

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 وواشنطن وجاكسون. 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 للطلاب

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 للطلاب 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 أسأل 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.

شكراً لك،

Thank you,

الفريق السريري للتحالف الإقليمي للمدارس الصحية

Regional Alliance for Healthy Schools Clinical Team

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

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

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

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
- 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).
- 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.

- مجموعة التثقيف الصحي أو الأنشطة مثل Walking Club و Nutrition Education و Anger Management و Asthma Program و Peer Mentoring و Mood and Movement و Youth Advisory Council و 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 طرقاً جديدة لتحديد الأمراض والوقاية منها وعلاجها. تلتزم Michigan Medicine بتطوير الأبحاث حتى تتمكن 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.

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.

لانسحاب 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.

الموافقة المسبقة العامة لتلقي خدمات الرعاية الصحية و معلومات مهمة للمرضى - الأطفال
General Consent for Healthcare Services and
Important Patient Information – CHILD (Arabic)

Notice of Privacy Practices Acknowledgment (NPP):

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

الموافقة المسبقة العامة لتلقي خدمات الرعاية الصحية

أنا بصفتي أحد الوالدين/الوصي، أرغب بحصول طفلي على خدمات الرعاية الصحية 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, as the parent/guardian, want my child to receive health care services from Michigan Medicine including medical, dental, psychological, nursing and/or other health care. Services may include

- Surgeries and procedures العمليات والإجراءات
- Telemedicine services خدمات التطبيب عن بعد
- Tests الاختبارات
- Immunizations التحصينات
- Medications الأدوية
- أشكال العلاج الأخرى الضرورية لرعاية طفلي.

Other treatment necessary for my child's care.

أوافق على قيام طب ميتشيجان بمشاركة معلومات طفلي حسب الحاجة للرعاية أو الفواتير وعلى قيام الأقسام المختلفة بالاتصال بي لتسهيل الرعاية المقدمة لي واحتياجاتي الطبية قد تحتاج أقسام طب ميتشيجان تقديم معلومات ضرورية عن طفلي لمقدمي الرعاية الصحية الآخرين. لدي الحق بمناقشة رعاية طفلي الصحية مع مقدمي الرعاية الصحية له/لها في أي وقت. لدي الحق بالموافقة على أو رفض أية رعاية مقدمة. أفهم أن مقدم الرعاية الصحية لطفلي سيقوم عموماً بالحصول على موافقتي المسبقة بعد مناقشة أشكال رعاية وعلاجات وإجراءات معينة معي. وسيقوم مقدم الرعاية لطفلي في هذه النقاشات باستعراض المخاطر المعروفة والفوائد المتوقعة والبدائل للعلاجات. وقد أحتاج لإعطاء موافقات إضافية لإجراءات طبية تتضمن جراحة وعلاجات خاصة مثل عند تلقي طفلي 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 child's information as needed for care or billing and that various departments may contact me. To facilitate my child's care and medical needs, Michigan Medicine departments may need to provide necessary information about my child to other outside healthcare providers. I have a right to discuss my child's health care with my child's health care providers at any time. I have the right to agree to or refuse any care. I understand that my child's health care providers generally will obtain my consent after discussing specific care, therapies and procedures with me. My child's 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 my child receives 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 الخاصة بطفلي والخصومات deductibles أو أية تكاليف لقاء الخدمات الطبية التي لا يغطيها أو يدفعها التأمين أو أي من جهات الطرف الثالث. وهذا صحيح ما عدا في الحالات التي لا يسمح بها قانون ميتشيجان أو القانون الفيدرالي أو الاتفاقية ما بين شركة تأميني وطب ميتشيجان. وأنا أمتنح طب ميتشيجان جميع الحقوق والمنافع بغية المساعدة في دفع تكاليف خدمات الرعاية الصحية التي تلقاها طفلي لطب ميتشيجان. كما أوافق على مساعدة طب ميتشيجان في متابعة هذه المطالبات.

I agree that I will be responsible for my child's 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 child's insurance company and Michigan Medicine does not allow it. I assign all rights and benefits to

الموافقة المسبقة العامة لتلقي خدمات الرعاية الصحية و معلومات مهمة للمرضى - الأطفال
General Consent for Healthcare Services and
Important Patient Information – CHILD (Arabic)

Michigan Medicine in order to help the process of paying Michigan Medicine for health care services my child received. I agree to help Michigan Medicine follow up on these claims.

