

## Okul İçi Sağlıklı Yaşam Merkezi

**Carrie Downie İlkokulu**

1201 Delaware Street  
New Castle, DE 19720  
Telefon: (302)323-2926

**Eisenberg İlkokulu**

27 Landers Lane  
New Castle, DE 19720  
Telefon: (302)429-4074

**New Castle İlkokulu**

903 Delaware Street  
New Castle, DE 19720  
Telefon: (302)323-2880

**Pleasantville İlkokulu**

16 Pleasant Place  
New Castle, DE 19720  
Telefon: (302)323-2935

**Wilmington Manor İlkokulu**

200 E. Roosevelt Avenue  
New Castle, DE 19720  
Telefon: (302)323-2901

**Castle Hills İlkokulu**

502 Moores Lane  
New Castle, DE 19720  
Telefon: (302)323-2915

**Wilbur İlkokulu**

4050 Wrangle Hill Road  
Bear, DE 19701  
Telefon: (302)832-6330

**Southern İlkokulu**

795 Cox Neck road  
New Castle, DE 19720  
Telefon: (302)832-6300

Sevgili Ebeveynler / Koruyucu Aileler:

Okul İçi Sağlıklı Yaşam Merkezi (SBWC), Nemours Çocuk Sağlığı ve Colonial Okul Bölgesi arasındaki bir ortaklıktır. Bu mektup, çocuğunuzun SBWC'ye kaydettirilmesi için bir davettir.

Çocuğunuzun okulundaki SBWC'ye sağlık bakım hizmeti, bir Doktor veya Pratisyen Hemşire ve bir Psikolog veya Lisanslı bir Klinik Sosyal Hizmet Görevlisi/Lisanslı Profesyonel Akıl Sağlığı Danışmanı tarafından sağlanmaktadır.

### Çocuğunuzu SBCW'ye kaydettirmek için aşağıdakileri temin etmeniz gerekmektedir:

- Çocuğunuz sigortalıysa, **güncel sigorta bilgileri** gereklidir. (Not: Sizden katkı payı (co-pay), müşterek sigorta (co-insurance) veya muafiyet (deductible) ödemesi alınmayacak ve hiç kimse ödeme yapmadığı için geri çevrilmeyecektir).
- **Doldurulmuş Onay Formu** (bu pakette mevcuttur).
- Doldurulmuş bir **Öğrenci Kayıt Formu** ve **Sağlık Geçmiş Formu** (bu pakette mevcuttur) Doldurulan kayıt formları mümkün olan en kısa sürede SBWC'ye geri verilmelidir.

### SBWC tarafından verilen hizmetler şunlardır:

- Fiziksel muayene
- Sağlık taramaları
- Aşılamalar
- Hafif hastalık ve yaralanmaların teşhisi ve tedavisi
- Danışmanlık (bireysel, aile ve grup)
- Kriz anında müdahale ve intiharı önleme
- Sağlık eğitimi / risk azaltma

Çocuğunuzun asıl doktorunun, çocuğunuzun pedyatrisyeni (çocuk doktoru) veya aile doktorunuz olmaya devam edeceğini unutmayın. SBCW, çocuğunuzun pedyatrisyeninin veya aile doktorunun yerine geçmez ve OİSM doktorları ve hemşireleri, çocuğunuzun bakımı için çocuğunuzun asıl doktoruyla birlikte çalışır. SBCW, asıl doktorunuz tarafından sağlanan sağlık bakımına katkıda bulunabilecek hizmetler sunar. Sağlık hizmetlerinin tekrarını önlemek ve çocuğunuza daha iyi sağlık bakımı sağlayabilmek amacıyla, uygun olduğunda ve sizin de izninizle, çocuğunuzun doktoruyla tıbbi bilgileri paylaşmaya devam edeceğiz. Çocuğunuzun doktoru yoksa, bir doktor bulmanıza yardımcı olabiliriz.

