MICHIGAN MEDICINE

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)

خطاب ترحيبي - مركز صحي مدرسي

Welcome Letter - School Based Health Center (Arabic)

ليست وثيقة سجلات طبية

NOT A MEDICAL RECORD DOCUMENT

عزيزي الطالب/ولي الأمر أو الوصي:

Dear Student/Parent or Guardian:

التحالف الإقليمي للمدارس الصحية (RAHS) هو مجموعة من المراكز الصحية المدرسية الفريدة التي تقدم خدمات في بعض المدارس العامة والمدارس المجتمعية في مقاطعتي جينيسي وواشتناو وجاكسين. الهدف من المراكز الصحية المدرسية RAHS هو المساعدة في تحسين صحة وحسن معيشة الطلاب والعائلات. الطلاب الأصحاء هم أكثر نجاحًا في المدرسة.

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) is a group of unique school-based health centers providing services at some public and community schools in Genesee, Jackson, and Washtenaw counties. The goal of the RAHS School-Based Health Centers is to help improve the health and well-being of students and families. Healthy students are more successful in school.

ما هو مركز الصحة المدرسية RAHS؟

What is the RAHS School-Based Health Center?

- يعمل في مراكزنا الصحية أطباء وممرضات ممارسات وأخصائيون اجتماعيون وأخصائيون تغذية متاحون لتلبية احتياجاتك الصحية الجسدية والسلوكية
- Our health centers are staffed by physicians, nurse practitioners, social workers and dietitians that are available for your physical and behavioral health needs.
- الغرض من هذا البرنامج هو توفير رعاية صحية عالية الجودة في بيئة ودية، في وقت يناسب الطلاب والعائلات. لا يحاول مركز RAHS الصحي استبدال المصدر المعتاد للرعاية الصحية.
- The purpose of this program is to provide quality healthcare in a friendly setting, at a time that is convenient to students and families. The RAHS Health Center is NOT trying to replace your regular source of healthcare.
- مركز RAHS الصحي مفتوح ومتاح لجميع الشباب.
- The RAHS Health Center is open and available to ALL youth.

ماذا يمكنني أن أفعل للتسجيل؟

What can I do to register?

- يرجى إكمال النماذج المرفقة وإعادتها إلى مكتب مدرستك أو إلى مركز RAHS الصحي. تتضمن النماذج المرفقة ما يلي:
- Please fill out the attached forms and return them to your school office or to the RAHS Health Center. The enclosed forms include:

❑ نماذج الموافقة
Consent Forms

❑ استبيان التاريخ الصحي
Health History Questionnaire

❑ نحتاج أيضًا إلى نسخة من بطاقة التأمين الصحي للطالب
We also need a copy of the student's health insurance card

ماذا يحدث بعد التسجيل؟

What happens after I register?

- من خلال إكمال الاستمارات المرفقة، يمكن للطالب زيارة مركز RAHS الصحي خلال اليوم الدراسي بسبب مخاوف صحية وسيتم استدعاؤه لزيارة فحص قصيرة للحصول على المعلومات الصحية الأساسية.
- By completing the enclosed forms, the student may be seen at the RAHS Health Center during the school day for health concerns and will be called down for a brief screening visit to obtain basic health information.
- إذا كان طفلك في مدرسة ابتدائية، فإننا نطلب أن يكون أحد الوالدين/الوصي متاحًا عبر الهاتف إذا كنت غير قادر على حضور الموعد مع طفلك.
- If your child is in elementary school, we ask that a parent/guardian be available by phone if you are unable to attend the appointment with your child.
- سيقوم مركز RAHS الصحي بإرسال فاتورة إلى شركة التأمين الخاصة بك مقابل الخدمات التي تتلقاها في مراكزنا.
- The RAHS Health Center will bill your insurance company for services received in our centers.

MICHIGAN MEDICINE

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)

خطاب ترحيبي - مركز صحي مدرسي

Welcome Letter - School Based Health Center (Arabic)

كيف يتم تبادل المعلومات الصحية الخاصة؟

How is private health information shared?

يرجى زيارة الموقع الإلكتروني الخاص بإشعار ممارسات الخصوصية الخاصة بـ Michigan Medicine هنا http://www.med.umich.edu/hipaa/UMHS-NPPenglish.pdf أو اسأل في مركز RAHS الصحي للحصول على نسخة من سياسة الخصوصية الخاصة بنا. يصف هذا الإشعار كيف يمكن مشاركة المعلومات الطبية. يرجى مراجعته بعناية.

Please visit the Michigan Medicine Notice of Privacy Practices website here http://www.med.umich.edu/hipaa/UMHS-NPPenglish.pdf or ask at the RAHS Health Center for a copy of our privacy policy. This notice describes how medical information may be shared. Please review it carefully.

