

ARLINGTON CLINIC

326 S Stillaguamish Ave
Arlington, WA 98223
425-789-3789

EDMONDS CLINIC

23320 Hwy 99
Edmonds, WA 98026
425-789-3789

EVERETT-CENTRAL CLINIC

4201 Rucker Ave
Everett, WA 98203
425-789-3789

EVERETT-COLLEGE CLINIC

930 N Broadway
Everett, WA 98201
425-789-3789

EVERETT-NORTH CLINIC

1424 Broadway
Everett, WA 98201
425-789-3789

EVERETT-SOUTH CLINIC

1019 112th St SW
Everett, WA 98204
425-789-3789

LYNNWOOD CLINIC

4111 194th St SW
Lynnwood, WA 98036
425-789-3789

ADMINISTRATION

8609 Evergreen Way
Everett, WA 98208
425-789-3700

chcsno.org

مرحبًا،

أهلاً بكم في مركز صحة المجتمع (Community Health Center, CHC) في مقاطعة سنو هوميش!

نحن سعداء لأنك اخترتنا لتكون دار الرعاية الصحية الخاصة بك. نحن، في مركز صحة المجتمع (CHC)، نعمل بجد لنقدم رعاية مركزة على المريض. تعني الرعاية الطبية المركزة على المريض أننا ننظر إلى كل شيء يتعلق بك، بداية من احتياجاتك الجسدية وحتى احتياجاتك النفسية. سنتشارك معك لتُقدّم لك الرعاية التي تحترم قيمك، وثقافتك، وتفضيلاتك.

تُعطى هذه الحزمة لجميع المرضى الجدد في مركز صحة المجتمع (CHC). ستجد فيها معلومات هامة حول تجربة مريضك.

تتضمن محتويات هذه الحزمة ما يلي:

- رسالة ترحيب (هذا المستند)
- مقر الخدمات الطبية وخدمات الأسنان المنزلية التي تركز على المريض
- حقوق المريض ومسؤولياته
- إشعار ممارسات الخصوصية
- إشعار عدم التمييز
- إشعار المريض بعدم الحضور - طبي
- إشعار المريض بعدم الحضور - أسنان
- إقرار من المريض - يجب التوقيع عليه

يُرجى التأكد من مراجعة جميع المستندات، وكذلك التوقيع على نموذج الإقرار وموافقة المريض الموجودة في الصفحة الأخيرة وإعادتها.

ألدك أسئلة؟ اسأل أحد أعضاء فريق الرعاية الخاص بك أو أحد موظفي مكتب الاستقبال في مركز صحة المجتمع (CHC) إذا كانت لديك أسئلة أو كنت بحاجة إلى المساعدة بأي شكل من الأشكال.

شكرًا لاختيارك مركز صحة المجتمع (CHC) في مقاطعة سنو هوميش! نتطلع إلى العمل معك في رحلة الرعاية الصحية الخاصة بك.

مع خالص التحيات،

فريق الرعاية الخاص بك في مركز صحة المجتمع (CHC)

مقر الخدمات الطبية وخدمات الأسنان المنزلية التي تركز على المريض

ما الذي يمكنك فعله؟

- ✓ كن شريكاً نشطاً في صحتك
- ✓ تحدث عن تحدياتك وشارك نجاحاتك
- ✓ اطرح الأسئلة واطلب مزيداً من التوضيح عند عدم فهم ما يُقال لك
- ✓ شارك أي معتقدات، أو ممارسات، أو تقاليد، أو اعتبارات غذائية، أو ديناميات الأسرة، أو عوامل ثقافية قد تؤثر على خطة علاجك
- ✓ العمل سوياً لوضع خطة علاجية والالتزام باتباعها
- ✓ تحديد مواعيد والمشاركة في مواعيد المتابعة
- ✓ التحدث في حال كانت لديك مخاوف.

في (CHC) Community Health Center of Snohomish County، نُقدم لك رعاية طبية قائمة على الفريق بقيادة مُقدِّم خدمة الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك. سوف يستمع الطبيب المعني بك أو طبيب الأسنان إلى مخاوفك، ويعمل معك على إنشاء خطة علاجية وينسق رعايتك. يلتزم فريقنا بالكامل بالعمل معك لتلبية احتياجاتك الجسدية والسلوكية والاجتماعية.

