

MICHIGAN MEDICINE

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)

نامه خوشامدگویی - مرکز سلامت مدرسه

Welcome Letter - School Based Health Center (Farsi)

این سند در پرونده پزشکی درج نمی‌شود

NOT A MEDICAL RECORD DOCUMENT

دانش‌آموز/پدر، مادر یا قیم محترم،

Dear Student/Parent or Guardian:

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) مجموعه‌ای از مراکز سلامت منحصربه‌فرد واقع در مدرسه است که خدمات خود را در بعضی از مدارس دولتی و اجتماعی شهرستان‌های Genesee، Jackson و Washtenaw ارائه می‌دهد. هدف مراکز سلامت RAHS واقع در مدرسه کمک به ارتقای سلامت و رفاه دانش‌آموزان و خانواده‌هاست. دانش‌آموزان سالم عملکرد بهتری در مدرسه دارند.

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.

مرکز سلامت RAHS واقع در مدرسه چیست؟

What is the RAHS School-Based Health Center?

- پزشکان، پرستاران متخصص و مددکاران اجتماعی در مراکز سلامت ما حضور دارند تا به نیازهای سلامت رفتاری و جسمی شما رسیدگی کنند.
- Our health centers are staffed by physicians, nurse practitioners, and social workers that are available for your physical and behavioral health needs.
- هدف این برنامه، ارائه مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی باکیفیت در محیطی صمیمی در زمانی است که برای بیماران و خانواده‌ها مناسب باشد. مرکز سلامت RAHS قرار نیست جایگزین منبع معمول مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی شما باشد.
- The purpose of this program is to provide quality healthcare in a friendly setting, at a time that is convenient to patients and families. The RAHS Health Center is NOT trying to replace your regular source of healthcare.
- مرکز سلامت RAHS پذیرای تمام کودکان و نوجوانان است.
- The RAHS Health Center is open and available to ALL youth.

برای ثبت‌نام باید چکار کنم؟

What can I do to register?

- لطفاً فرم‌های پیوست‌شده را تکمیل و آن‌ها را به دفتر مدرسه خود یا مرکز سلامت RAHS تحویل دهید. فرم‌های پیوست‌شده عبارت‌اند از:
- Please fill out the attached forms and return them to your school office or to the RAHS Health Center. The enclosed forms include:

- فرم‌های رضایت
- Consent Forms
- پرسش‌نامه مربوط به سابقه سلامت
- Health History Questionnaire
- همچنین به کپی کارت بیمه سلامت بیمار نیاز داریم
- We also need a copy of the patient's health insurance card We also need a copy of the patient's health insurance card

پس از ثبت‌نام چه می‌شود؟

What happens after I register?

- بیماران با تکمیل فرم‌های پیوست‌شده می‌توانند در طول روز تحصیلی برای رسیدگی به نگرانی‌های مربوط به سلامت خود به مرکز سلامت RAHS مراجعه کنند و برای انجام دادن غربالگری کوتاه با هدف دریافت اطلاعات اولیه سلامت، به این مرکز دعوت خواهند شد.
- By completing the enclosed forms, patients 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.**
- اگر بیمار در مدرسه ابتدایی مشغول به تحصیل باشد، اگر والد/قیم قادر نباشد همراه فرزندش در نوبت او حاضر شود، از ایشان می‌خواهیم به‌صورت تلفنی در طول این نوبت در دسترس باشد.
- If the patient is in elementary school, we ask that a parent/guardian be available by phone if they are unable to attend the appointment with their child.
- مرکز سلامت RAHS صورت‌حساب خدمات دریافت‌شده در مراکز ما را برای شرکت بیمه شما ارسال خواهد کرد.
- The RAHS Health Center will bill your insurance company for services received in our centers.

نحوه اشتراک‌گذاری اطلاعات سلامت خصوصی چگونه است؟

How is private health information shared?

MICHIGAN MEDICINE

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)

نامه خوشامدگویی - مرکز سلامت مدرسه

Welcome Letter - School Based Health Center (Farsi)

لطفاً از وبسایت رویه‌های حفظ حریم خصوصی Michigan Medicine در نشانی <https://www.uofmhealth.org/patients-visitors/patients/patient-privacy/notice-privacy-practices> بازدید کنید یا در مرکز سلامت RAHS درخواست کنید نسخه‌ای از خط‌مشی حفظ حریم خصوصی ما را در اختیارتان قرار دهند. نحوه اشتراک‌گذاری اطلاعات پزشکی در این اطلاعیه توصیف شده است. لطفاً آن را با دقت بخوانید. 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.