شكرًا لك،

Thank you,

الفريق السريري للتحالف الإقليمي للمدارس الصحية

Regional Alliance for Healthy Schools Clinical Team

Pathways to Success Academic Campus
2800 Stone School Rd. Rm. 112
Ann Arbor, MI 48104
الهاتف: 734 973 9167
Phone: 734 973 9167

Lincoln High School
7425 Willis Rd. Rm. 304
Ypsilanti, MI 48197
الهاتف: 734 714 9600
Phone: 734 714 9600

Richfield Public School Academy
3807 North Center Road
Flint, MI 48506
الهاتف: 810-285-9815
Phone: 810-285-9815

Carman-Ainsworth High School
1300 N. Linden Road
Flint, MI 48532
الهاتف: 810-591-5473
Phone: 810-591-5473

Brick Elementary School
8970 Whittaker Road
Ypsilanti, MI 48197
الهاتف: 734-714-9606
Phone: 734-714-9606

Scarlett Middle School
3300 Lorraine, Rm. 204
Ann Arbor, MI 48108
الهاتف: 734 677 2708
Phone: 734 677 2708

Ypsilanti Community Middle School
510 Emerick
Ypsilanti, MI 48198
الهاتف: 734 221 2271
Phone: 734 221 2271

Kearsley High School
4302 Underhill Drive
Flint, MI 48506
الهاتف: 810-591-5330
Phone: 810-591-5330

Armstrong Middle School
6161 Hopkins Road
Flint, MI 48506
الهاتف: 810-591-2776
Phone: 810-591-2776

International Academy of Flint
2820 S. Saginaw Street
Flint, MI 48503
الهاتف: 810-600-5290
Phone: 810-600-5290

Lincoln Middle School
8744 Whittaker Rd. Rm. 812
Ypsilanti, MI 48197
الهاتف: 734 714 9509
Phone: 734 714 9509

Ypsilanti Community High School
2095 Packard Rd. Rm. 403
Ypsilanti, MI 48197
الهاتف: 734 221 1007
Phone: 734 221 1007

Beecher High School
6255 Neff Road
Mt Morris, MI 48458
الهاتف: 810-591-9333
Phone: 810-591-9333

Pioneer High School
601 W. Stadium Blvd.
Ann Arbor, MI 48103
الهاتف: 734-997-1862
Phone: 734-997-1862

Springport Public Schools
300 W. Main Street
Springport, MI 49284

NOT A MEDICAL RECORD DOCUMENT

99-10286 HIM: 08/2023

MICHIGAN MEDICINE

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)

الأسئلة الشائعة حول
نموذج الموافقة على العلاج العام

Frequently Asked Questions About the General Treatment Consent Form (Arabic)

1. ما هي الخدمات التي يقدمها التحالف الإقليمي للمدارس الصحية في Michigan Medicine؟

1. What services does the Regional Alliance for Healthy Schools at Michigan Medicine provide?

- الفحوصات البدنية
- Physical exams
- استشارات التثقيف الصحي/الوقاية من المخاطر
- Health education/Risk prevention counseling
- العلاج النفسي الفردي والجماعي والأسري
- Individual, group and family psychotherapy
- التدخل في الأزمات
- Crisis intervention
- الإحالة إلى علاج تعاطي المخدرات (طلاب المدارس الإعدادية والثانوية)
- Referral for substance abuse treatment (Middle and high school students)
- الإحالة للحصول على موارد مثل الغذاء والمأوى والمسائل المالية والنقل.
- Referral for resources such as food, shelter, financial issues, transportation.
- تشخيص وعلاج الأمراض الحادة والمزمنة
- Diagnosis and management of acute and chronic illnesses/diseases
- التطعيمات
- Immunizations
- فحوصات الأسنان والبصر
- Dental and vision screenings
- الاختبارات المعملية الأساسية بما في ذلك تحليل البول، والجلوكوز، واختبار العقديات السريع، والكوليسترول، والهيموجلوبين
- Basic laboratory test including urinalysis, glucose, rapid strep test, cholesterol, hemoglobin
- بزل الوريد (سحب الدم).
- Venipuncture (blood draws).
- مجموعة التثقيف الصحي أو الأنشطة مثل Walking Club وNutrition Education وAnger Management و Asthma Program و Peer Mentoring وMood and Movement وYouth Advisory Council. Bully Busters، والمجموعات الأخرى على النحو الذي تحدده الحاجة (بعض البرامج متاحة لطلاب المدارس الإعدادية والثانوية فقط)
- Health education or Activities Group such as Walking Club, Nutrition Education, Anger Management, Asthma Program, Peer Mentoring, Mood and Movement, Youth Advisory Council. Bully Busters, and other groups as determined by need (some programs available to middle and high school students only)

2. لماذا قد تستخدم Michigan Medicine عيناتي للبحث؟

2. Why might the Michigan Medicine use my specimens for research?

تكتشف الأبحاث الطبية باستمرار طرقًا جديدة لتحديد الأمراض والوقاية منها وعلاجها. تلتزم Michigan Medicine بتطوير الأبحاث حتى نتمكن من تزويد مرضانا بالرعاية الطبية الأكثر فاعلية.

Medical research is constantly discovering new ways to identify, prevent and treat illness. Michigan Medicine is committed to advancing research so we can provide our patients with the most effective medical care.

3. هل يمكنني الموافقة على جزء فقط من هذا النموذج؟

3. Can I consent to only part of this form?

نعم، يحق للمريض شطب أقسام الموافقة التي لا يريد الموافقة عليها.

Yes, a patient has the right to cross out sections of the consent they do not want to consent to.

