

## المركز الصحي المدرسي

<b>Pleasantville Elementary</b> 16 Pleasant Place New Castle, DE 19720 هاتف: (302) 323-2935	<b>New Castle Elementary</b> 903 Delaware Street New Castle, DE 19720 هاتف: (302) 323-2880	<b>Eisenberg Elementary</b> 27 Landers Lane New Castle, DE 19720 هاتف: (302) 429-4074	<b>Carrie Downie Elementary</b> 1201 Delaware Street New Castle, DE 19720 هاتف: (302) 323-2926
<b>Southern Elementary</b> 795 Cox Neck road New Castle, DE 19720 هاتف: (302) 832-6300	<b>Wilbur Elementary</b> 4050 Wrangle Hill Road Bear, DE 19701 هاتف: (302) 832-6330	<b>Castle Hills Elementary</b> 502 Moores Lane New Castle, DE 19720 هاتف: (302) 323-2915	<b>Wilmington Manor Elementary</b> 200 E. Roosevelt Avenue New Castle, DE 19720 هاتف: (302) 323-2901

أولياء الأمور/الأوصياء الأعزاء:

المركز الصحي المدرسي (SBWC) هو شراكة بين Nemours Children's Health و Colonial School District . هذه الرسالة هي دعوة لتسجيل طفلك في المركز الصحي المدرسي.

يقدم الرعاية الصحية في المركز الصحي المدرسي في مدرسة طفلك طبيب أو ممرض ممارس وأخصائي نفسي أو أخصائي اجتماعي سريري مرخص/مستشار محترف مرخص للصحة العقلية.

### لتسجيل طفلك في المركز الصحي المدرسي، تحتاج إلى تقديم ما يلي:

- يلزم الحصول على معلومات تأمين محدثة إذا كان طفلك مؤمناً عليه. (ملحوظة: لن يتم تحصيل أي رسوم مشتركة أو تأمين مشترك أو خصم منك ولن يتم رفض أي شخص بناءً على قدرته على الدفع).
- استمارة الموافقة المستوفاة (مضمنة في هذه الحزمة).
- استمارة تسجيل الطالب واستمارة التاريخ الصحي المستوفاة (مضمنة في هذه الحزمة) يجب إعادة استمارات الالتحاق/التسجيل المستوفاة إلى المركز الصحي المدرسي في أقرب وقت ممكن.

### الخدمات المقدمة للمركز الصحي المدرسي:

- خدمات طبية
- فحوصات صحية
- تطعيمات وتحصينات
- تشخيص وعلاج الأمراض والإصابات البسيطة
- استشارات (فردية وعائلية وجماعية)
- التدخل في الأزمات ومنع الانتحار
- التثقيف الصحي/الحد من المخاطر

برجاء العلم أن طبيب الأطفال أو طبيب الأسرة الخاص بطفلك سيظل هو الطبيب الرئيسي لطفلك. لا يحل المركز الصحي المدرسي محل طبيب الأطفال أو طبيب الأسرة، وسيعمل أطباء وممرضات المركز الصحي المدرسي مع طبيب طفلك الرئيسي لرعاية طفلك. يقدم المركز الصحي المدرسي خدمات قد تضيف إلى الرعاية التي يقدمها طبيبك الرئيسي. عندما يكون ذلك مناسباً، وبعد الحصول على إذن منك، سنحاول مشاركة المعلومات الطبية مع طبيب طفلك لمنع أي ازدواجية في خدمات الرعاية الصحية والعناية الجيدة بطفلك. إذا لم يكن لدى طفلك طبيب، فيمكننا مساعدتك في العثور على طبيب.

نأمل أن تقوم بتسجيل طفلك في المركز الصحي المدرسي. يمكننا العمل عندئذٍ جنباً إلى جنب مع الطبيب الرئيسي لطفلك، من أجل الحفاظ على صحة طفلك وفي المدرسة. برجاء تشجيع طبيب الأطفال أو طبيب الأسرة الخاص بطفلك على الاتصال بالمركز الصحي المدرسي لطرح الأسئلة عليه. إذا كان لديك أسئلة أو تحتاج إلى مزيد من المعلومات، فبرجاء الاتصال بالمركز الصحي المدرسي.

مع خالص التقدير،

دينيس هيوز  
 أخصائي صحة السكان  
 (302) 332-2642



اسم المريض: رقم  
السجل الطبي:  
تاريخ الميلاد:

## موافقة ولي الأمر/الطالب على خدمات المركز الصحي المدرسي

أخول أنا \_\_\_\_\_ ، موافقتي بمقتضاه للسيدة/

( اسم الطالب )

(ولي الأمر/الممثل القانوني للطالب)

لتلقي الخدمات الصحية في المركز الصحي المدرسي الذي تديره **Nemours Children's Health (Nemours)**.

### الخدمات المقدمة:

- تقييمات صحية شاملة (للطلاب بدون طبيب رعاية أولية)
- تطعيمات وتحصينات
- تشخيص وعلاج الحالات المرضية الصغرى والحادة والمزمنة
- الإحالات إلى ومتابعة الرعاية المتخصصة وخدمات صحة الفم والبصر
- الصحة النفسية والتدخل في الأزمات والاستشارة والعلاج
- الإحالة إلى خدمات الصحة العقلية وتعاطي المخدرات بما في ذلك الرعاية النفسية الطارئة والمجتمع وبرنامج الدعم

بالموافقة على السماح لطالبي بالمشاركة في المركز الصحي المدرسي، أقر بما يلي وأوافق عليه:

1. لقد أتيت لي الفرصة لتلقي ومراجعة كتيب نيمور من إشعار سياسات الخصوصية المرفق. (مضمن في هذه الحزمة)

2. أفهم أنه قد تُدفع فاتورة التأمين مقابل الخدمات المغطاة، وأوافق على تقديم معلومات التأمين قبل تقديم الخدمات.

3. أفهم أن المركز الصحي المدرسي لن يتقاضى مدفوعات مشتركة أو أي رسوم أخرى من الجيب مقابل استخدام خدماته.

4. أفهم أنه يجوز إلغاء هذه الموافقة كتابياً في أي وقت، باستثناء أي إجراء تم اتخاذه بالفعل، قبل إلغاء هذه الموافقة. يجب أن يكون الإلغاء كتابياً وأن يتم إرساله إلى المركز الصحي المدرسي المرتبط برعاية الطالب.

