

## 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 المرضى 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 patients 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 للمريض

We also need a copy of the patient health insurance card

#### ماذا يحدث بعد التسجيل؟

#### What happens after I register?

- من خلال إكمال الاستمارات المرفقة، يمكن للمرضى 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, 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.
- إذا كان المريض في مدرسة ابتدائية، فإننا نطلب أن يكون أحد الوالدين/الوصي متاحًا عبر الهاتف إذا كنت غير قادر على حضور الموعد مع طفلك.
- If patient 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 <https://www.uofmhealth.org/patients-visitors/patients/patient-privacy/notice-privacy-practices> 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.

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  
Phone: 517-867-7846

#### Scarlett Middle School

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

#### Ypsilanti Community Middle School

235 Spencer Lane,  
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

#### Belleville High School

501 W. Columbia Ave.  
Belleville, MI 48111  
الهاتف: 734-697-1144  
Phone: 734-697-1144

#### 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)

#### • 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
  - تشخيص وعلاج الأمراض الحادة والمزمنة
  - Physical exams
  - Immunizations
  - Health education
  - الاختبارات المعملية الأساسية بما في ذلك تحليل البول، والجلوكوز، واختبار العقديات السريع، والكوليسترول، والهيموجلوبين
  - Individual, group and family psychotherapy
  - Basic lab tests urinalysis, rapid strep, venipuncture
  - الإحالة إلى علاج تعاطي المخدرات (طلاب المدارس الإعدادية والثانوية)
  - Referral for substance abuse treatment (Middle and high school students)
  - خدمات فيروس نقص المناعة البشري/الأمراض المنقولة عبر الجنس (مثل التحري، الاختبار، والإرشاد الخ)
  - الإحالة للحصول على موارد مثل الغذاء والمأوى والمسائل المالية والنقل.
  - HIV / STI services (e.g. Screening, testing Counselling, etc)
  - التحري وإدارة الصحة السلوكية
  - خدمات الرعاية الطبية عن بعد
  - Behavioral health screening and management
  - Telemedicine services
  - الخدمات الصحية المتعلقة بالإنجاب (مثل التوعية بمنع الحمل، اختبار الحمل)
  - Medications
  - Reproductive health services (e.g. birth control education, pregnancy testing)
  - الخدمات البسيطة التي تتطلب موافقة
  - Minor-consented services
- مجموعة التثقيف الصحي أو الأنشطة مثل نادي المشي وإدارة الغضب وبرنامج الربو وتوجيه الأنداد ومجلس نصح الشباب ومكافحي التنمر، أو المجموعات الأخرى على النحو الذي تحدده الحاجة (بعض البرامج متاحة لطلاب المدارس الإعدادية والثانوية فقط)  
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)

#### • لماذا قد تستخدم Michigan Medicine عيناتي للبحث؟

#### 1. 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.

## 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)

• هل يمكنني الموافقة على جزء فقط من هذا النموذج؟

### 2. 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.

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

### 3. 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.

## Notice of Privacy Practices (NPP) Acknowledgment:

إشعار بإستلام ممارسات 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

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

- الفحص البدني، التوعية الصحية واللقاحات
- Behavioral health screening and management
- الاستشارة النفسية الفردية والعائلية وضمن المجموعات
- Individual, group and family psychotherapy
- الدواء Medication
- الخدمات البسيطة التي تتطلب موافقة
- Minor-consented services
- خدمات الرعاية الطبية عن بعد
- Telemedicine services
- علاجات أخرى ضرورية لرعايتي
- Other treatment necessary for my care
- الفحص البدني، التوعية الصحية واللقاحات
- Physical exams, health education and Immunization
- الاختبارات المخبرية البسيطة، مثل تحليل البول، فحص البكتيريا العقدية السريع و وخز الوريد
- Basic lab tests e.g. urinalysis, rapid strep, venipuncture
- تشخيص وإدارة الأمراض/العلل المزمنة الحادة
- Diagnosis and management of acute chronic illnesses/diseases
- خدمات فيروس نقص المناعة البشري/الأمراض المنقولة عبر الجنس (مثل التحري، الاختبار، والإرشاد الخ)
- HIV / STI services (e.g. screening, testing, counseling, etc)
- الخدمات الصحية المتعلقة بالإنجاب (مثل التوعية بمنع الحمل، اختبار الحمل)
- Reproductive health services (e.g. birth control education, pregnancy testing)