بصفتنا مقر الخدمات الطبية وخدمات الأسنان المنزلية، نحن ملتزمون بتقديم رعاية تكون:

سهولة الوصول

بالإضافة إلى المواعيد المحددة مسبقاً، نقدم خدمات الحضور دون موعد مسبق، كما يتوفر لدينا مقدمو خدمة تحت الطلب خارج ساعات العمل. يمكنك أيضاً التحدث إلى أحد الممرضات عندما تكون العيادة مغلقة وذلك عن طريق الاتصال بخط الاستشارة التمريضية عبر الرقم 425-640-5544.

منسقة

ونحن هنا أيضاً لمساعدتك في التنقل داخل نظام الرعاية الصحية وربطك بالخدمات المجتمعية. سواءً احتجت إلى رعاية داخل أو خارج مؤسستنا، فسوف نساعدك في العثور على هذه الموارد.

ترتكز على المريض

نراك كفرد ذو احتياجات، وثقافات، وقيم، وتفضيلات فريدة، وندرك أنك عضو أساسي في فريق الرعاية.

شاملة

نحن نقدم خدمات الرعاية الوقائية والأولية لتلبية احتياجاتك الجسدية والعاطفية.

أمانة وعالية الجودة

نتبع أفضل الممارسات المعتمدة على الأدلة، ونطور خطط تحسين الجودة، ونسعى لتقديم خدمة استثنائية لضمان حصولك على الرعاية التي تحتاجها وتستحقها.

اطلب من فريق الرعاية الخاص بك المزيد من المعلومات حول التزامنا بأن نكون مقر الخدمات الطبية وخدمات الأسنان المنزلية التي تركز على المريض.



حقوق المريض ومسؤولياته

لديك الحق في الآتي:

- جودة الرعاية والخدمة.
- تُعامل باحترام وكرامة.
- لا تتعرض للتمييز.
- التحدُّث إلى مُقَدِّم الخدمة بخصوص الاحتياجات الطبية/احتياجات طب الأسنان الطارئة بعد ساعات العمل.
- الحصول على معلومات كاملة عن صحتك واختياراتك للعلاج والخدمات. سنقدم إليك هذه المعلومات باللغة والطريقة التي يمكنك فهمها.
- المشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتك الصحية. إذا رفضت العلاج، فسنشرح لك النتائج المحتملة.
- السؤال عن الرسوم والمصاريف وسياسات الدفع.
- رفض المشاركة في البحث.
- اقتراح إجراء تغييرات في الإجراءات.
- المشاركة في اختيار مقدم رعايتك الأولية.
- المشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة بخطتك للرعاية في نهاية الحياة.
- تقديم شكوى إذا كانت لديك مخاوف بشأن أي من خدمات العيادة.
- تقديم تظلم إذا لم تكن راضيًا عن كيفية حل شكواك.
- تقديم تظلم إذا شعرت بأنك تعرضت لسلوك غير مهني من أي موظف.
- الإفصاح عن معلوماتك الصحية وفقًا لما يسمح به القانون.
- إمكانية الوصول إلى معلوماتك الصحية، وطلب إجراء تعديلات عليها، والحصول على المعلومات المتعلقة بها، وفقًا للقانون المعمول به.
- استلام إشعار معقول إذا قرر مركز CHC تغيير أو إنهاء علاقته معك.

تتمثل مسؤولياتك فيما يلي:

- تقديم التاريخ الطبي ومعلومات الفواتير الصحيحة والكاملة.
- إبلاغ مُقَدِّم الرعاية المعني بك عن أي وصية قائمة، أو توكيل طبي، أو توجيهات أخرى قد تؤثر على رعايتك.
- الالتزام بالمواعيد المجدولة. إذا احتجت إلى إلغاء الموعد، فيُرجى الاتصال بنا قبله بـ 24 ساعة.
- أداء دورك للحفاظ على صحتك قدر الإمكان من خلال اتباع خطط العلاج وتعليمات الرعاية التي وافقت عليها مع مُقَدِّم الرعاية الصحية المعني بك.
- التعامل مع الموظفين والمرضى الآخرين باحترام.
- احترام خصوصية الآخرين.
- احترام ملكية مركز CHC.
- الالتزام بسياسات مركز CHC.
- الدفع مقابل الخدمات المُتلقاة وفقًا لسياسات مركز CHC.
- الدفع مقابل الخدمات التي تلقيتها عند إجالتك إلى مُقَدِّم رعاية صحية آخرين خارج مركز CHC.
- مراقبة أي أطفال تحضرهم إلى المركز الصحي والحفاظ على سلامتهم.