سپاسگزاریم،

Thank you,

تیم بالینی Regional Alliance for Healthy Schools

Regional Alliance for Healthy Schools Clinical Team

Lincoln Middle School

8744 Whittaker Rd. Rm. 812

Ypsilanti, MI 48197

تلفن: 734 714 9509

Scarlett Middle School

3300 Lorraine, Rm. 204

Ann Arbor, MI 48108

تلفن: 734 677 2708

Lincoln High School

7425 Willis Rd. Rm. 304

Ypsilanti, MI 48197

تلفن: 734 714 9600

Ypsilanti Community High School

2095 Packard Rd. Rm. 403

Ypsilanti, MI 48197

تلفن: 734 221 1007

Ypsilanti Community Middle School

235 Spencer Lane

Ypsilanti, MI 48198

تلفن: 734 221 2271

Richfield Public School Academy

3807 North Center Road

Flint, MI 48506

تلفن: 810-285-9815

Beecher High School

6255 Neff Road

Mt Morris, MI 48458

تلفن: 810-591-9333

Kearsley High School

4302 Underhill Drive

Flint, MI 48506

تلفن: 810-591-5330

Carman-Ainsworth High School

1300 N. Linden Road

Flint, MI 48532

تلفن: 810-591-5473

Pioneer High School

601 W. Stadium Blvd.

Ann Arbor, MI 48103

تلفن: 734-997-1862

Armstrong Middle School

6161 Hopkins Road

Flint, MI 48506

تلفن: 810-591-2776

Brick Elementary School

8970 Whittaker Road

Ypsilanti, MI 48197

تلفن: 734-714-9606

Springport Public Schools

300 W. Main Street

Springport, MI 49284

تلفن: 517-867-7846

International Academy of Flint

2820 S. Saginaw Street

Flint, MI 48503

تلفن: 810-600-5290

Belleville High School

501 W. Columbia Ave.

Belleville, MI 48111

تلفن: 734-697-1144

سوالات متداول درباره رضایت عمومی نسبت به درمان
Frequently Asked Questions About the General
Treatment Consent (Farsi)

Michigan Medicine در Regional Alliance for Healthy Schools چه خدماتی ارائه می‌دهد؟
What services does the Regional Alliance for Healthy Schools at Michigan Medicine provide?

- معاینات جسمی
Physical exams
- آموزش سلامت
Health education
- واکسیناسیون
Immunizations
- داروها
Medications
- روان‌درمانی فردی، گروهی و خانوادگی
Individual, group and family psychotherapy
- غربالگری و مدیریت سلامت رفتاری
Behavioral health screening and management
- آزمایش‌های تشخیصی طبی معمولی، آزمایش ادرار، آزمایش سریع استرپ، خون‌گیری وریدی
Basic lab tests e.g. urinalysis, rapid strep, venipuncture
- تشخیص و مدیریت بیماری‌ها/عارضه‌های حاد و مزمن
Diagnosis and management of acute and chronic illnesses/diseases
- خدمات سلامت باروری (نظیر آموزش جلوگیری از بارداری، آزمایش بارداری)
Reproductive health services (e.g. birth control education, pregnancy testing)
- خدمات اچ‌آی‌وی یا همان ویروس نقص ایمنی انسانی (Human Immunodeficiency Virus, HIV) مقاربتی (Sexually Transmitted Infections, STI) (نظیر غربالگری، آزمایش، مشاوره و غیره)
HIV / STI services (e.g. screening, testing, counseling, etc.)
- رضایت افراد زیر سن قانونی
Minor-consented services
- خدمات پزشکی از راه دور
Telemedicine services
- ارجاع برای منابعی نظیر غذا، پناهگاه، مشکلات مالی، حمل‌ونقل
Referral for resources such as food, shelter, financial issues, transportation
- ارجاع برای درمان سوء مصرف مواد (دانش‌آموزان راهنمایی و متوسطه)
Referral for substance abuse treatment (middle and high school student)
- آموزش سلامت با گروه‌های فعالیتی نظیر باشگاه پیاده‌روی، مدیریت خشم، برنامه مدیریت آسم، مربی‌گری هم‌تا، شورای مشورتی جوانان، گروه ضد قلدری یا سایر گروه‌ها که برحسب نیاز تعیین می‌شوند (بعضی از برنامه‌ها فقط در دسترس دانش‌آموزان راهنمایی و متوسطه قرار دارد)
- Health education or Activities Group such as Walking Club, Anger Management, Asthma Program, Peer Mentoring, Youth Advisory Council, Bully Busters, or other groups as determined by need (some programs available to middle and high school students only)