5. أفهم أن المركز الصحي المدرسي يعمل بالتعاون مع منطقة كولونيل التعليمية. كجزء من هذا التعاون، يمكن للطرفين مراجعة ومشاركة جميع المعلومات المكتوبة والشفهية المتعلقة بطفلي على أساس الحاجة إلى المعرفة، بما في ذلك السجلات المدرسية والطبية. يمكنهم أيضاً مناقشة الاحتياجات الطبية و/أو الاجتماعية ذات الصلة مع موظفي مدرسة كولونيل لصالح الطفل والأسرة.

6. أفهم أن المعلومات، بما في ذلك التسجيلات (صور أو مقاطع الفيديو أو وسائل الإعلام الإلكترونية أو السمعية)، قد لا يتم جمعها واستخدامها ومشاركتها مع الآخرين إلا عند الضرورة من أجل:

### موافقة ولي الأمر/الطالب على خدمات المركز الصحي المدرسي

- تنسيق العلاج مع مقدمي الرعاية الصحية؛
  - ضمان حصول مقدمي الرعاية الذين نحيلك إليهم على كافة المعلومات الصحية اللازمة؛
  - الأهلية، وإصدار الفواتير، وإدارة المطالبات، والضرورة الطبية، ومراجعة الاستخدام؛
  - التقارير المطلوبة عن الأمراض أو الإصابات مثل الأمراض المعدية؛
  - التقارير المطلوبة للسجلات، مثل تقارير السرطان والمناعة؛ و
  - الاشتراك في عمليات تبادل المعلومات الصحية.
7. **أوافق** على انه بإمكان موظفي المدرسة مراقبة طفلي للفحص الطبي.
8. **أوافق** على أن جميع المعلومات المقدمة في استمارة السجل الصحي للتسجيل وهذه الموافقة دقيقة وكاملة.
9. الرعاية الصحية عن بُعد
- أفهم أن "الرعاية الصحية عن بُعد" هي طريقة تقديم خدمات الرعاية الصحية باستخدام تقنية الاتصال الرقمي للمساعدة في تقييم وتشخيص واستشارة وتثقيف ورصد وإدارة الرعاية والعلاج دون التواجد في نفس الموقع الفعلي لمقدمي الخدمة.
  - أفهم أن الرعاية الصحية عن بُعد ليست مثل الزيارة الشخصية لأنني لن أكون في نفس الغرفة مع مقدم الخدمة الخاص بي. أفهم أنه لن يتم علاجي من خلال الرعاية الصحية عن بُعد إلا إذا كانت حالتي تدعم استخدام هذه التكنولوجيا حيث لن يتمكن مقدم الخدمة الخاص بي من إجراء بعض جوانب الفحص البدني الكامل.
  - أفهم أن تقنية الاتصالات الرقمية قد تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، الصوت أو الفيديو ثنائي الاتجاه في الوقت الفعلي، أو غيرها من الاتصالات السلكية واللاسلكية أو الاتصالات الإلكترونية، بما في ذلك مراقبة المريض عن بُعد، ومؤتمرات الفيديو الآمنة، و/أو الرسائل النصية الآمنة مع فريق الرعاية الخاص بي.
  - أفهم أن هناك فوائد لاستخدام خدمات الرعاية الصحية عن بُعد، والتي تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، التقييم الطبي المناسب والإدارة. أفهم أيضًا أن هناك مخاطر ينطوي عليها تلقي العلاج من خلال الخدمات الصحية عن بُعد، والتي تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، انقطاع الاتصال الصوتي/المرئي الذي قد يؤدي إلى تأجيل الزيارة إلى وقت لاحق و/أو إجراؤها من خلال طريقة بديلة، وفي حالات نادرة، الوصول غير المصرح به إلى معلوماتي السرية. في حالة حدوث عطل فني، أفهم أنه يجب علي الاتصال على الفور بمكتب مقدم الخدمة الخاص بي، أو إذا كانت حالة طارئة، فاتصل برقم 911.
  - أفهم أن القوانين التي تحمي سرية معلوماتي الطبية تنطبق أيضًا على الرعاية الصحية عن بُعد وأن نيمور تستخدم بروتوكولات الأمان للمساعدة في حماية خصوصيتي والتأكد من إرسال اتصالاتي السرية إلى عضو (أعضاء) فريق الرعاية المقصود فقط.

### موافقة ولي الأمر/الطالب على خدمات المركز الصحي المدرسي

- أفهم أن نيمور لن تسجل زيارتي للرعاية الصحية عن بُعد في مقطع فيديو أو مقطع صوتي دون موافقتي في وقت التسجيل.
- أوافق على حصول نيمور على المعلومات الصحية مني وتقديم خدمات الرعاية الصحية لي من خلال اتصالات الرعاية الصحية عن بُعد عندما يقرر مقدم الخدمة أو العضو المؤهل في فريق الرعاية الخاص بي أنه مناسب وضروري.
- أفهم أنني قد أرفض أو أتوقف عن المشاركة في خدمات الرعاية الصحية عن بُعد وأطلب خدمات بديلة، مثل الزيارة الشخصية، في أي وقت.

10. لقد قرأت أنا وطالبي هذه الموافقة بعناية. تم الرد على جميع أسئلتني، إن وجدت، بالشكل الذي يرضيني. أفهم أنه يمكنني الاتصال بمنسق المركز الصحي المدرسي إذا كان لدي أي أسئلة قبل أو بعد التوقيع على الموافقة على الخدمات هذه.

من خلال التوقيع أدناه، أقر بأنني ولي الأمر أو الممثل القانوني للطالب المذكور أعلاه وقرأت بيانات الموافقة أعلاه حول الخدمات المقدمة في المركز الصحي المدرسي التابع لطلابي وأوافق طواعية على مشاركة الطالب. أقر بأنني لم أحصل على أي ضمان أو تأمين فيما يتعلق بالنتائج التي يمكن الحصول عليها من الخدمات/العلاج.

توقيع ولي الأمر/الممثل القانوني

اسم ولي الأمر/الممثل القانوني مطبوع:

(صباحا/مساء) \_\_\_\_\_ الوقت: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_ العلاقة مع المريض

\*تتضمن نيمور: The Nemours Foundation، وهي شركة غير هادفة للربح في فلوريدا، وأقسامها ومواقعها التشغيلية، والشركات التابعة لها، بما في ذلك مستشفى نيمور للأطفال في ديلاوير؛ ومستشفى نيمور للأطفال في فلوريدا؛ ومستشفى نيمور للأطفال، مركز الجراحة في بريان ماور؛ ومستشفى نيمور للأطفال، مركز الجراحة في ديبفورد؛ وجميع الكيانات العاملة تحت اسم مستشفى نيمور للأطفال.