NOT A MEDICAL RECORD DOCUMENT

MICHIGAN MEDICINE

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)

الأسئلة الشائعة حول
نموذج الموافقة على العلاج العام

Frequently Asked Questions About the General Treatment Consent Form

4. **هل يمكنني سحب موافقتي أو موافقة طفلي بعد التوقيع على هذا النموذج؟**

4. Can I withdraw my consent or my child's consent after this form has been signed?

نعم، يمكنك سحب الموافقة على الخدمات عن طريق الكتابة إلى المركز الصحي التابع للتحالف الإقليمي للمدارس الصحية في أي وقت.

Yes, you may withdraw consent for services by writing to the Regional Alliance for Healthy Schools Based Health center at any time.

للانسحاب من جميع خدمات Michigan Medicine، يرجى إرسال خطاب موقع من أحد الوالدين أو الوصي على القاصر أو المريض للمرضى من عمر 18 عامًا فأكثر بالبريد إلى:

To withdraw from all Michigan Medicine service please mail a letter signed by parent or guardian for minor or the patient for patients 18 and over to:

Michigan Medicine Revenue Cycle Mid Service (HIM) Release of Information (ROI)
Unit 3621 S. State Street 700 KMS Place Bay 11 - Mid Service Ann Arbor MI 48108-1633
الفاكس: 734-936-8571 أو اتصل بالرقم 734-936-5490.
Fax: 734-936-8571 or call 734-936-5490.

Michigan Medicine **الموافقةالمسبقة العامّة لتلقي خدمات الرعاية الصحيّة و معلومات مهمّة للمرضى - البالغين** **General Consent for Healthcare Services and Important Patient Information - ADULT (Arabic)**	MRN: NAME: BIRTHDATE: CSN DOS

Notice of Privacy Practices (NPP) Acknowledgment: **إشعار بإستلام الممارسات الخصوصية:**

أقر بأنه قد تم تقديم أو تلقي "إشعار طب ميتشيجان لممارسات الخصوصية" لي:

I hereby acknowledge I have been offered or received the Michigan Medicine Notice of Privacy Practices:

General Consent to Receive Health Care Services **الموافقةالمسبقةالعامّة لتلقي خدمات الرعاية الصحيّة**

أرغب بالحصول على خدمات الرعاية الصحيّة من «طب ميتشيجان» بما في ذلك الرعاية الطبية وخدمات طب الأسنان والطب النفسي والتمريض و/أو غيرها من أشكال الرعاية الصحية الأخرى. وقد تتضمن هذه الخدمات ما يلي:

I want to receive health care services from Michigan Medicine including medical, dental, psychological, nursing and/or other health care. Services may include:

- خدمات التطبيب عن بعد Telemedicine services
- التحصينات Immunizations
- أشكال العلاج الأخرى الضرورية لرعايتي. Other treatment necessary for my care
- العمليات والإجراءات Surgeries and procedures
- الاختبارات Tests
- الأدوية Medications

أوافق على قيام طب ميتشيجان بمشاركة معلوماتي حسب الحاجة للرعاية أو الفواتير وعلى قيام الأقسام المختلفة بإمكانهاالاتصال بي. لتسهيل الرعاية المقدمة لي واحتياجاتي الطبية قد تحتاج أقسام طب ميتشيجان تقديم معلومات ضرورية عني لمقدمي الرعاية الصحية الآخرين. لدي الحق بمناقشة رعايتي الصحية مع مقدمي الرعاية الصحية لي في أي وقت. لدي الحق بالموافقة على أو رفض أية رعاية مقدمة. أفهم أن مقدم الرعاية الصحية سيقوم عموماً بالحصول على موافقتي بعد مناقشة الرعاية الخاصة وعلاجات وإجراءات معينة معي. وسيقوم مقدم الرعاية في هذه النقاشات باستعراض المخاطر المعروفة والفوائد المتوقعة والبدائل للعلاجات. وقد أحتاج لإعطاء موافقات إضافية لإجراءات اجتياحية جراحية وعلاجات خاصة مثل عند تلقي منتجات الدم. أنا أفهم أن ممارسة الطب لا ضمانات فيها. أنه من غير الممكن أحياناً تجنب بعض المخاطر كما وقد تختلف النتائج السريرية من مريض لآخر.

I agree that Michigan Medicine can share my information as needed for care or billing and that various departments may contact me. To facilitate my care and medical needs, Michigan Medicine departments may need to provide necessary information about me to other outside healthcare providers. I have a right to discuss my health care with my health care providers at any time. I have the right to agree to or refuse any care. I understand that my health care providers generally will obtain my consent after discussing specific care, therapies and procedures with me. My health care providers will review known risks, expected benefits and alternatives to therapies in those discussions. I may need to give additional consents for invasive procedures and special treatments such as when I receive blood products. I understand that the practice of medicine is uncertain. It is impossible to avoid certain risks and clinical outcomes may be different for each patient.

Assignment of Medical Benefits **تعيين المنافع الطبية**

أوافق على أن أكون مسؤولاً عن دفع الدفعات المشتركة Co-payments والخصومات deductibles أو أية تكاليف لقاء الخدمات الطبية التي لا يغطيها أو يدفعها التأمين أو أي جهات طرف ثالث دافعة. وهذا صحيح ما عدا في الحالات التي لا يسمح بها قانون ميتشيجان أو القانون الفيدرالي أو الاتفاقية ما بين شركة تأميني وطب ميتشيجان.