Important Patient Information

معلومات مهمة للمرضى

1. طب ميتشيجان يعتبر مركز تعليمي وأبحاث. وقد يتلقى طفلي خدمات من قبل الطاقم و / أو المتدربين الذين يختارهم ويشرف عليهم طاقم التعليم. وقد يقوم المتدربون والمدرسون بقراءة واستخدام سجلات الرعاية الصحية الخاصة بطفلي لغايات التدريس والبحث. أوافق على التبرع بأية أنسجة زائدة و عينات وأجزاء أعضاء يتم إزالتها من جسم طفلي أثناء الفحوصات أو الإجراءات الطبية والتي لا تعتبر ضرورية لغرض التشخيص أو علاج طفلي. كما أوافق 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 تلقي طفلي قد يكون قد تم تطويره من قبل طبيب طفلي 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 رعاية طفلي.

Michigan Medicine is a Teaching and Research Center. My child may receive services from staff and/or trainees chosen and overseen by the teaching staff. Trainees and teachers may read and use my child's health care records for teaching and research. I agree to donate any excess tissues, specimens or parts of organs that are removed from my child's body during testing or medical procedures and are not necessary for my child's 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 my child received may have been developed by my child's 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 child's doctor if an invention of his/hers will be used in my child's care.

2. فيروس نقص المناعة البشرية «أتش أي في» (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.

Please proceed to page 4 for signature الرجاء المتابعة إلي صفحة 4 للتوقيع

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 الاتصال 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 التماس فإنه قد يتم فحص دم طفلي من دون الحصول على موافقتي. وإذا تم إجراء الفحص أعرف بأن طفلي سوف يستلم 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 child's blood can be tested without my consent. If a test is done, I know that my child will receive the test results and counseling as needed.

الموافقة المسبقة العامة لتلقي خدمات الرعاية الصحية و معلومات مهمة للمرضى - الأطفال
General Consent for Healthcare Services and
Important Patient Information – CHILD (Arabic)

2. **طرق التواصل** تستخدم طب ميتشيجان طرقاً عديدة للتواصل معي. ويعتمد أسلوب التواصل على سبب أو أسباب التواصل. من خلال تزويد طب ميتشيجان بمعلومات التواصل معي أو أوافق على استلام المراسلات بأساليب مختلفة على سبيل المثال: المكالمات المسجلة، الرسائل النصية، مواقع بوابة المرضى patient portal، البريد الإلكتروني، الخ. كما أوافق كذلك على أنه يمكن لطب ميتشيجان بعث رسائل نصية 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 لأغراض 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.
3. **خدمات التطبيب عن بعد** أفهم أنه يمكن لطفلي تلقي الرعاية عن طريق خدمات التطبيب عن بعد. تتضمن مقيدات زيارة 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 my child 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.
4. **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 الماريجوانا غير المصادق عليها من قبل إدارة الأغذية والعقاقير غير مسموح بها في مرافق طب ميتشيجان. ويشمل هذا الماريجوانا وجميع أشكال منتجات الماريجوانا 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 الأمانات المقدمة من قبل طب ميتشيجان أو في منطقة آمنة في طب ميتشيجان
- 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.
5. **التصوير أو التسجيل أو المرتب من قبل المرضى/العائلات** لا يضمن طب ميتشيجان الحق للمرضى وعائلاتهم أو 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.

Michigan Medicine

MRN:
NAME:
BIRTHDATE:
CSN
DOSالموافقة المسبقة العامة لتلقي خدمات الرعاية الصحية و معلومات مهمة للمرضى - الأطفال
General Consent for Healthcare Services and
Important Patient Information – CHILD (Arabic)

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.

يمثل توقيعك الاتي (علم علي كل ماينطبق):

- الإقرار بإشعار 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 بأنني قد قرأت وفهمت المعلومات المذكورة في هذا النموذج قبل توقيعك.

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

_____/_____/_____
 Date (mm/dd/yyyy) توقيع المريض أو الممثل الذي ينوب عنه قانونياً
 التاريخ (الشهر/اليوم/السنة) Signature of Patient or Legally Authorized Representative

الوقت: _____ صباحاً / مساءً

Printed Name of Legally Authorized Representative

كتابة اسم الممثل الذي ينوب عن المريض قانونياً

Time: _____ A.M / P.M

صلة القرابة: أحد الوالدين قريب وصي قانوني

Legal Guardian Next-of-Kin Parent Relationship:

MICHIGAN MEDICINE

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)

استبيان التاريخ الصحي - التحالف الإقليمي للمدارس الصحية (RAHS)
Health History Questionnaire - Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)(Arabic)

MRN: _____
NAME: _____ FOR OFFICE USE ONLY
BIRTHDATE: _____
CSN: _____

لتسجيل طفلك (أو المراهق) في خدمة التحالف الإقليمي للمدارس الصحية، يرجى إكمال نموذج استبيان التاريخ الصحي هذا.
To register your child (or adolescent) for the Regional Alliance for Healthy Schools Service please fill out this Health History Questionnaire form.

