين الصحي:

أدرك أن من مسؤوليتي بوصفي والدًا أن أعطي نسخة من معلومات التأمين إلى مراكز دايتون الكبرى المجتمعية الصحية ومراكز فايف ريفرز الصحية.

دفع ذاتي (دون تأمين أو بتأمين منخفض):

أدرك أنه من مسؤوليتي أن أستكمل طلب رسم الإخوة وأن أقدم دليلًا يثبت الدخل خلال ثلاثين (30) يومًا من زيارتي وإلا فسأتحمل المسؤولية عن نسبة 100 % من فاتورتي.

رسم الدفعة المشتركة/ الرسم الرمزي:

أدرك بأن رسم الدفعة المشتركة/ الرسم الرمزي هو مسؤوليتي. ويجوز لي أن أدفع نقدًا أو بشيك أو ببطاقة ائتمان.

كشوف الحساب:

أدرك أنني سوف أحصل على كشفي (2) حساب وكشف حساب واحد (1) مستحق لما سبق (بإجمالي ثلاثة (3) كشوف حساب) قبل أن يُرسل حسابي إلى وكالة تحصيل خارجية. أدرك أنه إذا تلقت مراكز دايتون الكبرى المجتمعية الصحية أو مراكز فايف ريفرز الصحية ردًا بالبريد الإلكتروني لأنني لم أقدم عنوان فواتير صحيح / حديث، يجوز أن أُرسل إلى وكالة تحصيل خارجية.

ترتيبات السداد:

أدرك أنه إذا كان يوجد رصيد مستحق، فمن الممكن أن أعدّ "ترتيب السداد " إذا لم أكن قادرًا على الدفع لكامل المبلغ. أدرك أنه إذا تلقت مراكز دايتون الكبرى المجتمعية الصحية أو مراكز فايف ريفرز الصحية ردًا بالبريد الإلكتروني لأنني لم أقدم عنوان فواتير صحيح / حديث، يجوز أن أُرسل إلى وكالة تحصيل خارجية.

التحصيلات

أدرك أنني إذا أُرسلت إلى وكالة تحصيل خارجية مرتين (2)، يجوز أن أُعفى من الممارسة ولن أكون بعدها قادرًا على الحصول على الخدمة في مراكز دايتون الكبرى المجتمعية الصحية CHCGD أو مراكز فايف ريفرز الصحية FRHC.

التفويض المالي

أفوض بالدفع المباشر إلى مراكز دايتون الكبرى المجتمعية الصحية CHCGD وإلى مراكز فايف ريفرز الصحية FRHC، والأطباء والأشخاص المعينين لديهم للمنافع المبينة هنا والمحددة وخلاف ذلك المستحقة لي، ولكن بما لا يتجاوز المصاريف المعتادة. أفهم أنني مسؤول عن جميع المصاريف حتى تُسدد الفواتير كاملةً ولا تكون أرصدة المصاريف مشمولة بتغطية التأمين.

يدل توقيعي أو توقيع الممثل المفوض أنني قد قرأتُ وفهمتُ وأوافق على الشروط السابقة وأن هذه الموافقة بخصوص الرعاية في مراكز دايتون الكبرى المجتمعية الصحية CHCGD ومراكز فايف ريفرز الصحية FRHC تلغي أي موافقة مالية أخرى يمكن أن أكون قد وقعتُ عليها.

_____ _____

توقيع المريض أو الممثل القانوني أو الوكيل التاريخ درجة القرابة للطالب

تاريخ المريض الجديد

اسم الطالب_____ **تاريخ الميلاد**_____

تاريخ آخر فحص جسدي أو فحص الطفل السليم للطالب	☐ **لم** يجر طفلي أي فحص جسدي أو فحص الطفل السليم في آخر 12 شهرًا
مقدم الرعاية الأولية	موقع المزود
المزود الآخر	موقع المزود الآخر
اطلع عليها المزود الآخر من أجل	
طبيب الأسنان	موقع طبيب الأسنان
الصيدلية المفضلة	موقع الصيدلية
جميع الجراحات منذ الميلاد	

هل يعاني طفلك من أي حساسيات ☐ نعم ☐ لا (إذا كانت الإجابة نعم، اشرح أدناه)

حالات الحساسية	صف التفاعل:

هل يدخن أي شخص في المنزل؟ ☐ نعم ☐ لا داخل المنزل؟ ☐ نعم ☐ لا خارج المنزل؟ ☐ نعم ☐ لا

تاريخ الأسرة:

يُرجى ذكر جميع المشكلات الطبية التي عانى منها كل فرد من أفراد الأسرة.