قد يؤدي عدم الوفاء بهذه المسؤوليات إلى عدم القدرة على الوصول إلى الخدمات المستقبلية المُقدمة من مركز CHC.

إشعار ممارسات الخصوصية

مقدمة

تشمل الإفصاحات الأخرى المسموح بها أو المطلوبة بموجب القانون ما يلي:

- وكالات الإشراف على الرعاية الصحية لإصدار الترخيص والتدقيق
- أنشطة الصحة العامة
- أنشطة الإشراف على الصحة
- إنفاذ القانون عند الحاجة أو عندما يسمح القانون بذلك
- إجراء الأبحاث عند موافقة مجلس مراجعة مؤسسي عليها
- المطالبات بأجور العاملين
- الوكالات العسكرية أو وكالات الأمن الوطني
- الأطباء الشرعيون، والفاحصون الطبيون، ومتعهدو الجنازات

الاستخدامات والإفصاحات من دون إذن منك،

لكن يمكنك الاعتراض عليها

في حالة عدم قدرتك على الحضور أو تعرضك لظروف طارئة، سنقوم بالإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية (PHI) بما يتفق مع التفضيلات التي أوضحتها مسبقاً والمعروفة لنا، وبما يحقق مصلحتك على النحو الذي يحدده

تقديرنا المهني. سنستفيد أيضاً من تقديرنا المهني وخبرتنا لتقديم استنتاجات معقولة لمصلحتك للسماح لشخص ما بجمع الوصفات الطبية.

الأسرة والأشخاص الآخرون المشاركون في رعايتك: يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية (PHI) أو الإفصاح عنها للإبلاغ أو المساعدة في تحديد موقع أحد أفراد العائلة أو أي شخص آخر مسؤول عن رعايتك لإعلامه بموقعك، أو حالتك الصحية العامة، أو الوفاة.

جهود الإغاثة من الكوارث: يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية (PHI) أو الإفصاح عنها لكيان عام أو خاص مُخوّل بموجب القانون أو ميثاقه للمساعدة في جهود الإغاثة في حالات الكوارث لغرض تنسيق عملية إبلاغ أفراد عائلتك عن موقعك، أو حالتك الصحية العامة، أو الوفاة.

الاستخدامات وحالات الإفصاح التي تتطلب

الحصول على إذن مكتوب

ملاحظات العلاج النفسي: يجب أن نحصل على إذن منك فيما يتعلق بأي استخدام لدفاتر ملاحظات جلسات العلاج النفسي أو الإفصاح عنها، إلا إذا كان استخدامنا لتلك الملاحظات أو الإفصاح عنها سيكون: (1) عن طريق من قام بعمل ملاحظات العلاج النفسي لأغراض العلاج، أو (2) من أجل برامج التدريب الخاصة بنا، والتي يتعلم فيها طلاب أو متدربو أو ممارسو الصحة تحت الإشراف كيفية ممارسة أو تحسين مهاراتهم الإرشادية، أو (3) للدفاع عن أنفسنا خلال الإجراءات القانونية التي تحركها أنت ضدنا، أو (4) وفقاً لما ينص عليه القانون، أو (5) لوكالة إشراف صحي فيما يتعلق بالإشراف على من قام بعمل ملاحظات العلاج النفسي، أو (6) للطبيب الشرعي أو المسؤول عن عمل الفحص الطبي، أو (7) لمنع أو تخفيف خطر جسيم ووشيك على صحة أو سلامة شخص أو عامة الناس.

الصحة الإنجابية: يجب أن نلتزم بقوانين الخصوصية عند استخدام المعلومات الصحية أو الإفصاح عنها، والتي تشكل جزءاً من أي سجل للصحة الإنجابية. ما لم يصرح القانون بذلك، لن نشارك أبداً أي سجل للصحة الإنجابية دون إذن كتابي منك.

يوضح هذا الإشعار كيف يمكن استخدام المعلومات الصحية المحمية (PHI) والإفصاح عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. يُرجى مراجعته بعناية.

بموجب القانون، يلتزم Community Health Center of Snohomish County (CHC) بما يلي:

- حماية خصوصية معلوماتك.
- توفير هذا الإشعار عن ممارسات الخصوصية.
- اتباع ممارسات الخصوصية الموضحة في هذا الإشعار.
- إخطارك إذا تم تسريب معلوماتك الصحية كمرضى.