أنا أمنح طب ميتشيجان جميع الحقوق والمنافع بغية المساعدة في أجراء دفع تكاليف خدمات الرعاية الصحية التي تلقيتها بطب ميتشيجان. كما أوافق على مساعدة طب ميتشيجان في متابعة هذه المطالبات.

I agree that I will be responsible for my co-payments, deductibles or other charges for medical services not covered or paid by insurance or other third party payers. This is true except in cases where Michigan or federal law, or an agreement between my insurance company and Michigan Medicine does not allow it. I assign all rights and benefits to Michigan Medicine in order to help the process of paying Michigan Medicine for health care services I received. I agree to help Michigan Medicine follow up on these claims.

Important Patient Information **معلومات مهمة للمرضى**

1. **طب ميتشيجان يعتبر مركز تعليم وأبحاث.** وقد أتلقى خدمات من قبل الطاقم و / أو المتدربين الذين يختارهم ويشرف عليهم طاقم التعليم. وقد يقوم المتدربون والمدرسون بقراءة واستخدام سجلات الرعاية الصحية الخاصة بي لغايات التدريس والبحث. أوافق على التبرع بأية أنسجة زائدة و عينات وأجزاء من أعضاء يتم إزالتها من جسمي أثناء الفحوصات أو الإجراءات الطبية والتي لا تعتبر ضرورية لغرض التشخيص أوالعلاج. كما أوفوض طب ميتشيجان بامتلاك واستخدام والإبقاء على وحفظ وتوظيف وتحليل أو التخلص من هذه الأنسجة الزائدة. ويمكن لطب ميتشيجان استخدام أو إعادة نقل هذه الأشياء لأية هيئة لأية غايات مشروعة، بما في ذلك التعليم والبحث. وعلاوة على ذلك، أنا أفهم أنه من الممكن أن العلاج أو الاختبار الذي تلقيت قد يكون قد تم تطويره من قبل طبيبي وأن هو \ هي قد يستفيد ماليا من مدفوعات الملوك الناتجة عن استخدام مثل هذا الاختبار أو العلاج الذي سبق فحصه بشكل صحيح من خلال القنوات التنظيمية وفقا لقانون الولاية والقانون الاتحادي. أنا أفهم بأنني قادر علي أن أسأل طبيبي إذا كان سيتم استخدام اختراع له \ لها في رعايتي.

Michigan Medicine is a Teaching and Research Center. I may receive services from staff and/or trainees chosen and overseen by the teaching staff. Trainees and teachers may read and use my health care records for teaching and research. I agree to donate any excess tissues, specimens or parts of organs that are removed from my body during testing or medical procedures and are not necessary for my diagnosis or treatment. I authorize Michigan Medicine to own, use, retain, preserve, manipulate, analyze or dispose of this excess tissue. Michigan Medicine may use or retransfer these items to any entity for any lawful purpose, including education and research. Furthermore, I understand that it is possible that a treatment or test that I receive may have been developed by my physician and that he/she may financially benefit from royalty payments accruing from the use of such a test or treatment which has previously been properly vetted through regulatory channels in accordance with state and federal law. I understand that I am able to ask my doctor if an invention of his/hers will be used in my care.

2. **فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) هو الفيروس الذي يسبب مرض الإيدز (متلازمة نقص المناعة المكتسبة). بموجب قانون ميتشيجان يمكن إجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشرية للمريض إذا تعرض أي عامل في الرعاية الصحية أو أي من مسعفي الطوارئ لدم ذلك المريض أو أية سوائل أخرى من جسم المريض.**

Human Immunodeficiency Virus (HIV) is the virus that causes AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome). Under Michigan law, an HIV test may be done on a patient if any health care worker or emergency responder comes in contact with that patient's blood or other body fluids.

وقد يحدث هذا إلتماس مع الدم أو السوائل تحت الجلد وعن طريق الجروح المفتوحة أو من خلال الأغشية المخاطية والتي هي عبارة عن أنسجة تبطن العديد من الفتحات في الجسم. أدرك أنه إذا حدث هذا النوع من إلتماس فإنه قد يتم فحص دمي من دون الحصول على موافقتي. وإذا تم إجراء الفحص، أعرف بأني سوف أستلم نتائج الفحوصات والاستشارة حسب الحاجة

Contact may occur under the skin, in an open wound or through the mucous membranes, which are the tissues that line various openings in the body. If this type of contact occurs, I know that my blood can be tested without my consent. If a test is done, I know that I will receive the test results and counseling as needed.

3. **طرق التواصل** يستخدم طب ميتشيجان طرقاً عديدة للتواصل معي. ويعتمد طرق التواصل على سبب أو أسباب التواصل. من خلال تزويد طب ميتشيجان بمعلومات التواصل معي، أوافق على استلام المراسلات بأساليب مختلفة، على سبيل المثال: المكالمات المسجلة، الرسائل النصيّة، موقع بوابة المرضى patient portal، البريد الالكتروني، الخ. كما أوافق كذلك على أنه يمكن لطب ميتشيجان بعث رسائل نصيّة لي أكثر من (3) مرات في الأسبوع. أنا أفهم أنه يمكنني اختيار عدم الاشتراك في بعض أو جميع هذه الأساليب لكن ينبغي علي إبلاغ الطاقم برغباتي هذه. يمكن لطب ميتشيجان تسجيل المكالمات الواردة لي والصادرة مني لغايات ضمان الجودة والتدريب.