الأم:	
الأب:	
الجدة: (ضع دائرة حول واحدة): جهة الأم جهة الأب	
الجدة: (ضع دائرة حول واحدة): جهة الأم جهة الأب	
الإخوة:	
الأخوات:	

المشكلات الطبية والشكاوى الصحية (يُرجى اختيار "نعم" أو "لا" لكل بند والشرح أدناه إذا دعت الضرورة)

مرض الجدري (السن_____)	☐ نعم	☐ لا	تاريخ متلازمة غيلان باريه	☐ نعم	☐ لا
الجراحة أو الدخول إلى المستشفى في السنة الماضية	☐ نعم	☐ لا	النوبات (الصرع) تاريخ النوبة الأخيرة:	☐ نعم	☐ لا
* مشكلة نفسية أو مشكلة في الحالة المزاجية	☐ نعم	☐ لا	* مشكلة نفسية أو مشكلة في الحالة المزاجية	☐ نعم	☐ لا
مشكلات نمو	☐ نعم	☐ لا	ربو	☐ نعم	☐ لا
دوار/ إغماء/ غيبوبة	☐ نعم	☐ لا	تليف كيسي	☐ نعم	☐ لا
مشكلات في القلب	☐ نعم	☐ لا	مشكلات في الرئة أو التنفس	☐ نعم	☐ لا
مرض أنيميا الخلايا المنجلية	☐ نعم	☐ لا	مرض الكبد	☐ نعم	☐ لا
* مشكلة في الجهاز المناعي	☐ نعم	☐ لا	مشكلة في المعدة والأمعاء	☐ نعم	☐ لا
* اضطراب تخثر الدم	☐ نعم	☐ لا	مرض الكُلية	☐ نعم	☐ لا
* اضطراب في الدم	☐ نعم	☐ لا	مشكلات في المرارة أو المسالك البولية	☐ نعم	☐ لا

مرض السكري من النوع الأول	□ نعم	□ لا	حامل (للفتيات فقط)	□ نعم	□ لا
مرض السكري من النوع الثاني	□ نعم	□ لا	*مشكلات/ شكاوى أخرى	□ نعم	□ لا
اضطراب الغدد الصماء	□ نعم	□ لا			
*** يُرجى إيضاح أي من البنود المميزة بعلامة النجمة**					

ممارسات الخصوصية والتفويض بالتصريح بالمعلومات

اسم الطالب_____ **تاريخ الميلاد**_____

إشعار بإقرار ممارسات الخصوصية: لقد أُخطرت بأنني يمكنني أن أطلب نسخة من نماذج إشعار ممارسات الخصوصية مراكز دايتون الكبرى المجتمعية الصحية ومراكز فايف ريفرز الصحية في أي مبنى من مباني DPS (مدارس دايتون العامة). أعلم أنني يمكن الاطلاع عليها إلكترونيًا على شبكة الإنترنت على الرابط التالي: www.communityhealthdayton.org وأيضًا على الرابط التالي: www.fiverivershealthcenters.org. وتتوفر نسخ من نموذج الموافقة في مدرسة طفلي وتتوفر أيضًا النماذج الفارغة على الرابط التالي: www.dps.k12.oh.us

