

تسجيل العميل

Medical Record #
(For office use only)

إن المعلومات المذكورة في سجلك الطبي سرية ومحمية بموجب قوانين ماساتشوستس العامة الفصل 111، القسم 70 تلزم موافقتك المكتوبة للإفصاح عن المعلومات إلا في حالة وجود أمر محكمة.

تتعلق الأسئلة الواردة أدناه بتأمينك*. إذا لم يكن لديك تأمين، فقم بإدراج ما هو موجود في هويتك القانونية.

*بينما تعترف Fenway بعدد من الأنواع الاجتماعية/الهويات الجنسية، إلا أن الكثير من شركات التأمين والكيانات القانونية لا تعترف بها مع الأسف. يُرجى العلم بأن الاسم والهوية الجنسية المدرجين في تأمينك يجب استخدامهما في المستندات المتعلقة بالتأمين وتحرير الفواتير والمراسلات. إذا استخدمت اسمًا و/أو ضمائرًا مختلفة عن هذه، فيُرجى إبلاغنا بذلك أدناه، كما هو موضح. إذا لم تكن متأكدًا مما يجب إدراجه، فاطلب توضيحًا من أحد أفراد خدمات المرضى.

اسم العائلة	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط
تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	رقم الضمان الاجتماعي	علامة الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى

كيف تريد من موظفينا الإشارة إليك؟

الاسم الأول	الضمائر
-------------	---------

ستساعدنا إجاباتك عن الأسئلة التالية في توصيل المعلومات الهامة إليك.

الهاتف الخليوي	الهاتف المنزلي	الهاتف العمل	أفضل رقم للاستخدام
() هل لا بأس من ترك رسالة صوتية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	() هل لا بأس من ترك رسالة صوتية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	() هل لا بأس من ترك رسالة صوتية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> الخليوي <input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/> العمل
العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
عنوان البريد الإلكتروني			
المهنة	اسم صاحب العمل/المدرسة	هل تخضع لتغطية تأمينية من المدرسة/صاحب العمل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
اسم جهة الاتصال في حالات الطوارئ	رقم الهاتف	العلاقة بك	
سيقوم مركز Fenway Health بإرسال مراسلات محددة، مثل الفواتير، إلى عنوانك البريدي. كيف تفضل تلقي الأنواع الأخرى من المراسلات المكتوبة؟ (ضع علامة على واحد) <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني الآمن (MyFenway) <input type="checkbox"/> خطاب <input type="checkbox"/> غير ذلك			

الموافقة على العلاج

الوقت (صباحًا/مساءً)

التاريخ

اسم المريض ▲

إنني أقر بموجب هذا المستند بإعطاء موافقتي وتصريحي لمركز Fenway Health بعلاج أي حالة طبية أو حالة صحة عقلية شريطة شرح مقدم الرعاية لحالي لي وإجراءات العلاج والطرق البديلة لعلاج حالي. لقد ناقش مقدم الرعاية معي المخاطر المتوقعة من العلاج المذكور أعلاه وأنه قد تكون هناك نتائج غير مرغوب فيها.

إنني أفوض مقدم الرعاية بإجراء أي علاج إضافي أو مختلف، يعتقد أنه ضروري في حال اكتشاف حالة خلال العلاج لم تكن معروفة في السابق.

إنني أدرك أن مركز Fenway Health يقوم بممارسة رعاية أولية تشمل خدمات الصحة السلوكية، وهو ما يعني أن فريق الصحة السلوكية جزء من فريقتي الطبي وتجريبي الطبية، وأن خضوعي للفحص من قبل مقدم صحة سلوكية خلال الرعاية الأولية قد يؤدي إلى فرض تكاليف إضافية على تأميني. قد يؤدي هذا أيضًا إلى مدفوعات مشتركة إضافية أو تأمين مشترك إضافي. إنني أقر أنه في حالات التغطية غير الكافية، فسيتم تحميلي مسؤولية الحساب المتبقي.

إنني أقر بأنني قد قرأت بعناية واستوعبت تمامًا نموذج الموافقة المستنيرة هذا وأن جميع أسئلتي قد تمت الإجابة عنها بإجابات وافية.

اتفاقية العلاج والسادد والبيانات

- إنني أصرح بإجراء الفحص والعلاج لزيارة الرعاية الطبية والصحة العقلية هذه وكل ما تليها من زيارات.
- إنني أصرح بالإفصاح عن جميع المعلومات اللازمة لتأمين ن مدفوعات المخصصات.
- إنني أقر باستيعابي بأنني مسؤول مسؤولية شخصية عن جميع الرسوم والاستقطاعات. تتاح المساعدة المالية للأشخاص المؤهلين، بما يتضمن برنامجًا للرسوم التدريجية.
- إنني أقر بمسؤوليتي مسؤولية شخصية عن تقديم معلومات دقيقة وسارية حاليًا حول التأمين.
- إنني أدرك أن مركز Fenway Health قد يستخدم البيانات المُعدّة للعملاء و/أو المقدمة من قبلهم لتحديد الخصائص العامة للمجموعات التي يخدمها وأن أيًا من هذه المعلومات لن تكشف عن هوية أي عميل فردي.
- إنني أصرح باعتبار أي نسخة من هذا البيان بديلًا عن الأصل وأصرح باستخدام هذا التوقيع على جميع تقديمات التأمين.

إنني أقر بأن المعلومات المقدمة أعلاه صحيحة وحقيقية. لقد تلقيت نسخة من إخطار ممارسات الخصوصية (HIPAA, Health Insurance Portability and Accountability Act) وحقوق المريض ومسؤولياته لدى Fenway. الاسم المستخدم للمريض، إن كان مختلفًا عن الرسم البياني.

التاريخ

توقيع المريض ▲

التاريخ

العلاقة بالمريض

الممثل المفوض قانونيًا