Communication Methods. Michigan Medicine uses many ways to communicate with me. The method used will depend on the reason or reasons for the communication. By providing Michigan Medicine with my contact information I agree to receive communications in different methods, for example: automated calls, text messaging, patient portal, emails, etc. I further agree that Michigan Medicine can send me text messages more than three (3) times a week. I understand that I can choose not to participate in some or all of these methods, but I must communicate my wishes to staff. Michigan Medicine may record incoming and outgoing phone calls with me for quality assurance and training purposes.

4. **خدمات التطبيب عن بعد** أنا أفهم أنه يمكنني تلقي الرعاية عن طريق خدمات التطبيب عن بعد. تتضمن القيود لزيارة التطبيب عن بعد إمكانيه عدم التمكن من التعرف على الأوضاع الصحية التي يمكن اكتشافها خلال الفحص الطبي الكامل. كما يمكن أن يكون هناك صعوبات ومعوقات فنية مثل فقدان الاتصال أو انقطاعه.

Telemedicine Services. I understand that I may receive care through telemedicine services. The limitations of a telemedicine visit include the possibility of not being able to pick up conditions found during a complete physical exam. There may also be technical difficulties like a lost connection or interruption.

5. **السلامة والأمن.** من أجل سلامة المريض والطاقم والزائرين تحتفظ طب ميتشيجان بحق فحص وحظر استخدام الأجهزة والمعدات الشخصية بما في ذلك، مع عدم الاقتصار على الهواتف المحمولة (بما في ذلك تطبيقات الكاميرا والفيديو). التدخين واستخدام منتجات التبغ ومنتجات المارجوانا غير المصادق عليها من قبل إدارة الأغذية والعقاقير غير مسموح بها في مرافق طب ميتشيجان. ويشمل هذا المارجوانا وجميع أشكال منتجات المارجوانا الطبية غير الموافق عليها من قبل إدارة الأغذية والعقاقير. كما وبشمل أيضاً سجائر التبغ ومضغ التبغ والسجائر الإلكترونية. وتتضمن المرافق المباني والأراضي ومواقف السيارات وداخل المركبات الشخصية على ممتلكات طب ميتشيجان. لا تتحمل طب ميتشيجان مسؤولية فقدان أو سرقة الممتلكات الشخصية إذا لم يتم وضعها في خزنة مقدمة من قبل طب ميتشيجان أو في منطقة آمنة في طب ميتشجان .

Safety and Security. In the interest of patient, staff and visitor safety, Michigan Medicine reserves the right to inspect or prohibit the use of personally owned devices and equipment including, but not limited to cell phones (including camera and video functions). Smoking and the use of tobacco products and non FDA-approved marijuana products is not allowed in Michigan Medicine facilities. This includes marijuana, non FDA-approved medical marijuana products in all forms, tobacco cigarettes, chewing tobacco and e-cigarettes. Facilities include buildings, grounds, parking lots and inside personal vehicles on Michigan Medicine property. Michigan Medicine is not responsible for loss or theft of any personal property if not placed in a Michigan Medicine-provided safe or secure area.

6. **التصوير والتسجيل من قبل المرضى/العائلات أو المرتب من قبل المرضى/العائلات** لا يضمن طب ميتشيجان الحق للمرضى وعائلاتهم و أصدقائهم القيام بالتصوير أو التسجيل في منشآت طب ميتشيجان. مع ذلك يمكن السماح لهم بالتصوير أو التسجيل باستخدام أجهزتهم الخاصة وفق الشروط والإرشادات التالية: 1. يجب أن **يتوقف التصوير أو التسجيل فوراً** بناء على طلب موظفي طب ميتشيجان أو في أي وقت يؤثر فيه ذلك على الرعاية السريرية أو الخدمة المقدمة للمرضى أو على خصوصيتهم وسلامتهم وسير العمليات.2. يمكن للعائلات والزائرين تصوير أو تسجيل المريض فقط 3. لا يسمح للمرضى والزائرين شمل مرضى آخرين أو موظفي أو هيئة طب ميتشيجان من دون موافقتهم الشفوية 4. لا يمكن إدخال الصور والتسجيلات التي تقوم بها العائلة والزائرين في السجلات الطبية.

Photographing or Recording Done by or Arranged by Patients/Families. Patients, their families, and their friends are not guaranteed a right to photograph or record on Michigan Medicine premises. However, photographing or recording may be permitted using their own devices subject to the following guidelines: 1. Photographing or recording must stop right away if directed to do so by Michigan Medicine staff or at any time if it interferes with clinical care or service to patients, patient privacy, security or operations; 2. Families or visitors of a patient may only photograph or record the patient; 3. Patients and visitors may not include other patients or Michigan Medicine faculty or staff without their verbal permission; 4. Photographs and recordings taken by the family or visitors may not be entered into the medical record.