للحصول على مزيد من المعلومات حول ممارسات الخصوصية الخاصة بنا، أو للحصول على نسخ إضافية من هذا الإشعار، يُرجى الاتصال بنا باستخدام المعلومات الواردة في النهاية.

الاستخدامات والإفصاحات من دون إذن

مكتوب منك

إليك بعض الأمثلة حول كيفية استخدام معلوماتك الصحية المحمية (PHI) ومشاركتها من دون إذنك.

التواصل معك: يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية (PHI) للتواصل معك لتذكيرك بمواعيدك أو إمدادك بنتائج الاختبارات، أو إعلامك بشأن خيارات العلاج، أو إعلامك بفعاليات التثقيف الصحي أو بالخدمات.

العلاج: يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية (PHI) والإفصاح عنها لتوفير العلاج لك. تجوز لنا أيضاً مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) مع مُقَمّي الرعاية الصحية الآخرين الذين يعتنون بك لاستمرارية الرعاية.

الدفع: يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية (PHI) أو الإفصاح عنها لأغراض تحديد قيمة التغطية، وإصدار الفواتير، وإدارة المطالبات، ورد التكاليف. تجوز لنا أيضاً مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) لطلب الدفع أو استلامه من خطتك في التأمين الصحي.

عمليات الرعاية الصحية: يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية (PHI) أو الإفصاح عنها لدعم أنشطة الأعمال الخاصة بمُقدّم خدمة الرعاية الصحية المعني بك وCHC، بما في ذلك مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) مع جهة خارجية "شركاء الأعمال" تقوم بإجراء أنشطة لصالح مؤسستنا، مثل إعداد الفواتير وخدمات التسجيل، ويجوز لنا أيضاً استخدام معلوماتك الصحية المحمية (PHI) حسب الحاجة، لتزويدك بالمعلومات بشأن بدائل العلاج أو أي مزايا وخدمات أخرى تتعلق بالصحة قد تهتم بها.

جمع التبرعات: يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية (PHI) للتواصل معك لجمع الأموال من أجل عملياتنا. يجوز لنا أيضاً الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية (PHI) لمؤسسة ترتبط بنا حتى تتمكن المؤسسة من التواصل معك لجمع الأموال من أجل عملياتها. ستشمل أي مواد لجمع التبرعات تُرسل إليك بياناً بكيفية إلغاء تلقي أي اتصالات أخرى لجمع التبرعات.

مطلوب أو مسموح به بموجب القانون: يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية (PHI) أو الإفصاح عنها عندما يُطلب منا ذلك أو يُسمح لنا بذلك بموجب القانون. يجوز لنا أيضاً الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية (PHI) بالقدر اللازم لتجنيب تهديد خطير على صحتك أو سلامتك، أو على صحة الآخرين أو سلامتهم.

إشعار ممارسات الخصوصية

الحق في طلب التعديل. يحق لك تقديم طلب يقضي بأن نقوم بتعديل معلوماتك الصحية المحمية (PHI). يجب أن يكون طلبك مكتوبًا، ويجب أن يوضح سبب تعديل المعلومات. يجوز لنا رفض طلبك بموجب ظروف معينة.

الحق في الحصول على إشعار. يحق لك الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار بإرسال طلب بالبريد إلى Community Health Center of Snohomish County، على العنوان 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208 في أي وقت.

الحق في تلقي إخطار بشأن حدوث خرق. نحن مطالبون بإبلاغك عندما نكتشف حدوث خرق لمعلوماتك الصحية المحمية (PHI) غير الآمنة، وذلك طبقًا لمتطلبات القانون الفيدرالي.

سجلات اضطراب تعاطي المخدرات: يجب أن نلتزم بالقانون الفيدرالي عند استخدام المعلومات الصحية أو الإفصاح عنها، والتي تشكل جزءًا من أي سجل لمعالجة تعاطي المخدرات. ما لم يصرح القانون بذلك، لن نشارك أبدًا أي سجل لمعالجة تعاطي المخدرات دون إذن منك.

الاتصالات التسويقية. يجب أن نحصل على إذن مكتوب قبل استخدام المعلومات الصحية المحمية لتسويق أو بيع تلك المعلومات، بما يتفق مع التعريفات والاستثناءات المنصوص عليها في قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة (HIPAA).