Çocuğunuzun SBCW'ye kaydını yaptıracağınızı umuyoruz. Böylelikle, sizinle ve çocuğunuzun asıl doktoruyla birlikte, çocuğunuzun sağlıklı kalması ve okula sürekli devamını sağlamak üzere çalışabiliriz. Lütfen çocuğunuzun çocuk doktoruna veya aile doktoruna, soruları olduğunda SBCW'yi arayabileceklerini iletin. **Sorularınız varsa veya daha fazla bilgi almak istiyorsanız, lütfen Okul İçi Sağlıklı Yaşam Merkezini arayın.**

Saygılarımla,

Denise Hughes  
Toplum Sağlığı Uzmanı  
(302) 332-2642



Hasta Adı:  
MRN:  
Doğum Tarihi:

## OKUL İÇİ SAĞLIK MERKEZİ HİZMETLER İÇİN VELİ / ÖĞRENCİ ONAYI

Ben, \_\_\_\_\_

(Öğrencinin Velisi / Yasal Temsilcisi)

(Öğrencinin Adı) için

**Nemours Çocuk Sağlığı (Nemours)** tarafından yönetilen Okul İçi Sağlık Merkezinde sağlık hizmeti almasına izin veriyorum.

### Verilen Hizmetler:

- Kapsamlı sağlık değerlendirmeleri (birinci basamak hekimi olmayan öğrenciler için)
- Aşılamalar
- Minör, akut ve kronik tıbbi rahatsızlıkların teşhisi ve tedavisi
- Uzmanlık gerektiren bakım, ağız ve göz sağlığı hizmetlerine sevk ve takibi
- Akıl sağlığı, krize müdahale, danışmanlık ve tedavi
- Acil psikiyatrik bakım, toplum ve destek programı dâhil olmak üzere akıl sağlığı ve madde bağımlılığı hizmetlerine sevk

Velisi / vasisi olduğum öğrencimin Okul İçi Sağlık Merkezine katılmasına izin vererek, aşağıdakileri onaylıyor ve kabul ediyorum:

1. Ekli Nemours Gizlilik Uygulamaları Bildirimi broşürünü alma ve inceleme fırsatım oldu. (*pakette mevcuttur*)
2. Kapsanan hizmetler için sigortama fatura kesilebileceğini **anladım** ve hizmetler sunulmadan önce sigorta bilgilerimi vermeyi kabul ediyorum.
3. Okul İçi Sağlık Merkezinin, hizmetlerinin kullanımı için katkı payı (co-pay) veya başka herhangi bir cepten ödeme talep etmeyeceğini **anladım**.
4. Verdiğim bu onayın, iptal edilmesinden önce yapılmış olan işlemler hariç olmak şartıyla, herhangi bir zamanda yazılı olarak iptal edilebileceğini **anladım**. Bu onay iptali yazılı olarak yapılmalı ve öğrencimin sağlık bakımıyla ilgili Okul İçi Sağlık Merkezine gönderilmelidir.
5. Okul İçi Sağlık Merkezinin Colonial Okul Bölgesi ile işbirliği içinde çalıştığını **anladım**. Bu işbirliğinin bir parçası olarak, her iki taraf da çocuğumla ilgili, okul ve tıbbi kayıtlar dâhil tüm yazılı ve sözlü bilgileri, yalnızca bilmesi gerekenlerin bilmesi (need-to-know) ilkesine uygun şekilde inceleyebilir ve paylaşabilir. Ayrıca çocuğun ve ailenin yararına olacak şekilde, ilgili tıbbi ve/veya sosyal ihtiyaçları Colonial Okulu personeli ile de müzakere edebilirler.
6. Kayıtlar (fotoğraflar, video, elektronik veya işitsel medya) dâhil olmak üzere bilgilerin, yalnızca aşağıdakiler için gerekli olduğunda toplanabileceğini, kullanılabilirliğini ve başkalarıyla paylaşılabilirliğini **anladım**:

## OKUL İÇİ SAĞLIK MERKEZİ HİZMETLER İÇİN VELİ/ÖĞRENCİ ONAYI

- Sağlık hizmeti sağlayıcıları ile tedavi koordinasyonu yapmak;
- Sizi yönlendirdiğimiz/sevk ettiğimiz sağlık hizmeti sağlayıcılarının gerekli tüm sağlık bilgilerine sahip olmasını sağlamak;
- Hizmete uygunluk, faturalandırma, hasar yönetimi, tıbbi gereklilik ve kullanım incelemesi;
- Bulaşıcı hastalıklar gibi hastalıkların veya yaralanmaların zorunlu bildirimini;
- Kanser ve aşılama gibi bilgi kayıt sistemlerine/sicillere yapılan zorunlu bildirimler ve
- Sağlık Bilgi Alışverişi Sistemlerine dâhil edilme.