7. **التوجيهات المسبقة.** أنا أفهم أنه يمكنني وضع وثيقة التوجيهات المسبقة لتحديد شخص أقوم باختياره أنا لاتخاذ القرارات نيابة عني في حال عدم تمكني من اتخاذ القرارات أو إيصال رغباتي فيما يتعلق برعايتي

Advance Directives. I understand I can create an advance directive to identify a person I choose to make decisions for me if I am unable to make decisions or communicate my wishes about my care known.

يمثل توقيعي الاتي (علم علي كل ماينطبق):

- ☐ الإقراربإشعار إخطار الممارسات الخصوصية
- ☐ إتفاق الموافقة العامة لتلقي خدمات الرعاية الصحية
- ☐ إحالة اتفاق المنافع الطبية

My signature represents the following (check all that apply):

- ☐ **Acknowledgement of NPP Notification**
- ☐ **General Consent to Receive Healthcare Services**
- ☐ **Assignment of Medical Benefits Agreement**

أقر بأني قد قرأت وفهمت المعلومات المذكورة في هذا النموذج قبل توقيعه.

I have read and understand the information on this form before I signed it.

_____/_____/_____ _____

توقيع المريض أو الممثل الذي ينوب عنه قانونياً (إذا كان المريض غير قادر على التوقيع) التاريخ (الشهر/اليوم/السنة)

Signature of Patient or Legally Authorized Representative (If patient is unable to sign) Date (mm/dd/yyyy)

_____ الوقت:_____صباحاً / مساءً

كتابة اسم الممثل الذي ينوب عن المريض قانونياً (إذا كان المريض غير قادر على التوقيع)

Printed Name of Legally Authorized Representative (If patient is unable to sign) Time: _____ A.M / P.M

صلة القرابة: ☐ زوج/ زوجة ☐ قريب ☐ وصي قانوني ☐ الوكيل القانوني الدائم للرعاية الصحية

Relationship: Spouse Next-of-Kin Legal Guardian DPOA for HealthCare

MICHIGAN MEDICINE Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) **استبيان التاريخ الصحي - التحالف الإقليمي للمدارس الصحية(RAHS) - عامًا فيما فوق18عمر** **Health History Questionnaire - Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) – 18 Years of Age and Older (Arabic)**	MRN: NAME: BIRTHDATE: CSN: FOR OFFICE USE ONLY

للتسجيل في خدمة التحالف الإقليمي للمدارس الصحية، يرجى إكمال نموذج استبيان التاريخ الصحي هذا.
To register for the Regional Alliance for Healthy Schools Service please fill out this Health History Questionnaire form.

تاريخ اليوم: _____/_____/_____ (اليوم/الشهر/السنة) المدرسة: _____ الصف: _____
Today's Date: _____/_____/_____ (mm/dd/yyyy) School: _____ Grade: _____

اسم الطالب: _____ الاسم الأول _____ اسم العائلة
Student's Name: _____ Last _____ First

تاريخ الميلاد: ____ / ____ / _____ (اليوم/الشهر/السنة) اللغة الأساسية التي يتم التحدث بها في المنزل: _____ هل تحتاج إلى مترجم فوري؟ ❑نعم ❑لا
Date of Birth: ____/____/_____ (mm/dd/yyyy) Primary Language spoken in home _____ Needs Interpreter? ❑Yes ❑No

الجنس المعين عند الولادة: ❑ذكر ❑أنثى ما هو الاسم الذي تحب استخدامه؟ _____
Sex Assigned at Birth: ❑Male ❑Female What name do you like to use? _____

الهوية الجنسية: _____ الضمائر المفضلة: هي/لها/خاصتها هو/له/خاصته هم/لهم/خاصتهم
Gender Identity: _____ Preferred Pronouns: she/her/hers he/him/his they/them/theirs

بريدك الإلكتروني: _____ رقم هاتفك الخلوي: _____
Your email: _____ Your cell number: _____

العنوان: _____ رقم الشقة: _____
Address: _____ Apt#: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____

يعد تقديم المعلومات التالية حول المجموعة العرقية أمرًا طوعيًا تمامًا من جانبك وليس مطلوبًا للتسجيل.

Providing the following information about ethnic group is strictly voluntary on your part and is not required to register.

المجموعة العرقية: ❑أمريكي هندي ❑أمريكي إفريقي ❑من أصل إسباني ❑قوقازي ❑آسيوي ❑شرق أوسطي
❑متعدد الأعراق (يرجى التحديد): _____
❑ Ethnic Group: ❑American Indian ❑African American ❑Hispanic ❑Caucasian ❑Asian ❑Middle Eastern
❑Multi-racial (please specify): _____

❑أخرى (يُرجى التحديد): _____
❑Other (please specify): _____

بيانات الاتصال في حالة الطوارئ
Emergency Contact Information

اسم جهة الاتصال: _____
Contact Name: _____

هاتف المنزل: _____ هاتف خلوي: _____ هاتف العمل: _____
Home Phone: _____ Cell Phone: _____ Work Phone: _____

صلة القرابة بالطالب: _____ البريد الإلكتروني: _____
Relationship to student: _____ Email: _____

أفضل طريقة للوصول إليك خلال اليوم الدراسي؟ ❑الهاتف المنزلي ❑الهاتف الخلوي ❑هاتف العمل ❑البريد الإلكتروني ❑أخرى (حدد): _____
Best way to reach the contact during the school day? ❑Home ❑Cell ❑Work ❑Email ❑Other (specify): _____