اسم المريض:  
السجل الطبي:  
تاريخ الميلاد:

## تعيين المركز الصحي المدرسي لصانع القرار للفاصر

أنا، \_\_\_\_\_ أعين بمقتضاه \_\_\_\_\_  
(الوالد/الممثل القانوني) (اسم صانع القرار)

كصانع قرار، بدلاً عني لمتابعة \_\_\_\_\_  
(اسم الطفل) (تاريخ الميلاد)

أفوض الشخص المذكور أعلاه لمناقشة الرعاية الطبية والعلاج لطفلي والموافقة عليها.  
أفهم أن هذا التعيين يستمر ما دام طفلي طالباً في أي مدرسة ابتدائية في منطقة كولونيل التعليمية. لإلغاء هذا التعيين، برجاء الاتصال بالمركز الصحي (مضمن في هذه الحزمة).

توقيع ولي الأمر/الممثل القانوني \_\_\_\_\_

اسم ولي الأمر/الممثل القانوني مطبوع: \_\_\_\_\_

(صباحا/مساء) \_\_\_\_\_ الوقت: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_ العلاقة مع المريض

\*تتضمن نيمور: The Nemours Foundation، وهي شركة غير هادفة للربح في فلوريدا، وأقسامها ومواقعها التشغيلية، والشركات التابعة لها، بما في ذلك مستشفى نيمور للأطفال في ديلاوير؛ ومستشفى نيمور للأطفال في فلوريدا؛ ومستشفى نيمور للأطفال، مركز الجراحة في بريان ماور؛ ومستشفى نيمور للأطفال، مركز الجراحة في دييتفورد؛ وجميع الكيانات العاملة تحت اسم مستشفى نيمور للأطفال.

### استمارة تسجيل المريض في المركز الصحي المدرسي

المدرسة: (يرجى وضع دائرة)		مدرسة كارني داووني الابتدائية	مدرسة كاسل هيلز الابتدائية	مدرسة إيزنبرغ الابتدائية	مدرسة نيوكاسل الابتدائية
		مدرسة بليزنتفيل الابتدائية	مدرسة ساوثرن الابتدائية	مدرسة ويلبور الابتدائية	مدرسة ويلمنجتون الابتدائية
الصف: الروضة 5 4 3 2 1		رقم هوية الطالب (الغداء):			
الاسم الأخير للمريض:		الأول:		الأوسط:	
الجنس المحدد:	ذكر	أنثى	ذكر متحول جنسيا	أنثى متحول جنسيا	يرفض أن يجيب
العنوان:	تاريخ الميلاد:				
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:			
اللغة (اختر واحدة)	الإنجليزية	الأسبانية	لغة الإشارة	الفرنسية	أخرى
يتحدث الإنجليزية؟	مطلقاً	ليس جيداً	جيداً	ممتاز	رفض
العرق (ضع دائرة حول واحدة):	بورنوريكو	مكسيكي، أمريكي مكسيكي، شيكانو		أصل كوبي	
	غير-إسباني أو لاتيني	إسباني آخر أو لاتيني أو إسباني		رفض	
السلالة (ضع دائرة حول واحدة):	الهنود الحمر أو سكان ألاسكا الأصليين	هندي آسيوي	أسود أو أمريكي من أصل أفريقي		صيني
	فلبيني	غوامي أو تشامورو	ياباني	كوري	
	سكان هاواي الأصليون	ساموا	أبيض أو قوقازي	فيتنامي	
	آسيويون آخرون	سكان جزر المحيط الهادئ الآخرون	أخرى	رفض	
الوالد 1 الاسم القانوني الكامل:		تاريخ الميلاد:	رقم هاتف المنزل:		
العنوان:		الهاتف الخليوي#:			
المدينة:		الولاية:	الرمز البريدي:	هاتف العمل#:	
هل لديك وصاية قانونية على المريض (ضع علامة على واحدة)؟ <input type="checkbox"/> حضانة كامل <input type="checkbox"/> الحضانة المشتركة <input type="checkbox"/> لا يملك حضانة					
الوالد 2 الاسم القانوني الكامل:		تاريخ الميلاد:	رقم هاتف المنزل:		
العنوان:		الهاتف الخليوي#:			
المدينة:		الولاية:	الرمز البريدي:	هاتف العمل#:	
هل لديك وصاية قانونية على المريض (ضع علامة على واحدة)؟ <input type="checkbox"/> حضانة كامل <input type="checkbox"/> الحضانة المشتركة <input type="checkbox"/> لا يملك حضانة					
اسم الممثل القانوني (إن لم يكن الأم أو الأب):		تاريخ الميلاد:	رقم هاتف المنزل:		
العنوان:		الهاتف الخليوي#:			
المدينة:		الولاية:	الرمز البريدي:	هاتف العمل#:	
هل لديك وصاية قانونية على المريض (ضع علامة على واحدة)؟ <input type="checkbox"/> حضانة كامل <input type="checkbox"/> الحضانة المشتركة <input type="checkbox"/> لا يملك حضانة					

اسم المريض:  
السجل الطبي:  
تاريخ الميلاد:

### استمارة تسجيل المريض في المركز الصحي المدرسي

<p>معلومات التأمين الثانوية:</p> <p>مقدم خدمات التأمين الصحي ميديكيد: _____</p> <p>رقم التأمين الصحي ميديكيد: _____</p> <p>التأمين التجاري: _____</p> <p>رقم البوليصه: _____</p> <p>اسم المشترك: _____</p> <p>القراية بالطالب: _____</p> <p>تاريخ ميلاد المشترك: _____</p>	<p>► معلومات التأمين (مطلوب) - <b>أرسل نسخة أو التقط صورة وأرسل بريدًا إلكترونيًا من الجهة الأمامية والخلفية لبطاقة التأمين إلى (SBHC@nemours.org)</b></p> <p>مصدر الدفع مقابل الرعاية، برجاء تحديد أحد الخيارات التالية:</p> <p>لا يوجد تأمين _____</p> <p>مقدم خدمات التأمين الصحي ميديكيد: _____</p> <p>رقم التأمين الصحي ميديكيد: _____</p> <p>التأمين التجاري: _____</p> <p>رقم البوليصه: _____</p> <p>اسم المشترك: _____</p> <p>القراية بالطالب: _____</p> <p>تاريخ ميلاد المشترك: _____</p> <p>برنامج الأطفال الأصحاء في ولاية ديلاوير</p>
--	---