7. Okul personelinin çocuğuma tıbbi muayene için eşlik/refakat etmesini **kabul ediyorum**.

8. Kayıt Sağlık Geçmiş Formunda verilen tüm bilgilerin ve bu onayın doğru ve eksiksiz olduğunu **kabul ediyorum**.

9. Telehealth (Uzaktan Sağlık)

- "Telehealth" in (Uzaktan Sağlık), sağlık bakımı sağlayıcımla aynı fiziksel konumda bulunmadan, dijital iletişim teknolojisini kullanarak, bakım ve tedaviyi değerlendirmeye, teşhis etmeye, danışmaya, eğitmeye, izlemeye ve yönetmeye yardım eden sağlık hizmetleri sunma yöntemi olduğunu anlıyorum.
- Hizmet sağlayıcımla aynı odada olmayacağım için telehealth muayenesinin yüz yüze muayeneyle aynı olmadığını anlıyorum. Hizmet sağlayıcımla aynı fiziki muayenenin bazı yönlerini gerçekleştiremeyeceğinden, rahatsızlığım bu teknolojinin kullanımını desteklemediği sürece telehealth yoluyla tedavi edilmeyeceğimi anlıyorum.
- Dijital iletişim teknolojisinin, uzaktan hasta izleme, güvenli video konferans ve/veya bakım ekibimle güvenli mesajlaşma dahil olmak üzere gerçek zamanlı iki yönlü ses, video veya diğer telekomünikasyon işlemleri veya elektronik iletişimlere içerebileceğini ancak bunlarla sınırlı kalmadığını anlıyorum.
- Telehealth hizmetlerinden yararlanmanın, uygun tıbbi değerlendirme ve yönetimi içeren ancak bunlarla sınırlı olmayan yararları olduğunu anlıyorum. Ayrıca, telehealth yoluyla tedavi almada, muayenenin daha sonraki bir zamana ertelenmesine ve/veya alternatif bir yöntemle yapılmasına neden olabilecek ses/görüntü bağlantısının kesilmesini ve nadiren de olsa gizli bilgilerime yetkisiz erişimi içeren ancak bunlarla sınırlı olmayan riskler bulunduğunu anlıyorum. Teknik bir arıza durumunda, derhal hizmet sağlayıcımla işyeriyle iletişime geçmem veya acil bir durumda 911'i aramam gerektiğini anlıyorum.
- Tıbbi bilgilerimin gizliliğini koruyan yasaların telehealth için de geçerli olduğunu ve Nemours'un gizliliğimi korumaya yardımcı olmak ve kişiye özel mesajlarımın yalnızca amaçlanan bakım ekibi üyesine/üyelerine gönderilmesini sağlamak için güvenlik protokolleri kullandığını anlıyorum.

**OKUL İÇİ SAĞLIK MERKEZİ  
HİZMETLER İÇİN VELİ/ÖĞRENCİ ONAYI**

- Nemours'un telehealth muayenesinin videosunu veya sesini, kayıt sırasında benim iznim olmadan kaydetmeyeceğini anlıyorum.
- Hizmet sağlayıcıım veya bakım ekibimin nitelikli bir üyesinin bunu uygun ve gerekli gördüğü zaman ve durumlarda, Nemours'un telehealth iletişim hattı aracılığıyla benden sağlık bilgilerimi almasına ve bana sağlık hizmetleri sunmasına izin veriyorum.
- İstediğim zaman telehealth hizmetlerine katılımı reddedebileceğimi veya durdurabileceğimi ve yüz yüze muayene gibi alternatif hizmetler talep edebileceğimi anlıyorum.