MICHIGAN MEDICINE

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)

استبيان التاريخ الصحي - التحالف الإقليمي للمدارس الصحية (RAHS) - عمر 18 عامًا فيما فوق

Health History Questionnaire - Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) – 18 Years of Age and Older(Arabic)

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

FOR OFFICE USE ONLY

اسم جهة الاتصال الإضافية:
Additional contact name:
الاسم: _____ العلاقة بالطالب: _____ رقم الهاتف: _____
Name:_____ Relationship to student: _____ Phone Number: _____

هل لديك تأمين صحي؟ ❑لا ❑نعم
Do you have health insurance? ❑No ❑Yes

اسم التأمين (حدد): _____
Insurance Name (specify): _____

اسم المشترك: _____ تاريخ ميلاد المشترك: _____/_____/_____ (اليوم/الشهر/السنة)

Subscribers Name: _____ Subscriber's date of birth (DOB): _____/_____/_____ (mm/dd/yyyy)

رقم البوليصة: _____ رقم المجموعة _____
Policy #: _____ Group # _____

هل لديك مقدم رعاية أولية (PCP)؟ ❑نعم ❑لا اسم مقدم الرعاية الأولية: _____
Do you have a Primary Care Provider (PCP)? ❑Yes ❑No Name of PCP: _____

تاريخ آخر فحص جسدي كامل: _____
Date of last complete physical exam: _____

هل لديك طبيب أسنان؟ ❑نعم ❑لا اسم طبيب الأسنان: _____
Do you have a Dentist? ❑Yes ❑No Name of Dentist: _____

تاريخ آخر زيارة طبية: _____ (اليوم/الشهر/السنة) هل كان هذا فحصًا روتينيًا؟ ❑نعم ❑لا
Date last seen: _____ (mm/dd/yyyy) Was this a routine check-up? ❑Yes ❑No

هل عائلتك لديها صيدلية مفضلة؟ الاسم: _____ الهاتف/الموقع: _____
Does your family have a preferred pharmacy? Name:_____ Phone/location:_____

من يعيش في المنزل؟
Who lives in your home?

الاسم: Name:	العلاقة: Relationship:

MICHIGAN MEDICINE Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) **استبيان التاريخ الصحي - التحالف الإقليمي للمدارس الصحية (RAHS) - عمر 18 عامًا فيما فوق** **Health History Questionnaire - Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) – 18 Years of Age and Older(Arabic)**	MRN: NAME: BIRTHDATE: CSN: FOR OFFICE USE ONLY

الأدوية: ❑لا آخذ أي أدوية

Medications: ❑I do not take any medications

اسم الدواء: Name of medicine:	الجرعة: Dose:	سبب تناوله: Reason for taking:	ما هي المدة؟ How long?	الوصفة من قبل: Prescribed by:

أنواع الحساسية: هل تعاني من أي حساسية تجاه الأدوية أو الطعام أو لسعات الحشرات أو اللدغات أو الحساسية الموسمية؟ ❑لا ❑نعم (يرجى وضع علامة والكتابة أدناه):

Allergies: Do you have any allergies to medicine, food, insect stings, bites or seasonal allergies? ❑No ❑Yes (please check and list below):

_____

_____

_____

المشكلات الطبية: يُرجى وضع علامة على كل ما ينطبق:

Medical Problems: Please check all that apply:

❑الربو ❑النوبات/الصرع ❑الاكتئاب ❑مرض داء السكري ❑(اضطراب نقص الانتباه/اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه)

❑مشكلات القلب ❑حمى القش/الحساسية ❑صعوبة التعلم ❑القلق

❑غير ذلك (يرجى التحديد): _____

❑Asthma ❑Seizures/Epilepsy ❑Depression ❑Diabetes ❑ADD/ADHD (Attention Deficit Disorder/ Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

❑Heart Problems ❑Hay Fever/Allergies ❑Learning Disability ❑Anxiety

❑Other (specify): _____

هل ترتدي أيًا مما يلي (ضع علامة على كل ما ينطبق)؟ ❑نظارة طبية ❑العدسات ❑ جهاز السمع

Do you wear any of the following (check all that apply)? ❑eyeglasses ❑contacts ❑hearing device

هل سبق لك دخول المستشفى لمدة ليلة، أو تعرضت لأي إصابات خطيرة بما في ذلك الإصابات المرتبطة بالرياضة، أو خضعت لأي نوع من الجراحة؟

❑لا ❑نعم: إذا كانت الإجابة نعم، فما هو العمر؟ _____ المشكلة/نوع الجراحة؟ _____

Have you ever been hospitalized overnight, had any serious injuries including sports-related injuries, or had any type of surgery?

❑No ❑Yes: If yes, what age? _____ Problem/Type of Surgery? _____

التاريخ العائلي:

Family History:

تنتقل بعض المشاكل الصحية من جيل إلى جيل. هل عانيت أنت أو أي من أقاربك (الوالدان، الأجداد، الإخوة أو الأخوات)، أحياء أو متوفين، من أي من المشاكل التالية؟

Some health problems are passed from one generation to the next. Have you or any blood relatives (parents, grandparents, brothers or sisters), living or deceased, had any of the following problems?