أوافق على قيام طب ميتشيجان بمشاركة معلوماتي حسب الحاجة للرعاية أو الفواتير وعلى قيام الأقسام المختلفة بإمكانها الاتصال 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. من غير الممكن تجنب بعض المخاطر في ممارسة الطب. كما وقد تختلف النتائج من مريض لآخر. يجوز لي سحب موافقتي على الخدمات عن طريق الكتابة إلى المركز الصحي للتحالف الإقليمي للمدارس الصحية في أي وقت.

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. It is 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 centers at any time.

#### Assignment of Medical Benefits

#### تحديد المنافع الطبية

أوافق على أن أكون مسؤولاً عن دفع الدفعات المشتركة deductibles والاقطاعات Co-payments 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 إجراء 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

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 أو العلاج. كما أسمح لطب ميتشيجان بامتلاك وتوظيف وتحليل والاحتفاظ وتخزين أو رمي هذه الأنسجة الزائدة. ويمكن لطب ميتشيجان استخدام أو مشاركة هذه الأشياء مع أية هيئة لأية غايات قانونية، بما في ذلك التعليم والبحث. أنا أفهم أن طبيبي ربما يكون قد طور علاجاً أو اختباراً تم إعطاؤه لي. تمت الموافقة على استخدام العلاج أو الاختبار وهو مسموح به بموجب قانون الولاية والقانون الفيدرالي. قد يستفيد طبيبي من استخدام الاختبار أو العلاج. أدرك أنني قادر على سؤال طبيبي عما إذا كان سيتم استخدام اختراعه 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 allow Michigan Medicine to own, manipulate, analyze, keep, save or throw away this excess tissue. Michigan Medicine may use or share these items with any entity for any legal purpose, including education and research. I understand that my doctor may have developed a treatment or test that I am given. The treatment or test has been approved for use and it is allowed under state and federal law. My doctor may profit from the use of the test or treatment. I understand that I am able to ask my doctor if an invention of theirs will be used in my care.

1. 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 التماس 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 دمي من دون الحصول على موافقتي. وإذا تم إجراء الفحص، أعرف أنني 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.

2. 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 النصية، موقع 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 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.

3. 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.

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 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 ويشمل أيضاً سجاير التبغ ومضغ التبغ والسجاير 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 خزانة مقدمة 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 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 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.

يمثل توقيعك الاتي (علم علي كل ماينطبق):

- الإقرار بإشعار إخطار الممارسات الخصوصية  
 إتفاق الموافقة العامة لتلقي خدمات الرعاية الصحية  
 إحالة إتفاق 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

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN

DOS

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

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

/ /

التاريخ (الشهر/اليوم/السنة)

Date (mm/dd/yyyy)

توقيع المريض أو الممثل الذي ينوب عنه قانونياً (إذا كان المريض غير قادر على التوقيع)

Signature of Patient or Legally Authorized Representative (If patient is unable to sign)

الوقت: صباحاً / مساءً

Time: \_\_\_\_\_ A.M / P.M

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)

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) -  
عمر 18 عامًا فما فوقHealth History Questionnaire - Regional Alliance for Healthy  
Schools (RAHS) – 18 Years of Age and Older(Arabic)MRN: \_\_\_\_\_ FOR OFFICE  
NAME: \_\_\_\_\_ USE ONLY  
BIRTHDATE: \_\_\_\_\_  
CSN: \_\_\_\_\_