10. Velisi/vasisi olduğum öğrenci ve ben bu izin belgesini dikkatlice okuduk. Konu hakkındaki tüm sorularım beni tatmin edecek şekilde cevaplanmıştır. Bu Hizmet İznini imzalamadan önce veya sonra herhangi bir sorum olduğunda, Okul İçi Sağlık Merkezi Koordinatörüne telefonla arayabileceğimi anlıyorum.

Aşağıya imzama atarak, yukarıda adı geçen öğrencinin velisi veya yasal temsilcisi olduğumu ve öğrencimin Okul İçi Sağlık Merkezinde sunulan hizmetlere ilişkin yukarıdaki izin beyanlarını okuduğumu tasdik ediyorum ve kendi irademle öğrencimin bu hizmetlere katılmasını kabul ediyorum. Hizmetlerden / tedaviden elde edilebilecek sonuçlarla ilgili olarak bana hiçbir garanti veya güvence verilmediğini kabul ediyorum.

**Velinin / Yasal Temsilcinin İmzası:** \_\_\_\_\_

**Velinin / Yasal Temsilcinin Adını Yazın:** \_\_\_\_\_

**Hasta ile olan Akrabalık Bağı:** \_\_\_\_\_ **Tarih:** \_\_\_\_\_ **Saat:** \_\_\_\_\_ (AM/PM)

\*Nemours bünyesinde bulunanlar: Florida'daki kar amacı gütmeyen bir şirket olan Nemours Foundation, bu şirketin işletme bölümleri ve tesisleri ve Nemours Çocuk Hastanesi, Delaware; Nemours Çocuk Hastanesi, Florida; Nemours Çocuk Hastanesi, Cerrahi Merkezi, Bryn Mawr ve Nemours Çocuk Hastanesi, Cerrahi Merkezi, Deptford ve Nemours Çocuk Sağlığı adı altında faaliyet gösteren tüm kuruluşlar dâhil bağlı kuruluşları ve yan kuruluşları.



Hasta Adı:  
MRN:  
Doğum Tarihi:

## Reşit Olmayanlar İçin Okul İçi Sağlık Merkezi Karar Verici Yetkilendirmesi

Ben, \_\_\_\_\_ yetkilendiriyorum \_\_\_\_\_  
(Öğrencinin Velisi/Yasal Temsilcisi) (Karar Vericinin Adı)

kendi yerime bir karar verici olarak \_\_\_\_\_  
(Çocuğın Adı) (Doğum Tarihi)

Çocuğum için gereken tıbbi bakım ve tedavi hakkında görüşmesi ve gereken izinleri vermesi için yukarıda adı geçen kişiye yetki veriyorum.

Bu yetkilendirmenin, çocuğum Colonial Okul Bölgesi İlkokullarından herhangi birinde öğrenci olduğu sürece geçerli kalacağını anlıyorum. Bu yetkilendirmeyi iptal etmek için lütfen Sağlık Merkezi ile iletişime geçin (*belge pakette mevcuttur*).

Velinin / Yasal Temsilcinin İmzası: \_\_\_\_\_

Velinin / Yasal Temsilcinin Adını Yazın: \_\_\_\_\_

Hasta ile olan Akrabalık Bağı: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_\_ Saat: \_\_\_\_\_ (AM/PM)

\*Nemours bünyesinde bulunanlar: Florida'daki kar amacı gütmeyen bir şirket olan Nemours Foundation, bu şirketin işletme bölümleri ve tesisleri ve Nemours Çocuk Hastanesi, Delaware; Nemours Çocuk Hastanesi, Florida; Nemours Çocuk Hastanesi, Cerrahi Merkezi, Bryn Mawr ve Nemours Çocuk Hastanesi, Cerrahi Merkezi, Deptford ve Nemours Çocuk Sağlığı adı altında faaliyet gösteren tüm kuruluşlar dâhil bağlı kuruluşları ve yan kuruluşları.