استخدامات وحالات إفصاح أخرى. لن تتم الاستخدامات وحالات الإفصاح الأخرى غير تلك الموضحة في هذا الإشعار إلا بعد الحصول على تصريح مكتوب منك. يجوز لك إلغاء أي إذن من هذا القبيل في أي وقت من خلال تزويدنا بإخطار كتابي بهذا الإلغاء.

أسئلة أو شكاوى

إذا أردت الحصول على مزيد من المعلومات حول حقوق الخصوصية الخاصة بك، أو كنت تشعر بالقلق من أن حقوقك في الخصوصية قد انتهكت، فيمكنك الاتصال بمدير المخاطر (مسؤول الخصوصية) على الرقم 789-3775 (425). ويجوز لك أيضًا تقديم شكوى مكتوبة إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية (OCR).

لن يتم اتخاذ أي إجراءات انتقامية ردًا على قيامك بتقديم شكوى سواء إلى مكتبنا أو إلى مكتب الحقوق المدنية. عنوان الفرع الإقليمي التابع لمكتب الحقوق المدنية (OCR) في ولاية واشنطن هو:

مكتب الحقوق المدنية

U.S. Department of Health and Human Services
2201 Sixth Avenue - M/S :RX-11
Seattle, WA 98121-1831

تاريخ السريان والتغييرات التي تطرأ على هذا الإشعار

تاريخ السريان. هذا الإشعار سار اعتبارًا من **21 مايو 2024**.

التغييرات التي تطرأ على هذا الإشعار. يجوز لنا تغيير شروط هذا الإشعار في أي وقت. إذا قمنا بتغيير هذا الإشعار، فيجوز لنا جعل شروط الإشعار الجديدة سارية على جميع المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي نحتفظ بها، بما في ذلك أي معلومات تم إنشاؤها أو استلامها قبل إصدار الإشعار الجديد. إذا قمنا بتغيير هذا الإشعار، فسننشر الإشعار الذي تم تعديله في منطقة الانتظار في مكتبنا وعلى موقعنا الإلكتروني على الرابط www.chcsno.org. يجوز لك أيضًا الحصول على أي إشعار تم تعديله من خلال التواصل مع Community Health Center of Snohomish County على العنوان 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208.

حقوقك الفردية

الحق في الاطلاع والنسخ. يجوز لك طلب الوصول إلى سجلاتك الطبية وسجلات الفواتير التي نحتفظ بها من أجل الاطلاع عليها وطلب الحصول على نسخ منها. يجب أن تكون جميع طلبات

الوصول إلى السجلات مكتوبة. يجوز لنا، بموجب ظروف محدودة، أن نرفض وصولك إلى سجلاتك. ويجوز لنا أن نتقاضى رسومًا مقابل تكاليف النسخ وإرسال أي سجلات مطلوبة إليك.

الحق في وسائل الاتصال البديلة. يجوز أن تطلب، وستستوعب أي طلب مكتوب معقول من أجلك، تلقي المعلومات الصحية المحمية (PHI) عن طريق وسائل اتصال بديلة أو على عناوين أماكن بديلة.

الحق في طلب القيود. يحق لك طلب فرض قيود على المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي نستخدمها أو نفتح عنها لأغراض العلاج، أو الدفع، أو عمليات الرعاية الصحية. يجب أن يكون طلب فرض القيود مكتوبًا وأن يكون موجهاً إلى مدير المخاطر (مسؤول الخصوصية) في العنوان، 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208. لا يتعين علينا الموافقة على طلبك، باستثناء إذا كان طلبك يهدف إلى تقييد الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية (PHI) لخطة صحية ما لغرض إجراء عمليات الدفع أو الرعاية الصحية، والإفصاح لا يتطلبه القانون خلافًا لذلك، وترتبط المعلومات الصحية المحمية (PHI) فقط ببند من بنود الرعاية الصحية أو خدمة قمت أنت بسدادها بالكامل أو قام شخص أو كيان آخر بسدادها نيابةً عنك.

الحق في الحصول على تقرير عن عمليات الإفصاح. يجوز لك، بناءً على طلب مكتوب، الحصول على تقرير مفصل عن عمليات الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية التي قمنا بتنفيذها في السنوات الست الأخيرة، مع مراعاة قيود وحدود معينة.

التمييز مخالف للقانون.