1. چرا Michigan Medicine از نمونه‌های من برای پژوهش استفاده می‌کند؟

Why might the Michigan Medicine use my specimens for research?

تحقیقات پزشکی به‌طور مستمر روش‌های جدیدی برای شناسایی، پیشگیری از بیماری‌ها و درمان آن‌ها کشف می‌کند. Michigan Medicine متعهد به پیش بردن پژوهش است تا بتوانیم مؤثرترین مراقبت پزشکی را به بیماران خود ارائه دهیم.

سوالات متداول درباره رضایت عمومی نسبت به درمان
**Frequently Asked Questions About the General
 Treatment Consent (Farsi)**

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

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.

2. می‌توانم رضایت خود را فقط نسبت به بخشی از این فرم ارائه دهم؟

Can I consent to only part of this form?

بله، بیماران از این حق برخوردارند بخش‌هایی از رضایت را که با آن موافق نیستند، خط بزنند.

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

3. می‌توانم پس از امضای این فرم، رضایت خود یا فرزندم را پس بگیرم؟

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

بله، امکان پس گرفتن رضایت خود برای دریافت خدمات وجود دارد؛ برای این اقدام می‌توانید در هر زمان با مرکز
 Regional Alliance for Healthy Schools Based Health مکاتبه کنید.

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

برای انصراف از تمام خدمات **Michigan Medicine**، لطفاً نامه‌ای امضا شده توسط والد یا قیم برای فرد صغیر یا
 بیمار برای بیماران 18 سال به بالا به این نشانی ارسال کنید:

**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
 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
 3621 S. State Street 700 KMS Place Bay 11 - Mid Service Ann Arbor MI 48108-1633
 داورنگار: 734-936-8571 یا با شماره 734-936-5490 تماس بگیرید.
 Fax: 734-936-8571 or call 734-936-5490.

MICHIGAN MEDICINE

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)

رضایت عمومی برای خدمات مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی و
اطلاعات مهم بیمار- کودک

General Consent for Healthcare Services and
Important Patient Information - CHILD (Farsi)

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

DOS:

Notice of Privacy Practices (NPP) Acknowledgment:

تأییدیه دریافت اطلاعاتیه رویه‌های حفظ حریم خصوصی (NPP):

بدین‌وسیله تأیید می‌کنم اطلاعاتیه رویه‌های حفظ حریم خصوصی Michigan Medicine به من ارائه شده است یا من آن را دریافت کرده‌ام.

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

General Consent to Receive Health Care Services

رضایت کلی برای دریافت خدمات مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی

اینجانب، به‌عنوان ولی/قیم، مايلم فرزندم خدمات مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی، از جمله خدمات پزشکی، دندان‌پزشکی، روان‌شناختی، پرستاری و/یا سایر مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی را از Michigan Medicine دریافت کند. این خدمات ممکن است شامل موارد زیر باشد:

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:

- | | |
|--|--|
| • غربالگری و مدیریت سلامت رفتاری | • معاینه بدنی، آموزش سلامت و واکسیناسیون |
| Behavioral health screening and management | Physical exams, health education and Immunization |
| • روان‌درمانی فردی، گروهی و خانوادگی | • آزمایش‌های تشخیص طبی معمولی، آزمایش ادرار، آزمایش سریع استرپ، خون‌گیری وریدی |
| Individual, group and family psychotherapy | Basic lab tests e.g. urinalysis, rapid strep, venipuncture |
| • دارو | • تشخیص و مدیریت بیماری‌ها/عارضه‌های حاد و مزمن |
| Medication | Diagnosis and management of acute chronic illnesses/diseases |
| • خدمات رضایت افراد زیر سن قانونی | • خدمات اچ‌آی‌وی یا همان ویروس نقص ایمنی انسانی (Human Immunodeficiency Virus) |
| Minor-consented services | / عفونت‌های مقاربتی (Sexually Transmitted Infections, STI) |
| • خدمات پزشکی از راه دور | (نظیر غربالگری، آزمایش، مشاوره و غیره) |
| Telemedicine services | HIV / STI services (e.g. screening, testing, counseling, etc) |
| • سایر اقدامات ضروری برای مراقبت من | • خدمات سلامت باروری (نظیر آموزش جلوگیری از بارداری، آزمایش بارداری) |
| Other treatment necessary for my care | Reproductive health services (e.g. birth control education, pregnancy testing) |