البيانات الرئيسية: الروضة: بطاقة تعريف الروضة: رقم الهوية:##: الرقم

\*تتضمن نيمور: The Nemours Foundation ، وهي شركة غير هادفة للربح في فلوريدا، وأقسامها ومواقعها التشغيلية، والشركات التابعة لها، بما في ذلك مستشفى نيمور للأطفال في ديلاوير؛ ومستشفى نيمور للأطفال في فلوريدا؛ ومستشفى نيمور للأطفال، مركز الجراحة في بريان ماور؛ ومستشفى نيمور للأطفال، مركز الجراحة في ديبفورد؛ وجميع الكيانات العاملة تحت اسم مستشفى نيمور للأطفال.

اسم المريض:  
 السجل الطبي:  
 تاريخ الميلاد:

### استمارة التاريخ الصحي للمركز الصحي المدرسي

يلزم وجود سجل صحي كامل ودقيق لموظفي المركز الصحي المدرسي لتوفير رعاية عالية الجودة. برجاء إكمال هذه الاستمارة بأفضل ما في وسعك وطباعة جميع المعلومات.

اسم الطالب \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_ الصف \_\_\_\_\_

(اللقب) (الاسم الأول) (الاسم الوسط)

هل يعاني طفلك من أي نوع من الحساسية؟ (طعام، دواء، لاتكس)

نعم  لا إذا كانت الإجابة نعم، برجاء التحديد؟ \_\_\_\_\_

برجاء تقديم المعلومات التالية حول الأدوية التي يتناولها طفلك.

اسم الأدوية	السبب لتناول هذه الأدوية	منذ متى يتناولها الطفل
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

اسم مقدم الرعاية الأولية: \_\_\_\_\_

تاريخ آخر فحص: \_\_\_\_\_

برجاء توضيح ما إذا كان طفلك قد تعرض لأي مما يلي:

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> اضطراب تشنت الانتباه/اضطراب فرط الحركة وتشنت الانتباه | <input type="checkbox"/> جدرى الماء    | <input type="checkbox"/> مشاكل في السمع               | <input type="checkbox"/> الحساسية الموسمية |
| <input type="checkbox"/> فقر الدم  | <input type="checkbox"/> تأخر النمو    | <input type="checkbox"/> أمراض القلب                  | <input type="checkbox"/> النوبات           |
| <input type="checkbox"/> الربو   | <input type="checkbox"/> مرض السكري    | <input type="checkbox"/> أمراض الكلى/المثانة          | <input type="checkbox"/> الخلية المنجلية   |
| <input type="checkbox"/> التوحد  | <input type="checkbox"/> التهاب الأذن  | <input type="checkbox"/> ذات الرئة                    | <input type="checkbox"/> مشاكل معدة/معوية  |
| <input type="checkbox"/> عيب خلقي/مشكلة وراثية                                 | <input type="checkbox"/> اكزيما        | <input type="checkbox"/> الخداج                       | <input type="checkbox"/> مرض السل          |
| <input type="checkbox"/> السرطان   | <input type="checkbox"/> حساسية الطعام | <input type="checkbox"/> تكرار التهاب المسالك البولية | <input type="checkbox"/> مشاكل في الرؤية   |
| <input type="checkbox"/> الشلل الدماغي   | <input type="checkbox"/> ارتجاع المريء | <input type="checkbox"/> أمراض القلب الروماتيزمية     |  |

البيانات الرئيسية: اضطراب تشنت الانتباه/اضطراب فرط الحركة وتشنت الانتباه: اضطراب نقص الانتباه/اضطراب فرط الحركة وتشنت الانتباه؛ ارتجاع المريء: ارتجاع معدي مريئي

إذا تم التحقق من أي مما سبق، فبرجاء تقديم مزيد من التفاصيل.

هل سبق لطفلك أن دخل المستشفى أو تلقى مشورة للصحة العاطفية؟

نعم  لا  إذا كانت الإجابة نعم، فمتى؟ \_\_\_\_\_ أين؟ \_\_\_\_\_

السبب: \_\_\_\_\_



اسم المريض:  
السجل الطبي:  
تاريخ الميلاد:

### استمارة التاريخ الصحي للمركز الصحي المدرسي

برجاء التحقق من أي من الأمراض التالية التي أصيب بها أفراد عائلة طفلك (الأب، الأخ، الأخت، الجد، العمّة، العم، إلخ) وبيان أي فرد من أفراد الأسرة بجانب المرض.

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> إدمان الكحول/تعاطي المخدرات | <input type="checkbox"/> اضطراب وراثي            | <input type="checkbox"/> البدينة          |
| <input type="checkbox"/> فقر الدم                    | <input type="checkbox"/> أمراض القلب             | <input type="checkbox"/> النوبات          |
| <input type="checkbox"/> الربو                       | <input type="checkbox"/> ارتفاع ضغط الدم         | <input type="checkbox"/> الخلية المنجلية  |
| <input type="checkbox"/> السرطان                     | <input type="checkbox"/> ارتفاع نسبة الكوليسترول | <input type="checkbox"/> اضطرابات النوم   |
| <input type="checkbox"/> فقدان السمع الخلقي          | <input type="checkbox"/> أمراض الكلى/المثانة     | <input type="checkbox"/> السكتة الدماغية  |
| <input type="checkbox"/> الاكتئاب                    | <input type="checkbox"/> مرض الكبد/المرارة       | <input type="checkbox"/> الموت غير المبرر |
| <input type="checkbox"/> مرض السكري                  | <input type="checkbox"/> مرض عقلي                | <input type="checkbox"/> أخرى             |

### مخاوف الوالدين/الممثل القانوني

إذا كانت لديك أي مخاوف، برجاء تحديد موعد زيارة في المركز الصحي المدرسي أو يمكنك الاتصال بنا ( 1-302-429-4083 ) لمناقشة مخاوفك.

إذا كنت ترغب في الحصول على مساعدة لوضع نظام تأمين صحي أو البحث عن طبيب أو طبيب أسنان، برجاء الاتصال بالمركز الصحي المدرسي.