تلتزم Community Health Center of Snohomish County (CHC) بقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تستبعد أو تعامل الأشخاص بشكل مختلف أو تميز بينهم بناءً على العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو العمر، أو الإعاقة، أو الجنس.

إننا نقوم بتوفير:

- موارد وخدمات مجانية لذوي الاحتياجات الخاصة للتواصل بفعالية معنا، مثل:
 - مترجمين مؤهلين للتعامل بلغة الإشارة
 - كتابة المعلومات بتنسيقات مختلفة (طباعة كبيرة، وملفات صوتية، وتنسيقات إلكترونية لذوي الاحتياجات الخاصة، وغير ذلك من التنسيقات)
- خدمات لغوية مجانية للأفراد غير الناطقين باللغة الإنجليزية كلغة أساسية، مثل:
 - مترجمين فوريين مؤهلين
 - كتابة المعلومات بلغات أخرى

إذا كنت تعتقد أننا لم نقدم إليك هذه الخدمات أو أنه تم التمييز ضدك بشكل أو آخر على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو العمر، أو الإعاقة، أو الجنس، فيمكنك تقديم تظلم بشكل شخصي، أو عن طريق البريد، أو الفاكس، أو البريد الإلكتروني. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم تظلم، فإن مدير المخاطر لدى Community Health Center of Snohomish County متاح لمساعدتك.

Community Health Center of Snohomish County
8609 Evergreen Way
Everett, WA 98208
425-789-3780، الهاتف النصي 711، الفاكس: 425-789-3780

يمكنك أيضًا تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية إلى مكتب الحقوق المدنية في وزارة الصحة والخدمات الإنسانية للولايات المتحدة عن طريق البريد، أو الهاتف، أو عبر الإنترنت على الرابط <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019، (الهاتف النصي) 800-537-7697

تتوفر نماذج الشكوى على الرابط www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

إشعار خاص بالبند الفرعي (o) 224 من قانون الخدمة الصحية العامة

تُعد المسؤولية القانونية لممارس الرعاية الصحية محدودة وفقًا لقانون الخدمة الصحية العامة (القسم (D)(1)(q)224).

الغرض من هذا الإشعار المُرسَل من سكرتارية الخدمات الصحية والإنسانية هو توفير المعلومات الخاصة بحماية مسؤولية Community Health Center of Snohomish County، ولا يُعد الإشعار شاملاً فيما يخص أي حكم من القانون إلى الحد الذي تنفذ به العيادة القانون.

إشعار للمريض عند عدم الحضور: خدمات الرعاية الطبية

يُعد الحفاظ على المواعيد المجدولة جزءًا مهمًا من رعايتك الصحية. إذ يسمح ذلك لمُقدِّم الخدمة الطبية المعني بك بالتحدث عن رعايتك الطبية وما يمكنك فعله حتى تنعم بصحة جيدة. عندما تتغيب عن موعدك، فإنك بذلك لا تقوّت على نفسك فرصة تحسين صحتك فقط، وإنما ينتج عن تغيبك أيضًا تفويت الفرصة على مريض آخر ربما يكون بحاجة لهذا الموعد كذلك.

إشعار للمريض في حالة عدم الحضور: العناية بالأسنان

يُعد الحفاظ على المواعيد المجدولة جزءًا مهمًا من العناية بأسنانك؛ إذ يسمح ذلك لطبيب الأسنان أو أخصائي صحة الفم بالتحدث إليك عن صحة فمك وما يمكنك فعله حتى تنعم بصحة جيدة. إذا تغيّبت عن موعدك، فإنك بذلك تفوّت على نفسك فرصة تحسين صحتك. فضلاً عن ذلك، ينتج عن تغييبك تفويت الفرصة على مريض آخر ربما يكون بحاجة إلى هذا الموعد.

- يحصل مرضى مركز Community Health Center of Snohomish County الذين تغيّبوا عن موعدهم على ما يلي:
رسالة، و/أو مكالمة هاتفية، و/أو رسالة نصية لإبلاغهم بموعدهم الفائت.
- قد يتم وضع المرضى قيد الاختبار إذا لم يحضروا في موعدهم أو لم يتصلوا لإلغائه - لثلاث (3) مرات أو أكثر خلال مدة زمنية قدرها ستة (6) أشهر. لا يستطيع المرضى خلال فترة الاختبار طلب مواعيد مسبقة لمدة ستة (6) أشهر، ما لم تتم الموافقة من قِبل مدير عيادة الأسنان. ومع ذلك، يمكنهم الحضور إلى المكتب لطلب موعد في اليوم نفسه، إذا كانوا يعانون من تورم أو ألم.
- يمكن إنهاء علاج المريض إذا وُضع قيد الاختبار لثلاث (3) مرات أو أكثر.