موافقت می‌کنم Michigan Medicine برحسب لزوم می‌تواند برای ارائه خدمات مراقبتی یا صدور صورت‌حساب، اطلاعات فرزندم را به اشتراک بگذارد و بخش‌های مختلف ممکن است با من تماس بگیرند. در راستای تسهیل مراقبت فرزندم و نیازهای پزشکی او، ممکن است لازم باشد بخش‌های Michigan Medicine اطلاعات ضروری مربوط به فرزندم را در اختیار ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی خارج از سازمان قرار دهند. بنده از حق صحبت درباره مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی فرزندم در هر زمان با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی او برخوردار هستم. این حق را دارم که با خدمات مراقبتی موافقت یا مخالفت کنم. متوجه هستم ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی فرزندم معمولاً پس از در میان گذاشتن خدمات مراقبتی، درمان‌ها و اقدامات پزشکی با من، رضایت من را کسب خواهند کرد. ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی فرزندم خطرهای شناخته‌شده، مزایای موردانتظار و روش‌های جایگزین درمان صحبت‌شده را بررسی خواهند کرد. لازم باشد رضایت‌های بیشتری برای رویه‌های تهاجمی و درمان‌های ویژه ارائه دهم، از جمله زمانی که فرزندم فرآورده‌های خونی دریافت می‌کند. پیشگیری از خطرهای خاصی در رویه‌های درمانی غیرممکن است. ممکن است نتایج این رویه‌ها در هر بیمار متفاوت باشد. امکان پس گرفتن رضایت خود برای دریافت خدمات وجود دارد؛ برای این اقدام می‌توانم در هر زمان با مرکز سلامت Healthy Schools مکاتبه کنم.

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. It is

MICHIGAN MEDICINE

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)

رضایت عمومی برای خدمات مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی و
اطلاعات مهم بیمار- کودک**General Consent for Healthcare Services and
Important Patient Information - CHILD (Farsi)**

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

DOS:

impossible to avoid certain risks in the practice of medicine. Outcomes may be different for each patient. I may withdraw consent for services by writing to the Regional Alliance for Healthy Schools health center at any time.

تخصیص مزایای پزشکی**Assignment of Medical Benefits**

موافقت می‌کنم در قبال پرداخت‌های مشترک، فرانشیزها یا سایر مطالبات خدمات پزشکی فرزندم که تحت پوشش بیمه یا سایر پرداخت‌کنندگان شخص ثالث نیست یا آن‌ها مبلغی بابت آن پرداخت نمی‌کنند، مسئول خواهم بود. این موضوع فقط زمانی مصداق ندارد که قانون Michigan یا فدرال یا توافق‌نامه‌ای بین شرکت بیمه فرزندم و Michigan Medicine، آن را مجاز نداند. به‌منظور کمک در روند پرداخت هزینه خدمات مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی که فرزندم از Michigan Medicine دریافت کرده است، تمام حقوق و مزایا را به Michigan Medicine محول می‌کنم. موافقت می‌کنم در پیگیری این مطالبات به Michigan Medicine کمک کنم.

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 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.