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

اسم الطفل: _____ اسم العائلة _____
Child's Name: _____ Last _____ First _____

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

الجنس المعين عند الولادة: ذكر أنثى ما هو الاسم الذي يحب طفلك استخدامه؟ _____
Sex Assigned at Birth: Male Female What name does your child 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

عنوان البريد الإلكتروني للمريض: _____ رقم هاتف المريض: _____
Patient's email: _____ Patient's cell number: _____

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

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

بعد تقديم المعلومات التالية حول المجموعة العرقية أمرا تطوعيا تماما من جانبك وليس مطلوبًا لتسجيل طفلك.
Providing the following information about ethnic group is strictly voluntary on your part and is not required to register your child.
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 (يرجى التحديد): _____
 Other (please specify): _____

اسم ولي الأمر/الوصي (إذا كان الطفل أقل من 18 عامًا): _____
Parent / Guardian Name (if child is under 18): _____

تاريخ ميلاد ولي الأمر / الوصي: _____
Parent / Guardian Date of Birth: _____

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

البريد الإلكتروني: _____
Email: _____

MICHIGAN MEDICINE Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) استبيان التاريخ الصحي - التحالف الإقليمي للمدارس الصحية (RAHS) Health History Questionnaire - Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)(Arabic)	MRN: NAME: FOR OFFICE USE ONLY BIRTHDATE: CSN:
---	---

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

اسم جهة اتصال الطوارئ (إذا لم يكن الوالد متاحًا): _____
 Emergency Contact Name (if parent not available): _____
 صلة القرابة بالطالب: _____ رقم الهاتف: _____
 Relationship to student: _____ Phone Number: _____

هل لديك تأمين صحي؟ لا نعم
 Do you have health insurance? No Yes
 اسم التأمين: _____

Insurance Name: _____
 اسم المشتركين: _____ تاريخ ميلاد المشترك: ____/____/____
 Subscribers Name: _____ Subscriber's date of birth (DOB): ____/____/____
 (اليوم/الشهر/السنة) (mm/dd/yyyy)
 رقم البوليصا: _____ رقم المجموعة _____
 Policy #: _____ Group # _____

هل لدى طفلك مقدم رعاية أولية (PCP)؟ نعم لا
 Does your child have a Primary Care Provider (PCP)? Yes No Name of PCP: _____
 تاريخ آخر فحص جسدي كامل: _____
 Date of last complete physical exam: _____
 هل لدى طفلك طبيب أسنان؟ نعم لا
 اسم طبيب الأسنان: _____
 Does your child have a Dentist? Yes No Name of Dentist: _____
 هل كان هذا فحصًا روتينيًا؟ نعم لا
 تاريخ آخر زيارة طبية: _____
 Date last seen: _____ 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 the home?
 الاسم: _____
 Name: _____
 العلاقة: _____
 Relationship: _____

MICHIGAN MEDICINE

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)

استبيان التاريخ الصحي - التحالف الإقليمي للمدارس الصحية (RAHS)

Health History Questionnaire - Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)(Arabic)

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

FOR OFFICE
USE ONLYالأدوية: طفلي لا يأخذ أي أدوية

Medications:

 My child does not take any medications

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

أنواع الحساسية: هل يعاني طفلك من أي حساسية تجاه الأدوية أو الطعام أو لسعات الحشرات أو اللدغات أو الحساسية الموسمية؟ لا نعم (يرجى الكتابة أدناه):

Allergies: Does your child have any allergies to medicine, food, insect stings, bites or seasonal allergies? No Yes
(please list below):

المشكلات الطبية: يرجى وضع علامة على كل ما ينطبق على طفلك.

Medical Problems: Please check all that apply for your child.

الربو الاكتئاب صعوبة التعلم مرض داء السكري مشكلات القلب
 القلق النوبات/الصرع اضطراب نقص الانتباه/اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه

 غير ذلك (يرجى التحديد):

Asthma Depression Learning Disability Diabetes Heart Problems
 Anxiety Seizures/Epilepsy ADD/ADHD (Attention Deficit Disorder / Attention Deficit Hyperactivity Disorder)
 Other (specify): _____

هل يرتدي طفلك أيًا مما يلي (ضع علامة على كل ما ينطبق)؟ نظارة طبية العدسات جهاز السمعDoes your child wear any of the following (check all that apply)? eyeglasses contacts hearing device

هل سبق لطفلك دخول المستشفى لمدة ليلة، أو تعرض لأي إصابات خطيرة بما في ذلك الإصابات المرتبطة بالرياضة، أو خضع لأي نوع من الجراحة؟

Has your child ever been hospitalized overnight, had any serious injuries including sports-related injuries, or had any type of surgery?