نتمنى أن تساعدك هذه الملاحظة على فهم أهمية الحفاظ على موعدك و/أو تقديم إشعار مناسب عندما تحتاج إلى إلغائه. صحة فمك تهمننا، ونتطلع إلى رؤيتك في الموعد المُحدّد التالي.

نموذج إقرار المريض وموافقته

إصدار معلومات طبية:

أفوض فريق رعايتي بإصدار معلومات صحية مثل نتائج الاختبارات، و/أو معلومات الأدوية، و/أو الإجابات عن أسئلتني على نظامي للرد.

الموافقة على التواصل:

أوافق على تلقي كافة أشكال التواصل من فريق رعايتي. قد يتصل بي مركز CHC، أو يرسل رسالة نصية، أو بريدًا إلكترونيًا أو يرسل لي معلومات مهمة مثل تذكيرات المواعيد، أو نتائج الاختبارات، أو خيارات العلاج، أو خدمات أو أحداث التنقيف الصحي. أدرك أنه يمكنني اختيار إلغاء المشاركة في أي وقت.

الموافقة على الرعاية:

أوافق على خطة الرعاية المقترحة من فريق رعايتي. أدرك أنه يحق لي، أو لممثلي المفوض، اتخاذ قرار بقبول هذه الخطة أو رفضها. سأطرح الأسئلة حسب الحاجة وسأعلن عن رغباتي.

إشعار الإصدار مقابل الدفع:

أدرك أن مركز CHC سيقدم أي تشخيص ومعلومات مطلوبة لضمان الدفع من شركات التأمين وأي دافعين من طرف خارجي مسؤولين ماليًا. أدرك أنه، ما لم أقتصر ذلك كتابيًا صراحةً، فإن هذا المطلوب قد يشمل جميع جوانب العلاج بما في ذلك اختبار و/أو علاج فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، أو الأمراض المنقولة جنسيًا، أو تعاطي المخدرات، أو حالات الصحة العقلية.

الاتفاق المالي:

أدرك أن المدفوعات المشتركة تصبح مستحقة في وقت الخدمة. أعين المدفوعات من تأميني مباشرةً إلى مركز CHC. أدرك أنني مسؤول ماليًا أمام مركز CHC عن التكاليف غير المدفوعة من التأمين وأن تلك التكاليف مستحقة خلال 30 يومًا من إصدار الفاتورة. أدرك أنه بالإضافة إلى الفاتورة الواردة من مقدم خدمتي، فقد أستلم أيضًا فواتير منفصلة من المختبر، وقسم الأشعة، والخدمات المتخصصة الأخرى.

استلام إشعار ممارسات المعلومات الصحية:

لقد عُرضت عليّ نسخة من ممارسات الخصوصية الخاصة بمركز CHC لإبلاغي بحقوق المتعلّقة بحماية معلوماتي الصحية. ولقد عُرضت عليّ أيضًا نسخة من سياسة عدم الحضور، لإبلاغي بأهمية الحفاظ على مواعيدي والعواقب الناجمة عن عدم إلغائها عندما لا أتمكن من القيام بذلك.

حقوق المريض ومسؤولياته:

لقد عُرضت عليّ نسخة من حقوق المريض ومسؤولياته لمركز CHC التي تقدم لي معلومات بشأن كوني أحد المرضى لدى مركز CHC.

الرعاية الصحية عن بُعد

أدرك أن زيارات الرعاية الصحية عن بعد قابلة للفوترة وأن مركز CHC سيتبع جميع قوانين خصوصية المريض. إذا كان إجراء زيارة شخصية مطلوبًا، فسيتم إخطاري بذلك. أدرك أنه في حالة فقدان الاتصال الإلكتروني، الأمر الذي قد يسبب مشكلات تتعلق بالخصوصية، فإن فريق رعايتي سيتصل بي مرة أخرى على الرقم الذي قدمته.

من خلال التوقيع أدناه، فإنك توافق على جميع المعلومات المذكورة أعلاه.

التوقيع: _____ التاريخ: _____

توقيع ولي الأمر/الوصي: _____ التاريخ: _____
(إذا كان المريض قاصرًا)