مستوفى بالتوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_ الوقت: \_\_\_\_\_ صباحا/مساء

مستوفى بالاسم المطبوع: \_\_\_\_\_

تمت المراجعة بالتوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_ الوقت: \_\_\_\_\_ صباحا/مساء

تمت المراجعة بالاسم المطبوع: \_\_\_\_\_

\*تتضمن نيمور: The Nemours Foundation ، وهي شركة غير هادفة للربح في فلوريدا، وأقسامها ومواقعها التشغيلية، والشركات التابعة لها، بما في ذلك مستشفى نيمور للأطفال في ديلاوير؛ ومستشفى نيمور للأطفال في فلوريدا؛ ومستشفى نيمور للأطفال، مركز الجراحة في بريان ماور؛ ومستشفى نيمور للأطفال، مركز الجراحة في ديتفورد؛ وجميع الكيانات العاملة تحت اسم مستشفى نيمور للأطفال.



# المحددات الاجتماعية للصحة

اعتبارًا من: 2020/12/08

تاريخ اليوم:

تاريخ الميلاد:

اسم المريض:

نحن نريد أن نقدم هنا في نيمور أفضل رعاية ممكنة لطفلك وعائلتك. يمكن أن تؤثر أشياء كثيرة في حياتك على صحة طفلك، مثل ما تأكله، ومدى صعوبة الوصول إلى هنا، وطبيعة عملك، وما إذا كنت قادرًا على دفع ثمن الدواء أو العلاج الطبي. من خلال هذه الأسئلة، نتعلم كيف يمكننا خدمة الأطفال والعائلات بشكل أفضل. قد تكون هذه الأسئلة شخصية، ولكن مثل جميع سجلاتك الطبية، فإن أي شيء تشاركه سيبقى خاصًا وسريًا. نحن مطالبون بموجب القانون بالإبلاغ عن أي إساءة.

## هل ترغب في استكمال الاستمارة؟

نعم  لا

1. خلال الاثني عشر شهرًا الماضية، هل كانت هناك أوقات لم يتوافر فيها الطعام الذي اشتريته ولم يكن لديك المال الكافي لشراء المزيد؟  
 نعم  لا
  2. خلال الاثني عشر شهرًا الماضية، هل واجهت مشكلة في دفع أتعاب الطبيب أو طبيب الأسنان أو الدواء لك أو لطفلك؟  
 نعم  لا
  3. خلال الاثني عشر شهرًا الماضية، هل بقي طفلك من دون دواء أو فاتته موعدًا طبيًا لأنه لم يكن لديك وسيلة للوصول إلى الصيدلية أو الطبيب؟  
 نعم  لا
  4. خلال الاثني عشر شهرًا الماضية، هل قطعت شركة المرافق المشترك بها خدمتك لأنك لم تتمكن من دفع فاتورتك (كهرباء أو غاز أو ماء أو تدفئة أو هاتف)؟  
 نعم  لا
  5. هل الإنترنت الموثوق به مصدر قلق؟  
 نعم  لا
  6. خلال الاثني عشر شهرًا الماضية، هل اضطررت أنت أو طفلك للبقاء في ملجأ، أو البقاء مع آخرين، أو في فندق، أو العيش في الخارج في الشارع، أو على الشاطئ، أو في السيارة، أو في الحديقة، حتى الليلة واحدة؟  
 نعم  لا
  7. حاليًا، هل لديك أي مشاكل في المكان الذي تعيش فيه مثل العفن أو الحشرات أو النمل أو الفئران أو الطلاء أو الأتابيب الرصاصية أو نقص الحرارة أو تكييف الهواء أو عدم العمل أو عدم وجود أجهزة كشف الدخان أو الفرن أو الموقد أو تسرب المياه أو غير ذلك مشاكل الإصلاح؟  
 نعم  لا
  8. هل أنت قلق بشأن فقدان مسكنك؟  
 نعم  لا
  9. هل لديك أي مخاوف بشأن ترتيبات الكفالة/القرابة أو الحضانة أو حالة الهجرة لعائلتك؟  
 نعم  لا
  10. خلال الاثني عشر شهرًا الماضية، هل تعرضت أنت أو أي فرد آخر من أفراد عائلتك للضرب أو التهديد أو الإساءة أو التنمر؟  
 نعم  لا
  11. هل لديك مخاوف بشأن منطقتك من حيث الأمان أو العنف بالسلاح أو النظافة أو الجريمة؟  
 نعم  لا
  12. هل تجد أحيانًا صعوبة في فهم ما يقوله طبيبك أو ممرضتك عن صحة طفلك أو الأدوية؟  
 نعم  لا
  13. هل تجد أحيانًا صعوبة في فهم تعليمات الطبيب والأوراق الطبية؟  
 نعم  لا
  14. خلال الاثني عشر شهرًا الماضية، هل مر وقت احتجت فيه أنت أو طفلك إلى المساعدة ولم يكن لديك من تتصل به (مثل النقل أو رعاية الأطفال)؟  
 نعم  لا إذا كانت الإجابة "نعم"، هل يمكن أن توضح؟
- هل أنت مهتم بالحصول على معلومات لتلبية هذه الاحتياجات؟  
 نعم  لا

تاريخ النفاذ: 6 يوليو 2021

# إشعار ممارسات الخصوصية

يصف إشعار Nemours الخاص بممارسات الخصوصية (إشعار) كيف يمكن استخدام المعلومات الطبية الخاصة بك أو بطفلك والكشف عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. يرجى مراجعتها بعناية.

## إنها معلوماتك

سجلك الصحي ينتمي إلى Nemours، لكنها معلوماتك.

## مسؤوليتنا هي ...

- الحفاظ على خصوصية وأمان معلوماتك الصحية.
- اتباع الواجبات وممارسات الخصوصية الموضحة في هذا الإشعار.
- تزويدك بنسخة من هذا الإشعار وجعل المعلومات متاحة لك إذا كان لديك أي أسئلة أو ملاحظات.
- استخدام أو مشاركة معلوماتك فقط كما هو موضح هنا ما لم تخبرنا أنه يمكننا ذلك. إذا أخبرتنا أنه يمكننا ذلك، يمكنك تغيير رأيك في أي وقت. أخبرنا كتابةً إذا غيرت رأيك.
- يخطر على الفور إذا تم اختراق معلوماتك.