 لا نعم: إذا كانت الإجابة نعم، فما هو العمر؟ _____ المشكلة/نوع الجراحة؟ _____ No Yes: If yes, what age? _____ Problem/Type of Surgery? _____

MICHIGAN MEDICINE

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)

استبيان التاريخ الصحي - التحالف الإقليمي للمدارس الصحية (RAHS)
Health History Questionnaire - Regional Alliance for
Healthy Schools (RAHS)(Arabic)

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

FOR OFFICE
USE ONLY

التاريخ العائلي:

Family History:

تنتقل بعض المشاكل الصحية من جيل إلى جيل. هل عانيت أنت أو أي من أقاربك أو أحد أقاربك المراهقين (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 of your adolescent's blood relatives (parents, grandparents, brothers or sisters), living or deceased, had any of the following problems?

تاريخ عائلي غير معروف. متبنى

لقد تم تبني، لذلك لا أعرف تاريخ عائلتي.

Unknown family history.

Adopted

I was adopted so I do not know my family history.

العلاقة Relationship	غير متأكد Unsure	لا No	نعم Yes	
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الحساسية/الربو Allergies/asthma
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	السرطان (النوع: _____) Cancer (type: _____)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الاكتئاب Depression
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	داء السكري Diabetes
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نوبة قلبية أو سكتة دماغية قبل بلوغ الـ 50 Heart attack or stroke before age 50
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضغط الدم المرتفع High blood pressure
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ارتفاع الدهون High cholesterol
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المرض العقلي/الاكتئاب Mental illness/Depression
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الصداع النصفي Migraine headaches
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التدخين Smoking
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تعاطي المخدرات Substance Abuse

أخرى (يرجى التحديد):

Others (specify):

MICHIGAN MEDICINE

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)

استبيان التاريخ الصحي - التحالف الإقليمي للمدارس الصحية (RAHS)

Health History Questionnaire - Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)(Arabic)

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

FOR OFFICE
USE ONLY

لا
No

نعم
Yes

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. هل ترغب في تحديد موعد لطفلك مع ممرضتنا الممارسة أو طبيبنا لمناقشة أي مخاوف صحية؟ 1. Would you like to schedule an appointment for your child with our Nurse Practitioner or Physician to discuss any health concerns?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. هل لديك أسئلة أو مخاوف بشأن وزن طفلك أو عادات الأكل؟ يرجى التوضيح: 2. Do you have questions or concerns about your child's weight or eating habits? Please explain:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. هل ترغب في الحصول على معلومات من موظفينا بخصوص: • هل تبحث عن مقدم رعاية صحية (طبيب أو ممرضة ممارسة)؟ • إيجاد طبيب أسنان؟ • رعاية البصر أو النظارات بأسعار معقولة لطفلك؟ 3. Would you like information from our staff regarding: • Affordable vision care or glasses for your child? • Finding a health care provider (doctor or nurse practitioner)? • Finding a dentist?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. هل ترغب في أن يتم الاتصال بك من قبل معالجنا لمناقشة حسن معيشة طفلك العاطفية أو مخاوفه؟ □ يتلقى طفلي بالفعل خدمات من أخصائي الصحة العقلية. 4. Would you like to be contacted by our therapist to discuss your child's emotional well-being or concerns? □ My child is already receiving services from a mental health professional.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. هل أنت قلق بشأن تلبية دخلك للاحتياجات الأساسية لعائلتك؟ • هل تحتاج إلى طعام إضافي لعائلتك؟ • هل تحتاج إلى ملابس إضافية لعائلتك؟ • 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 إسكان أسرته؟ 5. Are you concerned about your income meeting the basic needs of your family • Do you need additional food for your family? • Do you need additional clothing for your family? • 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 for your family?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. هل تود الحصول على معلومات بخصوص: • التأمين الصحي؟ 6. Would you like information regarding: • Health Insurance?.....

MICHIGAN MEDICINE Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) استبيان التاريخ الصحي - التحالف الإقليمي للمدارس الصحية (RAHS) Health History Questionnaire - Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)(Arabic)	MRN: NAME: FOR OFFICE USE ONLY BIRTHDATE: CSN:
---	---

إذا أجبت بنعم عن أي من الأسئلة الواردة في 1-6 أعلاه، فسيصل 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.

شكراً 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
- أخرى (حدد):
- Other (specify) _____