اطلاعات مهم بیمار**Important Patient Information**

1. بیمارستان یادشده مرکزی آموزشی و پژوهشی است. ممکن است فرزندم با انتخاب و نظارت کادر آموزشی، خدماتی از کادر درمان و/یا کارآموزها دریافت کند. کارآموزها و استادها برای اهداف آموزش و پژوهش ممکن است سوابق مراقبت‌های بهداشتی فرزندم را مطالعه و از آن استفاده کنند. اینجانب با اهدای بافت‌های اضافی، نمونه یا بخش‌هایی از اندامی که در طول آزمایش یا رویه‌های پزشکی از بدن فرزندم جدا می‌شود، در صورتی‌که برای تشخیص یا درمان بیماری فرزندم ضروری نباشد، موافقت می‌کنم. بنده حق مالکیت، بررسی، تحلیل، نگهداری، ذخیره یا دور انداختن این بافت اضافی را به بیمارستان محول می‌کنم. بیمارستان می‌تواند این موارد را برای هرگونه هدف قانونی، از جمله آموزش و تحقیق، استفاده کند یا در اختیار هر مرجعی قرار دهد. متوجه هستم ممکن است پزشک فرزندم درمان یا آزمایشی ابداع کرده باشد که برای فرزندم انجام می‌شود. استفاده از این درمان یا آزمایش تأیید شده است و تحت قوانین ایالتی و فدرال مجاز است. ممکن است پزشک فرزندم از این درمان یا آزمایش نفع مالی ببرد. متوجه هستم می‌توانم از پزشک فرزندم سؤال کنم آیا اختراع ایشان در فرایند مراقبت فرزندم به کار می‌رود یا خیر.

The Hospital 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 if they are not necessary for my child's diagnosis or treatment. I allow the Hospital to own, manipulate, analyze, keep, save or throw away this excess tissue. The Hospital may use or share these items with any entity for any legal purpose, including education and research. I understand that my child's doctor may have developed a treatment or test that my child is given. The treatment or test has been approved for use and it is allowed under state and federal law. My child's doctor may profit from the use of the test or treatment. 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. **ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV)** ویروسی است که سبب بیماری ایدز (سندرم نقص ایمنی اکتسابی) می‌شود. اگر مددکار مراقبت‌های بهداشتی یا امدادگر اورژانس با خون بیمار یا سایر مایعات بدن او تماس پیدا کند، براساس قانون Michigan ممکن است آزمایش ایدز از بیمار گرفته شود. تماس ممکن از زیر پوست، در زخم باز یا از طریق غشاهای مخاطی که بافت‌هایی با لایه‌ای از روزنه‌های مختلف در بدن است، رخ دهد. اگر این نوع تماس رخ دهد، می‌دانم که ممکن است بدون رضایت من، از خون فرزندم آزمایش گرفته شود. در صورت انجام این آزمایش، متوجه هستم فرزندم نتایج آزمایش و مشاوره لازم را دریافت خواهد کرد.

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. 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.

3. **روش‌های ارتباطی.** Michigan Medicine از روش‌های متعددی برای ارتباط با من/فرزندم استفاده می‌کند. روش مورد استفاده به دلیل یا دلایل این ارتباط بستگی خواهد داشت. با ارائه اطلاعات تماسم به Michigan Medicine، موافقت می‌کنم به روش‌های مختلفی، از جمله موارد زیر با من ارتباط برقرار شود: تماس‌های خودکار، پیام متنی، پورتال بیمار، ایمیل و غیره. علاوه بر این، موافقت می‌کنم Michigan Medicine می‌تواند بیش از سه (3) بار در هفته به من پیام متنی بدهد. متوجه هستم می‌توانم به انتخاب خودم در برخی از این روش‌ها یا تمام آن‌ها شرکت نداشته باشم، اما باید خواسته‌هایم را به کارکنان اطلاع دهم. ممکن است Michigan Medicine تماس‌های تلفنی دریافتی و ارسالی با من را به‌منظور اطمینان از کیفیت و اهداف آموزشی ضبط کند.

Communication Methods. Michigan Medicine uses many ways to communicate with me/my child. 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 پزشکی از راه دور.** درک می‌کنم ممکن است فرزندم خدمات مراقبتی را از طریق خدمات پزشکی از راه دور دریافت کند. از محدودیت‌های پزشکی از راه دور این است که شاید امکان تشخیص عارضه‌های قابل‌شناسایی در طول معاینه بدنی کامل وجود نداشته باشد. همچنین ممکن است مشکلات فنی نظیر قطع یا اختلال در اتصال وجود داشته باشد.

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.