لمعرفة المزيد حول حقوقك بموجب قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA)، يرجى زيارة

<https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/index.html>



**NEMOURS**  
CHILDREN'S HEALTH

بجانب النواحي الطبية

## حقوق المعلومات الصحية الخاصة بك

- **الوصول إلى السجلات**  
يمكنك طلب الحصول على نسخة إلكترونية أو ورقية من سجلك الطبي والمعلومات الصحية الأخرى. سنقدم نسخة أو ملخصاً لمعلوماتك الصحية، عادةً في غضون 30 يومًا من طلبك. قد نفرض رسومًا معقولة على أساس التكلفة.
- في حالات نادرة، قد نرفض طلبك مع توضيح ذلك. إذا رفضنا طلبك، يمكنك طلب مراجعة طلبك من قبل أخصائي رعاية صحية آخر، والذي سنتخاره Nemours، وسنلتزم بنتيجة المراجعة..

- **تعديل السجلات الطبية الخاصة بك**  
يمكنك أن تطلب منا تصحيح معلوماتك الصحية التي تعتقد أنها غير صحيحة أو غير كاملة. اسألنا كيف نعمل هذا. قد "نرفض" طلبك، لكننا سنخبرك بالسبب كتابةً في غضون 60 يومًا.

- **طلب القيود**  
يمكنك أن تطلب من Nemours عدم مشاركة معلوماتك الصحية من أجل العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية. يمكنك أيضًا طلب تقييد إفصاح المعلومات للأشخاص المشاركين في رعايتك. على سبيل المثال، يمكنك أن تطلب منا عدم مشاركة المعلومات حول الإجراء أو العلاج.

لسنا مطالبين بالموافقة على طلبك، لكننا سنحاول القيام بذلك وسنعملك إذا كان بإمكاننا ذلك. إذا وافقنا على التقييد، فسنتزم به ما لم تكن المعلومات مطلوبة لتوفير العلاج.

إذا كنت تدفع مقابل خدمة أو عنصر رعاية صحية من جيبك بالكامل، يمكنك أن تطلب منا عدم مشاركة هذه المعلومات لغرض الدفع أو عملياتنا مع شركة التأمين الصحي الخاصة بك. سنقول "نعم" ما لم يتطلب القانون منا مشاركة هذه المعلومات.

- **طلبات الاتصالات السرية**  
قد نتواصل معك عبر البريد الإلكتروني والرسائل النصية والمكالمات الهاتفية وبوابة المرضى الخاصة بنا.  
قد لا تكون رسائل البريد الإلكتروني أو الرسائل النصية أو الاتصالات الإلكترونية خارج بوابتنا مشفرة أو آمنة ويمكن أن يعترضها شخص أو مؤسسة أخرى. سنفترض أنك تفهم هذه المخاطر إذا زدتنا برقم هاتف محمول أو عنوان بريد إلكتروني للتواصل معك.

يمكنك دائمًا أن تطلب منا الاتصال بك بشأن الأمور الصحية بالطريقة التي تجعلك تشعر بالراحة. على سبيل المثال، يمكنك أن تطلب منا الاتصال بك في العمل أو عن طريق البريد فقط. سنقول "نعم" لجميع الطلبات المعقولة.

- **تصحيات على المعلومات الصحية المحمية**  
إذا كنت تعتقد أن المعلومات التي لدينا غير صحيحة أو غير كاملة، يمكنك طلب تحديث.

سنقوم Nemours بمراجعة الطلب وإخطارك بقرارنا كتابةً. في حالة الموافقة، سنقوم Nemours بتحديث المعلومات. سنبدل أيضًا جهدًا معقولاً لإخطار الأشخاص الذين تم الإفراج عنهم بالمعلومات.

في حال رفضنا الطلب، سنقدم Nemours سبب الرفض في غضون 60 يومًا وتعليمات حول كيفية طلب إعادة النظر في القرار.

## محاسبة الإفصاحات

يمكنك طلب قائمة (محاسبة) بالأوقات التي شاركنا فيها معلوماتك الصحية لمدة ست سنوات قبل التاريخ الذي تطلبه، ومع من شاركناها، ولماذا.

سنقوم بتضمين جميع الإفصاحات باستثناء تلك المتعلقة بالعلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية وبعض الإفصاحات الأخرى (مثل أي إفصاحات أخرى طلبت منا تقديمها). سنقدم حسابًا واحدًا سنويًا مجانيًا ولكن قد نفرض رسومًا معقولة على أساس التكلفة إذا طلبت حسابًا آخر في غضون 12 شهرًا.

## الممثلين الشخصيين

إذا أعطيت شخصًا توكيلًا طبيًا أو إذا كان الوصي القانوني لك شخصًا ما، فيمكن لهذا الشخص ممارسة حقوقك واتخاذ قرارات بشأن معلوماتك الصحية. سوف نتأكد من أن الشخص لديه هذه السلطة ويمكنه التصرف نيابة عنك قبل اتخاذ أي إجراء.

## كيف يمكن لـ Nemours استخدام معلوماتي ومشاركتها؟

يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية ومشاركتها للأغراض والأمثلة التالية:

- **لضمان حصولك على أفضل علاج ممكن.**  
سنقوم بمشاركة تفاصيل التشخيص ومعلومات العلاج الخاصة بك مع مقدمي الرعاية الصحية الآخرين. سنشارك معلومات التشخيص والعلاج مع تبادل المعلومات الصحية حتى لا تواجه تأخيرات غير ضرورية في رعايتك عندما يعالجك مقدمو الخدمات الذين يشاركون في تلك التبادلات. يمكنك الاتصال بمكتب الخصوصية لمنع مشاركة معلوماتك مع "تبادل المعلومات الصحية". سوف نشارك معلومات التشخيص والعلاج الخاصة بك داخل Nemours حسب الحاجة لتقديم أفضل رعاية ممكنة.

- **لتلقي الدفع مقابل الخدمات التي نقدمها.**  
نقدم معلومات شركة التأمين الخاصة بك حتى يتمكنوا من الدفع لنا مقابل الخدمات المقدمة لك. قد تتم مشاركة العلاجات المخطط لها حتى تتمكن من الحصول على الموافقة على الخدمات التي تحتاجها.