☐ تاريخ عائلي غير معروف.

☐ Unknown family history.

	نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure	العلاقة Relationship
الحساسية/الربو Allergies/asthma	❑	❑	❑	_____
السرطان (النوع: _____) Cancer (type: _____)	❑	❑	❑	_____
الاكتئاب Depression	❑	❑	❑	_____
داء السكري Diabetes	❑	❑	❑	_____
نوبة قلبية أو سكتة دماغية *قبل* سن الخمسين Heart attack or stroke *before* age 50	❑	❑	❑	_____
ضغط الدم المرتفع High blood pressure	❑	❑	❑	_____
ارتفاع الدهون High cholesterol	❑	❑	❑	_____
المرض العقلي/الاكتئاب Mental illness/Depression	❑	❑	❑	_____
الصداع النصفي Migraine headaches	❑	❑	❑	_____
التدخين Smoking	❑	❑	❑	_____

أخرى (يرجى التحديد): _____

Others (specify):

MICHIGAN MEDICINE Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) **استبيان التاريخ الصحي - التحالف الإقليمي للمدارس الصحية (RAHS) - عمر 18 عامًا فيما فوق** **Health History Questionnaire - Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) – 18 Years of Age and Older(Arabic)**	MRN: NAME: BIRTHDATE: CSN: FOR OFFICE USE ONLY

لا No	نعم Yes	
☐	☐	1. هل ترغب في تحديد موعد مع ممرضتنا الممارسة أو طبيبنا لمناقشة أي مخاوف صحية؟ ..... 1. Would you like to schedule an appointment with our Nurse Practitioner or Physician to discuss any health concerns? .....
☐	☐	2. هل لديك أسئلة أو مخاوف بشأن وزنك أو عادات الأكل؟ ..... يُرجى التوضيح: _____ 2. Do you have questions or concerns about your weight or eating habits? ..... Please explain: _____
		3. هل ترغب في الحصول على معلومات من موظفينا بخصوص:
☐	☐	• هل تبحث عن مقدم رعاية صحية (طبيب أو ممرضة ممارسة)؟ .....
☐	☐	• إيجاد طبيب أسنان؟ .....
☐	☐	• رعاية بصرية أو نظارات ميسورة التكلفة؟ ..... 3. Would you like information from our staff regarding: • Finding a health care provider (doctor or nurse practitioner)? ..... • Finding a dentist? ..... • Affordable vision care or glasses? . .....
☐	☐	4. هل ترغب في أن يتم الاتصال بك من قبل معالجنا لمناقشة حسن المعيشة العاطفية أو مخاوفك؟ ..... ☐ أتلقى بالفعل خدمات من أخصائي الصحة العقلية. 4. Would you like to be contacted by our therapist to discuss your emotional well-being or concerns? ..... ☐ I am already receiving services from a mental health professional.
☐	☐	5. هل أنت قلق بشأن دخل أسرتك الذي يلبي احتياجاتك الأساسية؟ .....
☐	☐	• هل تحتاج إلى طعام إضافي؟ .....
☐	☐	• هل تحتاج إلى ملابس إضافية؟ .....
☐	☐	• هل تحتاج إلى مساعدة في دفع فواتير التدفئة والماء؟ .....
☐	☐	• هل تحتاج إلى مساعدة في الانتقال إلى المواعيد الطبية أو المواعيد المدرسية؟ .....
☐	☐	• هل أنت قلق بشأن الإسكان؟ ..... 5. Are you concerned about your family's income meeting your basic needs? ..... • Do you need additional food? ..... • Do you need additional clothing? ..... • Do you need help paying bills for heat and water? ..... • Do you need assistance with transportation to medical or school appointments? ..... • Are you concerned about housing? .....
		6. هل ترغب في الحصول على معلومات بخصوص:
☐	☐	• التأمين الصحي؟ ..... 6. Would you like information regarding: • Health Insurance? .....

إذا أجبت بنعم عن أي من الأسئلة الواردة في 1-6 أعلاه، فسيتصل بك أحد أعضاء فريق العمل لدينا.

If you answered Yes to any of questions in 1-6 above, a member of our staff will contact you.

شكرًا لك.

Thank You.

_____/_____/_____
التاريخ (اليوم/الشهر/السنة)
Date (mm/dd/yyyy)

_____
الاسم بأحرف واضحة للشخص الذي أكمل هذا النموذج
Printed name of person who completed this form

للاستخدام المكتبي فقط:

OFFICE USE ONLY:

- ❑ **Pathways to Success Academic Campus**
- ❑ **Lincoln Middle School**
- ❑ **Lincoln High School**
- ❑ **Richfield Public School Academy**
- ❑ **Carman-Ainsworth High School**
- ❑ **Pioneer High School**
- ❑ **Armstrong Middle School**
- ❑ **International Academy of Flint**
- ❑ **Scarlett Middle School**
- ❑ **Ypsilanti Community Middle School**
- ❑ **Ypsilanti Community High School**
- ❑ **Beecher High School**
- ❑ **Kearsley High School**
- ❑ **Bishop Elementary School**
- ❑ **غير ذلك (يرجى التحديد):** _____

Other (specify):