5. **ایمنی و امنیت.** Michigan Medicine از این حق برخوردار است که به‌منظور ایمنی بیمار، کادر درمان و ملاقات‌کنندگان، استفاده از دستگاه‌ها یا تجهیزات شخصی، از جمله، اما نه فقط، تلفن‌های همراه (شامل عملکردهای دوربین و ویدئو) را بازرسی یا منع کند. سیگار کشیدن و استفاده از محصولات دخانی و محصولات ماریجوانای تأیید نشده توسط FDA در مراکز درمانی Michigan Medicine ممنوع است. این موارد شامل ماریجوانا، محصولات ماریجوانای پزشکی تأیید نشده توسط FDA در انواع مختلف، سیگارهای تنباکو، تنباکوی جویدنی و سیگارهای الکترونیکی است. ساختمان‌ها، محوطه‌ها، پارکینگ‌ها و داخل خودروهای شخصی در ملک Michigan Medicine جزئی از مراکز درمانی محسوب می‌شوند. اگر اموال شخصی در صندوق امانات یا محل امن فراهم‌شده توسط Michigan Medicine قرار داده نشود، Michigan Medicine در قبال گم شدن یا دزدیده شدن آن‌ها تعهدی ندارد.

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. **عکاسی یا ضبط محتوا یا هماهنگی برای انجام دادن آن توسط بیمار/خانواده‌ها.** حق عکاسی یا ضبط محتوا در محوطه Michigan Medicine برای بیماران، خانواده‌ها و دوستان آن‌ها حق تضمینی نیست. با این حال، عکس گرفتن یا ضبط کردن با استفاده از دستگاه‌های خودشان ممکن است مجاز شمرده شود، ولی منوط به رعایت رهنمودهای زیر است: 1. اگر عکس گرفتن یا ضبط محتوا با مراقبت یا خدمات بالینی به بیمار، حریم خصوصی بیمار، امنیت یا عمل‌ها تداخل داشته باشد و هرگاه کارکنان Michigan Medicine دستور دهند این کار متوقف شود، فوراً دست نگه دارید؛ 2. فقط خانواده یا ملاقات‌کنندگان بیمار می‌توانند از او عکس یا فیلم بگیرند؛ 3. بیماران و ملاقات‌کنندگان نمی‌توانند بدون اجازه کلامی از بیماران دیگر یا کادر آموزشی یا کارکنان Michigan Medicine، آن‌ها را در عکس یا فیلم قرار دهند؛ 4. عکس‌ها و محتوای ضبط‌شده‌ای را که خانواده یا ملاقات‌کنندگان گرفته‌اند، نمی‌توان وارد پرونده پزشکی کرد.

MICHIGAN MEDICINE

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)

رضایت عمومی برای خدمات مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی و
اطلاعات مهم بیمار- کودک

General Consent for Healthcare Services and
Important Patient Information - CHILD (Farsi)

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

DOS:

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.

امضای من تأییدکننده موارد زیر است (تمام موارد مربوطه را علامت بزنید):

- تأییدیه دریافت اطلاعیه NPP
- رضایت کلی برای دریافت خدمات مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی
- توافق‌نامه تخصیص مزایای پزشکی

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

- Acknowledgement of NPP Notification
- General Consent to Receive Healthcare Services
- Assignment of Medical Benefits agreement

قبل از امضای این فرم، اطلاعات آن را مطالعه و درک کرده‌ام.

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

_____/_____/_____
(mm/dd/yyyy) امضای بیمار یا نماینده قانونی مجاز تاریخ

Signature of Parent or Legally Authorized Representative Date (mm/dd/yyyy)

زمان: _____ ق.ظ/ب.ظ

Time: _____ A.M. / P.M.

Printed Name of Parent or Legally Authorized Representative

نام والد یا نماینده قانونی مجاز با حروف بزرگ و خوانا

Relationship: Parent Next-of-Kin Legal Guardian

نسبت والد خویشاوند درجه یک قیم قانونی

MICHIGAN MEDICINE

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)

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

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

برای ثبت نام فرزندتان (یا نوجوانتان) در Regional Alliance for Healthy Schools Service، لطفاً این فرم پرسش نامه تاریخچه سلامت را تکمیل کنید.
 To register your child (or adolescent) for the Regional Alliance for Healthy Schools Service please fill out this Health History Questionnaire form.