لتسجيل 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ المدرسة: \_\_\_\_\_ الصف: \_\_\_\_\_  
(اليوم/الشهر/السنة)Today's Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_  
(mm/dd/yyyy)اسم الطالب: \_\_\_\_\_  
الاسم الأول اسم العائلةStudent's Name: \_\_\_\_\_  
Last Firstتاريخ 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 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/theirsبريدك الإلكتروني: \_\_\_\_\_ رقم هاتفك الخلي: \_\_\_\_\_  
Your email: \_\_\_\_\_ Your cell number: \_\_\_\_\_العنوان: \_\_\_\_\_ رقم الشقة: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ Apt#: \_\_\_\_\_المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

بعد 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  فوقازي  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): \_\_\_\_\_

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 الخلي  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: \_\_\_\_\_

اسم جهة الاتصال الإضافية:

Additional contact name:

الاسم:

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 المجموعة \_\_\_\_\_ رقم البوليصا: \_\_\_\_\_  
Policy #: \_\_\_\_\_ Group # \_\_\_\_\_

هل لديك مقدم رعاية أولية (PCP)?

اسم مقدم الرعاية الأولية: \_\_\_\_\_  نعم  لا

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؟

اسم طبيب الأسنان: \_\_\_\_\_  نعم  لا

Do you have a Dentist?  Yes  No Name of Dentist: \_\_\_\_\_

تاريخ آخر زيارة طبية: \_\_\_\_\_ 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:

العلاقة:

Relationship:

Name:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## MICHIGAN MEDICINE

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)

استبيان التاريخ الصحي - التحالف الإقليمي للمدارس الصحية (RAHS) -  
عمر 18 عامًا فيما فوقHealth History Questionnaire - Regional Alliance for Healthy  
Schools (RAHS) – 18 Years of Age and Older(Arabic)MRN: FOR OFFICE  
NAME: USE ONLY  
BIRTHDATE:  
CSN:الأدوية:  لا أخذ أي أدويةMedications:  I do not take any medications

اسم الدواء: الجرعة: سبب تناوله: ما هي المدة؟ الوصفة من قبل: Name of medicine: Dose: Reason for taking: How long? 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 السمعDo you wear any of the following (check all that apply)?  eyeglasses  contacts  hearing deviceهل 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? \_\_\_\_\_

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: FOR OFFICE  
NAME: USE ONLY  
BIRTHDATE:  
CSN:

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 طبي عائلي غير معروف.  
 Unknown family medical history.  
 لقد تم تبني طفلي، التاريخ العائلي غير معروف.  
 I was adopted, family history is unknown.

الأم الأب أو من جهة من جهة	العلاقة	غير متأكد	لا	نعم	
Maternal or Paternal Relationship	Unsure	No	Yes		
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الحساسيات
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergies
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الربو
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	السرطان (النوع _____)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer (type: _____)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	القلق
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anxiety
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الاكتئاب ثنائي القطب
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bi-polar depression
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الاكتئاب
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depression
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أمراض عقلية أخرى
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other mental illness
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	داء السكري
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نوبة قلبية أو سكتة دماغية قبل بلوغ الـ 50
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart attack or stroke before age 50
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضغط الدم المرتفع
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	High blood pressure
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ارتفاع الدهون
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	High cholesterol
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المرض العقلي / الاكتئاب
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mental illness/Depression
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الصداع النصفي
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migraine headaches
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التدخين
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Smoking
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تعاطي المخدرات
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Substance Abuse

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: FOR OFFICE  
NAME: USE ONLY  
BIRTHDATE:  
CSN:

لا No	نعم Yes	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. هل ترغب في تحديد موعد مع ممرضتنا الممارسة أو طبيبتنا لمناقشة أي مخاوف صحية؟ 1. Would you like to schedule an appointment with our Nurse Practitioner or Physician to discuss any health concerns? .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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: .....
<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 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? .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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? .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. هل ترغب في 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) -  
عمر 18 عامًا فيما فوق

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

MRN: FOR OFFICE  
NAME: 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