**Okul İçi Sağlık Merkezi Hasta Kayıt Formu**

Okul: (Lütfen daire içine alın)						
Carrie Downie İlkokulu	Castle Hills İlkokulu	Eisenberg İlkokulu	New Castle İlkokulu			
Pleasantville İlkokulu	Southern İlkokulu	Wilbur İlkokulu	Wilmington Manor İlkokulu			
Sınıfı: K 1 2 3 4 5			Öğrenci Kimlik (yemek) numarası:			
Hastanın Soyadı:		İlk Adı:		İkinci Adı:		
Tanımlanmış Cinsiyeti:	Erkek	Kız	Transgender Erkek	Transgender Kız	Cevap Vermek İstemiyorum	
Adres:					Doğum Tarihi:	
Şehir:		Eyalet:	Posta Kodu:			
Dili (Birini işaretleyin)	İngilizce	İspanyolca	İşaret Dili	Fransızca	Diğer	Nemours Hastası mı? (Birini işaretleyin): Evet Hayır
İngilizce biliyor mu?	Hiç bilmiyor	Az biliyor	İyi biliyor	Çok iyi biliyor	Cevap verilmedi	Çevirmen Gerekli mi? (Birini işaretleyin): Evet Hayır
Etnik Köken (Birini işaretleyin):	Porto Rikolu	Meksikalı, Meksikalı Amerikalı, Chicano/a			Küba Kökenli	
	Hispanik ve Latin olmayan	Başka bir Hispanik, Latin veya İspanyol			Cevap verilmedi	
İrki (Birini işaretleyin):	Amerikan Yerlisi veya Alaska Yerlisi	Asyalı Hintli	Siyahi veya Afrika Kökenli Amerikalı		Çinli	
	Filipinli	Guamlı veya Chamorro	Japon		Koreli	
	Hawaii Yerlisi	Samoalı	Beyaz veya Kafkasyalı		Vietnamlı	
	Diğer Asyalı	Diğer Pasifik Adalarından	Diğer		Cevap verilmedi	
Veli 1 Kimliğindeki Tam Adı:			Doğum Tarihi:		Ev Telefon No:	
Adres:			Cep Telefon No:			
Şehir:		Eyalet:	Posta Kodu:		İş Telefon No:	
Hastanın velisi misiniz? (Birini işaretleyin) <input type="checkbox"/> Tam velayet <input type="checkbox"/> Ortak velayet <input type="checkbox"/> Velisi değilim						
Veli 2 Kimliğindeki Tam Adı:			Doğum Tarihi:		Ev Telefon No:	
Adres:			Cep Telefon No:			
Şehir:		Eyalet:	Posta Kodu:		İş Telefon No:	
Hastanın velisi misiniz? (Birini işaretleyin) <input type="checkbox"/> Tam velayet <input type="checkbox"/> Ortak velayet <input type="checkbox"/> Velisi değilim						
Yasal Temsilcisinin Adı (annesi veya babası değilse):			Doğum Tarihi:		Ev Telefon No:	
Öğrenci ile olan Akrabalık Bağ:						
Adres:			Cep Telefon No:			
Şehir:		Eyalet:	Posta Kodu:		İş Telefon No:	
Hastanın velisi misiniz? (Birini işaretleyin) <input type="checkbox"/> Tam velayet <input type="checkbox"/> Ortak velayet <input type="checkbox"/> Velisi değilim						

Hasta Adı:  
MRN:  
Doğum

## Okul İçi Sağlık Merkezi Hasta Kayıt Formu

► Sigorta Bilgileri (GEREKLİDİR) –  
**Sigorta Kartının Önünün ve Arkasının Bir Kopyasını gönderin veya fotoğrafını çekin ve ([SBHC@nemours.org](mailto:SBHC@nemours.org)) adresine e-posta ile gönderin**

Sağlık hizmeti için ödeme kaynağı, lütfen aşağıdakilerden birini işaretleyin:

\_\_\_\_\_ Sigortası Yok  
\_\_\_\_\_ Medicaid Hizmet Sağlayıcı: \_\_\_\_\_  
Medicaid Numarası: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Ticari Sigorta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Poliçe No: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Sigorta Katılımcısının Adı: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Öğrenci ile olan Akrabalık Bağı: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Sigorta Katılımcısının Doğum Tarihi: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Delaware Sağlıklı Çocuklar Programı

### İkincil Sigorta Bilgileri:

\_\_\_\_\_ Medicaid Hizmet Sağlayıcı: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Medicaid Numarası: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Ticari Sigorta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Poliçe No: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Sigorta Katılımcısının Adı: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Öğrenci ile olan Akrabalık Bağı: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Sigorta Katılımcısının Doğum Tarihi: \_\_\_\_\_

Kısaltmalar: K: Anaokulu; ID: Kimlik; #: Numara

\*Nemours bünyesinde bulunanlar: Florida'daki kar amacı gütmeyen bir şirket olan Nemours Foundation, bu şirketin işletme bölümleri ve tesisleri ve Nemours Çocuk Hastanesi, Delaware; Nemours Çocuk Hastanesi, Florida; Nemours Çocuk Hastanesi, Cerrahi Merkezi, Bryn Mawr ve Nemours Çocuk Hastanesi, Cerrahi Merkezi, Deptford ve Nemours Çocuk Sağlığı adı altında faaliyet gösteren tüm kuruluşlar dâhil bağlı kuruluşları ve yan kuruluşları.

Hasta Adı:

MRN:

Doğum

## Okul İçi Sağlık Merkezi Sağlık Geçmişi Formu

Okul İçi Sağlık Merkezi personelinin yüksek kalitede sağlık bakım hizmeti sunabilmesi için eksiksiz ve doğru doldurulmuş bir sağlık geçmişi gereklidir. Lütfen bu formu elinizden geldiğince doldurun ve tüm bilgileri yazın.

Öğrencinin Adı \_\_\_\_\_ Doğum Tarihi \_\_\_\_\_ Sınıfı \_\_\_\_\_  
(Soyadı) (İlk Adı) (İkinci Adı)

Çocuğunuzun alerjisi var mı? (gıda, ilaç, lateks)

Evet  Hayır Evet ise hepsini yazın. \_\_\_\_\_

Lütfen çocuğunuzun kullandığı ilaçlar hakkında aşağıdaki bilgileri verin.

İlaçların adı	Kullanma nedeni	Ne kadar süreyle kullanıldığı
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sağlayıcısının Adı: \_\_\_\_\_

Son Fiziksel Muayene Tarihi: \_\_\_\_\_

Lütfen ÇOCUĞUNUZUN aşağıdakilerden herhangi birini geçirip geçirmediğini belirtin:

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dikkat Dağınıklığı/<br>Dikkat Dağınıklığı - Hiperaktivite | <input type="checkbox"/> Su Çiçeği                      | <input type="checkbox"/> İştme Sorunları                    | <input type="checkbox"/> Mevsimsel Alerjiler       |
| <input type="checkbox"/> Anemi (Kansızlık)   | <input type="checkbox"/> Gelişme Geriliği / Gecikmesi   | <input type="checkbox"/> Kalp Rahatsızlığı                  | <input type="checkbox"/> Nöbet Geçirme             |
| <input type="checkbox"/> Astım   | <input type="checkbox"/> Diyabet                        | <input type="checkbox"/> Böbrek / Mesane Hastalığı          | <input type="checkbox"/> Orak Hücre Anemisi        |
| <input type="checkbox"/> Otizm   | <input type="checkbox"/> Kulak Enfeksiyonu              | <input type="checkbox"/> Zatürre / Akciğer İltihaplanması   | <input type="checkbox"/> Mide / Bağırsak Sorunları |
| <input type="checkbox"/> Doğumdan Gelen Kusur / Genetik Sorunlar                   | <input type="checkbox"/> Egzama / Mayasıl               | <input type="checkbox"/> Prematürite                        | <input type="checkbox"/> Tüberküloz / Verem        |
| <input type="checkbox"/> Kanser  | <input type="checkbox"/> Gıda Alerjileri                | <input type="checkbox"/> Tekrarlayan İdrar Yolu Enfeksiyonu | <input type="checkbox"/> Görme Sorunları           |
| <input type="checkbox"/> Serebral Palsi  | <input type="checkbox"/> Gastroözofagus reflü hastalığı | <input type="checkbox"/> Romatizmal Kalp Hastalığı          |  |