تاریخ امروز: _____ / _____ / _____ مدرسه: _____ پایه: _____
 (mm/dd/yyyy)

Today's Date: _____ / _____ / _____ School: _____ Grade: _____
 (mm/dd/yyyy)

نام کودک: _____ نام خانوادگی: _____ نام: _____

Child's Name: _____ Last _____ First _____

تاریخ تولد: _____ / _____ / _____ زبان اصلی که در خانه صحبت می شود: _____ نیاز به مترجم شفاهی وجود دارد؟ بله خیر
 (mm/dd/yyyy)

Date of Birth: _____ / _____ / _____ Primary Language spoken in home: _____ Needs Interpreter? Yes No
 (mm/dd/yyyy)

جنسیت در زمان تولد: مرد زن فرزندتان مایل است از چه نامی استفاده کند؟ _____

Sex Assigned at Birth: Male Female What name does your child like to use? _____

هویت جنسیتی: _____ ضمیرهای ترجیحی: خانم/آقا
 Gender Identity: _____ Preferred Pronouns: she/her/hers he/him/his they/them/theirs

ایمیل بیمار: _____ شماره تلفن همراه بیمار: _____

Patient's email: _____ Patient's cell number: _____

نشانی: _____ شماره آپارتمان: _____

Address: _____ Apt#: _____

شهر: _____ ایالت: _____ کدپستی: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

ارائه این اطلاعات درباره گروه قومی کاملاً اختیاری است و برای ثبت نام فرزندتان الزامی نیست.
Providing the following information about ethnic group is strictly voluntary on your part and is not required to register your child.
 گروه قومی: سرخ پوست آمریکایی سیاه پوست آمریکایی هیسپانیک قفقازی آسیایی خاورمیانه ای
 چندنژادی (لطفاً مشخص کنید): _____
 Ethnic Group: American Indian African American Hispanic Caucasian Asian Middle Eastern
 Multi-racial (please specify): _____
 سایر موارد (لطفاً مشخص کنید): _____
 Other (please specify): _____

نام پدر، مادر/قیم (اگر کودک زیر 18 سال است): _____
 Parent / Guardian Name (if child is under 18): _____

تاریخ تولد پدر، مادر یا قیم: _____
 Parent / Guardian Date of Birth: _____

شماره تلفن منزل: _____ شماره تلفن همراه: _____ تلفن محل کار: _____
 Home Phone: _____ Cell Phone: _____ Work Phone: _____

MICHIGAN MEDICINE

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)

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

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

ایمیل:
Email: _____

بهترین روش ارتباط در طول روز تحصیلی چیست؟ منزل تلفن همراه محل کار ایمیل سایر موارد (مشخص کنید):
Best way to reach you during the school day? Home Cell Work Email Other (specify): _____

نام مخاطب اضطراری (در صورت در دسترس نبودن والد):
Emergency Contact Name (if parent not available): _____
نسبت با دانش آموز: شماره تلفن:
Relationship to student: Phone Number: _____

دارای پوشش بیمه سلامت هستید؟ خیر بله

Do you have health insurance? No Yes

نام بیمه:
Insurance Name: _____

نام مشترک: تاریخ تولد (DOB) مشترک:
Subscribers Name: (mm/dd/yyyy)

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

شماره بیمه نامه: شماره گروه
Policy #: Group # _____

فرزندتان ارائه دهنده مراقبت های اولیه (PCP) دارد؟ بله خیر نام PCP:
Does your child have a Primary Care Provider (PCP)? Yes No Name of PCP: _____
تاریخ تکمیل آخرین معاینه بدنی:
Date of last complete physical exam: _____
فرزندتان دندان پزشک دارد؟ بله خیر نام دندان پزشک:
Does your child have a Dentist? Yes No Name of Dentist: _____
تاریخ آخرین مراجعه: معاینه کلی منظم بود؟ بله خیر
Date last seen: Was this a routine check-up? Yes No
خانوادهتان داروخانه ترجیحی دارد؟ نام: شماره تلفن/مکان:
Does your family have a preferred pharmacy? Name: phone/location: _____

چه کسی در خانه زندگی می کند؟

Who lives in the home?

Relationship: نسبت:

Name: نام:

Blank lines for listing family members and their relationships.