- **لتحسين تقديم رعايتنا وعملياتنا.** قد نستخدم كل معلوماتك الصحية أو جزء منها لتحسين طرق العلاج. سوف نستخدم معلوماتك الصحية لتقديم أفضل الخدمات لمرضانا وعائلاتنا. قد نشارك معلوماتك الصحية مع شركائنا في العمل لتقييم خدماتنا وبرامجنا ومراقبتنا.

## إبلاغك بالخدمات والمزايا المتعلقة بالصحة:

« حتى تعرف خدمات أو مواقع Nemours الجديدة

« لإرسال مواد تعليمية عن مرضك أو حالتك

« للإعلان عن إضافة أو مغادرة طبيب أو مقدم رعاية آخر

« لتذكيرك بالمواعيد وعبوات الوصفات الطبية

« لإخبارك بالمناسبات الخاصة وأنشطة جمع التبرعات

- **الأطباء الشرعيون والفاحصون الطبيون ومدراء الجنازات.** قد تكشف معلوماتك الصحية إلى الطبيب الشرعي أو الفاحص الطبي. على سبيل المثال ، قد يكون هذا ضروريًا لتحديد هوية الشخص المتوفى أو تحديد سبب الوفاة. قد تكشف أيضًا عن معلوماتك الصحية إلى مديري الجنازات لتنفيذ واجباتهم.
- **المؤسسات الإصلاحية.** يجوز لنا مشاركة معلوماتك الصحية أو الإفصاح عنها مع مؤسسة إصلاحية أو مسؤول عن تطبيق القانون إذا كنت في عهدهم. هذا ضروري لتزويدك بالرعاية الصحية، لحماية صحة وسلامة الآخرين، أو لسلامة وأمن المؤسسة الإصلاحية.

- **أنشطة الأمن القومي والاستخبارات.** يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الصحية إلى المسؤولين الفيدراليين المعتمدين لأغراض الاستخبارات ومكافحة التجسس وأنشطة الأمن القومي الأخرى التي يصرح بها القانون.

- **خدمات الحماية للرئيس والآخرين.** قد نشارك معلوماتك الصحية مع جهات إنفاذ القانون الحكومية حتى يتمكنوا من توفير الحماية للمسؤولين الدستوريين المنتخبين أو رؤساء الدول أو لإجراء التحقيقات.

- **تطبيق القانون.** قد نشارك معلوماتك الصحية إذا طلب منك المسؤولون عن إنفاذ القانون القيام بذلك:

« محاولة التعرف على أو تحديد مكان مشتبه به جنائي أو هارب أو شاهد جوهري أو مفقود التحقيق في جريمة.

« التحقيق في وفاة نعتقد أنها قد تكون نتيجة سلوك مشبوه.

« في الظروف الضرورية للإبلاغ عن جريمة - بما في ذلك الموقع أو الضحايا أو الهوية، وصف أو مكان الشخص الذي ارتكب الجريمة.

- **البحث، تجري ونشارك في العديد من الأنشطة البحثية.** يجب الموافقة على جميع المشاريع البحثية من خلال عملية مراجعة خاصة لحماية سلامة المرضى ورفاهيتهم وخصوصيتهم. تحدد عملية المراجعة ما إذا كان طلب معلوماتك قد استوفى المتطلبات الفيدرالية والمتطلبات الخاصة بالولاية لحماية معلوماتك.

## ما هي المعلومات الصحية التي قد يستخدمها Nemours ويفصح عنها إذا لم تعترض؟

- **التسويق.** قد يستخدم Nemours معلوماتك الصحية لإرسال مواد تعليمية تتعلق بمرضك أو حالتك ، أو لتقديم المشورة لك حول بدائل علاجية معينة تتعلق بمرضك أو حالتك ، أو لإخبارك ببعض الفوائد والخدمات المتعلقة بالصحة المتعلقة بمرضك أو حالتك . لن نبيع معلوماتك الصحية أبدًا ما لم تمنحنا إذنًا كتابيًا.
- **جمع التبرعات.** قد نتصل بك لأغراض جمع التبرعات، ولكن يمكنك إخبارنا بعدم الاتصال بك مرة أخرى.
- **دليل المستشفى.** سنقوم بتضمين معلومات محدودة عنك في أدلة المستشفى الخاصة بنا أثناء زيارتك. وهذا حتى يمكن لعائلتك وأصدقائك ورجال الدين الاتصال بك أو زيارتك في المستشفى. إنه خيارك ما إذا كنت تريد تضمين معلوماتك في الدليل الخاص بنا. في أي وقت أثناء الإقامة ، يمكنك طلب استبعاد معلوماتك من الدليل.

- **للتعاون مع منظمات ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين.** نقوم بذلك للتنسيق وتقديم الرعاية ، وخفض التكاليف ، وتحسين الجودة ، وتقديم قيمة متزايدة للخدمات التي نقدمها. أمثلة على هذه الشراكات هي:
  - « الشبكات المتكاملة سريريًا (CIN) ،
  - « تقديم الخدمات في مؤسسات الرعاية الصحية الأخرى ، و
  - « ترتيبات الرعاية الصحية المنظمة الأخرى (OHCA).

## ما هي المعلومات التي قد نشاركها دون موافقتك أو

### اعتراضك؟

- **إذا كان ذلك مطلوبًا بموجب القانون.** إذا كانت القوانين الفيدرالية أو قوانين الولاية أو المحلية تتطلب منا مشاركة معلوماتك الصحية ، فنحن مضطرون للقيام بذلك.

- **أغراض الصحة العامة.** قد نشارك معلوماتك الصحية لأنشطة الصحة العامة. أنشطة الصحة العامة هي أشياء مثل:

« الوقاية أو السيطرة على المرض أو الإصابة أو العجز

« التبليغ عن الولادات والوفيات

« الإبلاغ عن ردود الفعل على الأدوية أو المشاكل مع المنتجات

« إشعار بسحب المنتجات التي قد يستخدمها الشخص

« إخطار شخص من المحتمل أن يكون قد تعرض لمرض أو معرض للإصابة أو نشر مرض أو حالة

- **إساءة أو إهمال.** يجوز لنا مشاركة المعلومات الصحية المحمية مع سلطة صحة عامة أو سلطة حكومية أخرى مخولة بموجب القانون لتلقي تقارير عن سوء المعاملة أو العنف أو الإهمال.