التفويض بالتصريح بالمعلومات أفوض بموجبه مراكز دايتون الكبرى المجتمعية الصحية CHCGD أو مراكز فايف ريفرز الصحية FRHC أو DPS بتبادل المعلومات مع شركات التأمين ومؤسسات التعويض، ومنشآت الرعاية الصحية ووكالات الرعاية الاجتماعية، ومزودي الرعاية الصحية، وممرضي DPS ومرشدي المدارس والاختصاصي الاجتماعي بالمدرسة من أجل غرض المساعدة المالية حصرًا أو استمرار الرعاية الطبية أو تنسيق الرعاية. تُسجل التحصينات التي أجريت في نظام معلومات التحصينات على مستوى الولاية (نظام Ohio ImpactSIIS). يكون الإفراج عن معلومات تعاطي المشروبات الكحولية والمخدرات محميًا بموجب القواعد الفيدرالية بشأن السرية (الباب 42 من مدونة اللوائح الفيدرالية الجزء 2) دون موافقة خطية من الشخص الذي يتعلق الأمر به أو حسبما يُصرح به خلاف ذلك. كما أن القواعد الفيدرالية تجعل استخدام المعلومات يقتصر على التحقيق جنائيًا أو الملاحقة لأي مريض بتعاطي الكحول أو المخدرات (الباب 52 من اللوائح الفيدرالية 21809، بتاريخ 9 يونيو 1987، الباب 52 من اللوائح الفيدرالية 41997، بتاريخ 2 نوفمبر 1987. **ولن يُجرى أي إفصاح عن المعلومات بخصوص فحص متلازمة النقص المناعي المكتسب (الإيدز) أو فيروس نقص المناعة أو تشخيص فيروس نقص المناعة/متلازمة النقص المناعي المكتسب.** يجوز للخدمات الصحية التكميلية المدرسية أن تستخدم السجلات الصحية للطالب لتقييم جودة الرعاية المقدمة وفعالية تقديم هذه الخدمات. تكون سجلات طفلي محمية ويمكن الاطلاع عليها من المستخدمين المصرح لهم فقط بإمكانية اطلاع مقيدة. أفهم أن هذا التفويض سيظل ساريًا طالما أن الطفل طالب في Dayton Public Schools ما لم ألغه أنا. يجوز لي أن ألغي هذا التفويض في أي وقت بتقديم إخطار خطي لإزالة طفلي من هذه الخدمات الصحية التكميلية المدرسية.

معلومات التأمين: تُصدر فواتير بشأن برامج التأمين أو برامج تغطية الرعاية الصحية الأخرى متى كان ممكنًا للمساعدة في تغطية تكلفة الرعاية.
يتم توفير بعض الخدمات الصحية التكميلية المدرسية دون أي تكلفة على الأسر سواء أكان الطالب لديه تأمين من عدمه، وسواء أكان لديه القدرة على الدفع من عدمه. أمنح مراكز دايتون الكبرى المجتمعية الصحية ومراكز فايف ريفرز الصحية الحق في تقديم المطالبات للتعويض بموجب أي وثيقة تأمين صحي خاصة، أو برنامج ميديكير أو ميديكيد أو أي برامج أخرى أحددها ويمكن دفع منافع بشأنها نظير الخدمات المقدمة إلى طفلي خلال الخدمات الصحية التكميلية المدرسية.

□ **أوافق** على السماح لمراكز دايتون الكبرى المجتمعية الصحية ومراكز فايف ريفرز الصحية بالاطلاع على السجلات الدراسية الفردية لطفلي وعلى سجلاته السلوكية للعام الدراسي الحالي والسابق، لكي يمكن أن تقدم خدمات أفضل لطفلي.

□ **أوافق** على السماح لمراكز دايتون الكبرى المجتمعية الصحية ومراكز فايف ريفرز الصحية بالاطلاع على السجلات الدراسية الفردية لطفلي وعلى سجلاته السلوكية للعام الدراسي الحالي والسابق، لكي يمكن أن تقدم خدمات أفضل لطفلي.

وتسري هذه الموافقة حتى يصل الطفل سن الرشد، أو لم يعد طالبًا في Dayton Public Schools. ويجوز إلغاء هذه الموافقة في أي وقت من جانب الوالد/ الوصي المخول بالتصرف نيابة عن الطفل المريض، فيما عدا في حال اتخاذ جميع المنظمات إجراءً اعتمادًا على هذه الموافقة.

كما أفهم أن المنظمتين لن تتناقشا في رعايتي الطبية أو معلومات السداد مع أي شخص غير مدرج في هذه الموافقة.
ويرجى ذكر الأشخاص الذين يمكننا أن نصرح بالمعلومات إليهم أدناه.

الاسم	درجة القرابة للطالب	الاسم:	درجة القرابة للطالب
1._____		2._____	
3._____		4._____	

درجة قرابة الوالد/ الوصي بالطالب (إذا كان الطالب/ المريض أقل من 18 عامًا): ☐ **الأم** ☐ **الأب** ☐ **الوصي القانوني**

الوالد/ الوصي (طباعة)	الوالد/ الوصي (التوقيع)	التاريخ
الطالب/ المريض (طباعةً) (إذا كان عمره 18 عامًا أو أكبر)	الطالب/ المريض (التوقيع) (إذا كان عمره 18 عامًا أو أكبر)	التاريخ