MRN:

FOR OFFICE
USE ONLY

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)
پرسشنامه تاریخچه سلامت - سلامت

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

	رابطه پدری یا مادری			مطمئن نیستم			بله	Relationship Maternal or Paternal	
	Yes	No	Unsure						
Allergies _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		آلرژی‌ها
Asthma _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		آسم
Cancer (type: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(_____)	سرطان (نوع: _____)
Anxiety _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		اضطراب
Bi-polar depression _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		افسردگی دو قطبی
Depression _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		افسردگی
Other mental illness _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		سایر بیماری‌های روان
Diabetes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		دیابت
Heart attack or stroke <i>before</i> age 50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		حمله قلبی یا سکته مغزی قبل از 50 سالگی
High blood pressure _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		فشار خون بالا
High cholesterol _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		کلسترول بالا
Migraine headaches _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		سردردهای میگرنی
Smoking _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		استعمال دخانیات
Substance Abuse _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		سوء مصرف مواد

سایر موارد (مشخص کنید):

Others (specify): _____

**Regional Alliance for Healthy - پرسشنامه تاریخچه سلامت
Schools (RAHS)**

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

بله خیر

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>1. مایلید برای صحبت درباره هر نگرانی مربوط به سلامت، نوبتی نزد پرستار متخصص یا پزشک برای فرزندتان بگیرید؟</p> <p>1. Would you like to schedule an appointment for your child with our Nurse Practitioner or Physician to discuss any health concerns?</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>2. سوالات یا نگرانی‌هایی در خصوص وزن یا عادات غذایی فرزندتان دارید؟ لطفاً توضیح دهید: _____</p> <p>2. Do you have questions or concerns about your child's weight or eating habits? Please explain: _____</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>3. مایل به دریافت اطلاعاتی از طرف کارمندان ما در این زمینه هستید؟</p> <p>3. Would you like information from our staff regarding:</p> <ul style="list-style-type: none"> • یافتن ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی (پزشک یا پرستار متخصص)؟ • Finding a health care provider (doctor or nurse practitioner)? • یافتن دندان‌پزشک؟ • Finding a dentist? • عینک یا مراقبت از بینایی مقرون‌بصرفه برای فرزندتان؟ • Affordable vision care or glasses for your child?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>4. مایلید درمانگر ما برای صحبت درباره نگرانی‌ها یا سلامت عاطفی فرزندتان با شما تماس بگیرد؟</p> <p>4. Would you like to be contacted by our therapist to discuss your child's emotional well-being or concerns?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> فرزندم از قبل در حال دریافت خدمات از متخصص سلامت روان است.</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> My child is already receiving services from a mental health professional.</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>5. نگرانید درآمدتان کفاف برآورده کردن نیازهای اولیه خانواده‌تان را ندهد؟</p> <p>5. Are you concerned about your income meeting the basic needs of your family?</p> <ul style="list-style-type: none"> • به غذای بیشتری برای خانواده‌تان نیاز دارید؟ • Do you need additional food for your family? • به پوشاک بیشتری برای خانواده‌تان نیاز دارید؟

MICHIGAN MEDICINE

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)

MRN:

NAME:

FOR OFFICE
USE ONLY

BIRTHDATE:

CSN:

**Regional Alliance for Healthy - پرسشنامه تاریخچه سلامت -
Schools (RAHS)
Health History Questionnaire - Regional Alliance for
Healthy Schools (RAHS) (Farsi)**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Do you need additional clothing for your family? در پرداخت قبوض گرمایش و آب به کمک نیاز دارید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Do you need help paying bills for heat and water? در زمینه حمل و نقل به نوبت های پزشکی یا مدرسه به کمک نیاز دارید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Do you need assistance with transportation to medical or school appointments? نگران مسکن خانوادهتان هستید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Are you concerned about housing for your family?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>6. Would you like information regarding:</p> <ul style="list-style-type: none"> بیمه سلامت؟ Health Insurance?

اگر پاسخ شما به هریک از سوالات 1 تا 6 بالا «بله» باشد، یکی از کارمندان ما با شما تماس خواهد گرفت.

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

متشکریم.

Thank You.

_____/_____/_____
(mm/dd/yyyy) تاریخ

نام فرد تکمیل کننده این فرم با حروف بزرگ و خوانا

_____/_____/_____
Date (mm/dd/yyyy)

Printed name of person who completed this form