- **أنشطة الرقابة الصحية.** يجوز لنا مشاركة معلوماتك الصحية مع وكالة رقابة للأنشطة التي يصرح بها القانون. ومن الأمثلة على ذلك عمليات التدقيق والتحقيقات والتفتيش والترخيص. هذه الأنشطة ضرورية للحكومة لمراقبة نظام الرعاية الصحية والبرامج الحكومية والامتثال للقوانين واللوائح.

- **لتجنب تهديد خطير للصحة أو السلامة.** قد يستخدم Nemours أو يكشف عن معلوماتك الصحية عند الضرورة لمنع تهديد خطير لصحة وسلامة الجمهور أو شخص آخر أو أنت.

- **التبرع بالأعضاء والأنسجة.** إذا كنت متبرعًا بالأعضاء، فقد تكشف عن معلوماتك الصحية للمنظمات التي تتعامل مع شراء الأعضاء أو زراعة الأعضاء أو العين أو الأنسجة، أو إلى بنك التبرع بالأعضاء، حسب الضرورة لتسهيل التبرع وزرع الأعضاء.

- **تعويضات العمال.** قد تكشف عن معلوماتك الصحية لتعويض العمال أو برامج مماثلة. توفر هذه البرامج فوائد للإصابات أو الأمراض المرتبطة بالعمل.

- **العسكريون وقدامى المحاربين.** إذا كنت عضوًا في القوات المسلحة، فقد يكشف Nemours عن معلوماتك الصحية كما هو مطلوب من قبل سلطات القيادة العسكرية.

- **الإجراءات القضائية والإدارية.** قد نشارك معلوماتك الصحية ردًا على أمر محكمة أو إداري، أو أمر استدعاء، أو طلب اكتشاف أو أي إجراء قانوني آخر من قبل شخص آخر مشارك في النزاع.

## أين يمكنني الحصول على نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية؟

يمكنك طلب نسخة ورقية من هذا الإشعار في أي وقت، حتى إذا كنت قد وافقت على استلام الإشعار إلكترونياً. يرجى الاستفسار من أي شريك في Nemours وسنقدم لك نسخة على الفور.

يجوز لنا تغيير شروط هذا الإشعار، وستنطبق التغييرات على جميع المعلومات التي لدينا عنك. سيكون الإشعار الجديد متاحاً عند الطلب، في مكتبنا وعلى موقعنا على الإنترنت. (<https://www.nemours.org/privacy-practices.html>)

## ماذا لو اعتقدت أنه قد تم انتهاك حقوق معلومات الرعاية

### الصحية الخاصة بي وأريد تقديم شكوى؟

سنقوم بمعالجة كل سؤال أو تعليق أو قلق على الفور. هذا حق ممنوح لك ولن نتنقم Nemours منك لتقديم شكوى. يمكنك تقديم شكوى مباشرة إلى Nemours لحل أي مخاوف أو أسئلة حول معلوماتك الصحية. يمكن الوصول إلى مكتب الخصوصية عن طريق الاتصال بالرقم 6610-472 (800) أو عبر البريد الإلكتروني [privacy@nemours.org](mailto:privacy@nemours.org) أو بالبريد على هذا العنوان:

The Nemours Privacy Office, Attn: Chief Privacy Officer 10140 Centurion Parkway North, Jacksonville, FL 32256

يمكنك أيضاً تقديم شكواك إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية كتابياً إلى Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201 يرجى الاتصال بالرقم 6775 696 (877) أو زيارة [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints). إذا كنت ترغب في عدم الكشف عن هويتك، فاتصل بالخط الساخن الخاص بالامتثال لـ Nemours. 636-4685 (866)

### ماذا لو فقدت معلوماتي أو سُرقت من Nemours؟

سيصل بك مكتب خصوصية Nemours لإبلاغك بالمعلومات المفقودة وأفضل طريقة لحماية نفسك.

### المساعدة اللغوية

خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً. يرجى الاتصال بالرقم (800) 851-5691 للحصول على المساعدة. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات في موقعنا

<https://www.nemours.org/notice-of-nondiscrim.html>

- أفراد الأسرة وغيرهم من المشاركين في رعايتك الصحية. قد نشارك معلوماتك الصحية مع أصدقائك (أصدقائك) أو أحد أفراد أسرته المشاركين في رعايتك الطبية. سنفعل ذلك إذا سمحنا لنا بذلك، أو إذا كان ذلك وفقاً لتقديرنا المهني في مصلحة صحتك.
- الإغاثة في حالات الكوارث. قد نكشف عن معلومات صحية عنك للمنظمات التي تساعد في جهود الإغاثة في حالات الكوارث (مثل الصليب الأحمر) بحيث يمكن إخطار عائلتك بحالتك وحالتك وموقعك.

إذا لم تكن قادرًا على إخبارنا بما تفضله، على سبيل المثال إذا كنت فاقداً للوعي، فقد نمضي قدماً ونشارك معلوماتك إذا اعتقدنا أن ذلك في مصلحتك الفضلى. قد نشارك أيضاً معلوماتك عند الحاجة لتقليل تهديد خطير ووشيك للصحة أو السلامة.

### ماذا عن الاستخدامات الأخرى لمعلوماتي الصحية؟

لن يتم استخدام والكشف عن معلوماتك الصحية التي لا يغطيها هذا الإشعار أو القوانين الفيدرالية أو قوانين الولاية التي تحمي معلوماتك الصحية إلا بإذن كتابي منك.

### هل يمكنني إلغاء الإذن الخاص بي للإفصاح عن المعلومات الخاصة بي؟

إذا سمحت لنا باستخدام معلوماتك الصحية أو الكشف عنها، ولكنك غيرت رأيك، يمكنك إلغاء التفويض الخاص بك في أي وقت عن طريق إرسال طلبك إلى مكتب خصوصية Nemours باستخدام معلومات الاتصال أدناه. سنتوقف عن مشاركة معلوماتك فور معالجة طلبك. ومع ذلك، لن نتمكن من استعادة / فتح أي معلومات شاركناها بالفعل.

### كيف أتصل بمكتب خصوصية Nemours؟

يمكنك الوصول إلى مكتب خصوصية Nemours على -472 (800) 6610

أو البريد الإلكتروني [privacy@nemours.org](mailto:privacy@nemours.org) أو الاتصال بنا عبر البريد على هذا العنوان:

The Nemours Privacy Office, Attn: Chief Privacy Officer 10140 Centurion Parkway North, Jacksonville, FL 32256