Kısaltmalar: ADD/ADHD: Dikkat Eksikliği Bozukluğu/Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; GERD: Gastroözofagus Reflü Hastalığı

Yukarıdakilerden herhangi birini işaretlediyseniz, lütfen daha fazla ayrıntı verin. \_\_\_\_\_

Çocuğunuz hiç hastaneye yatırıldı mı veya duygusal sağlık için danışmanlık aldı mı?

Evet  Hayır Evet ise, ne zaman? \_\_\_\_\_ Nerede? \_\_\_\_\_  
Sebebi: \_\_\_\_\_



**Okul İçi Sağlık Merkezi Sağlık Geçmiş Formu**

**ÇOCUĞUNUZUN AİLE ÜYELERİNİN** (anne-baba, erkek kardeş, kız kardeş, büyükanne, büyükbaba, teyze, amca vb.) aşağıdaki hastalıklardan herhangi birini geçirip geçirmediğini kontrol edin ve hastalığın yanında hangi aile üyesi olduğunu belirtin.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alkolizm / Uyuşturucu Kullanımı ____ | <input type="checkbox"/> Genetik Bozukluk _____                   | <input type="checkbox"/> Obezite _____            |
| <input type="checkbox"/> Anemi (Kansızlık) _____              | <input type="checkbox"/> Kalp Rahatsızlığı _____                  | <input type="checkbox"/> Nöbet Geçirme _____      |
| <input type="checkbox"/> Astım _____                          | <input type="checkbox"/> Hipertansiyon _____                      | <input type="checkbox"/> Orak Hücre Anemisi _____ |
| <input type="checkbox"/> Kanser _____                         | <input type="checkbox"/> Yüksek Kolesterol _____                  | <input type="checkbox"/> Uyku Bozukluğu _____     |
| <input type="checkbox"/> Doğuştan Gelen İşitme Kaybı _____    | <input type="checkbox"/> Böbrek / Mesane Hastalığı _____          | <input type="checkbox"/> Felç / İnme _____        |
| <input type="checkbox"/> Depresyon _____                      | <input type="checkbox"/> Karaciğer / Safra Kesesi Hastalığı _____ | <input type="checkbox"/> Açıklanamayan Ölüm _____ |
| <input type="checkbox"/> Diyabet/Şeker _____                  | <input type="checkbox"/> Akıl Hastalığı _____                     | <input type="checkbox"/> Diğer _____              |

**Velinin / Yasal Temsilcinin Soruları/Endişeleri**

Herhangi bir endişeniz varsa, lütfen Okul İçi Sağlık Merkezinden bir randevu alın veya endişelerinizi dile getirmek için bizi (1-302-429-4083) numaralı telefondan arayın.

**Sigorta yaptıрма, doktor veya dış hekimi bulma konusunda yardım almak isterseniz, lütfen Okul İçi Sağlık Merkezini arayın.**

Dolduranın İmzası: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_\_ Saat: \_\_\_\_\_ AM/PM

Dolduranın İsmi: \_\_\_\_\_

Kontrol Edenin İmzası: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_\_ Saat: \_\_\_\_\_ AM/PM

Kontrol Edenin İsmi: \_\_\_\_\_



# Sağlığın Sosyal Belirleyicileri

Şu tarih itibarıyla geçerlidir: 12/08/2020

Hastanın Adı:

Doğum Tarihi:

Bugünün Tarihi:

*Nemours'ta, çocuğunuz ve aileniz için mümkün olan en iyi sağlık hizmetini vermek istiyoruz. Ne yediğiniz, buraya gelmenizin ne kadar zor olacağı, işiniz ve ilaç ya da tıbbi tedavi için ödeme yapıp yapamayacağınız gibi hayatınızdaki birçok şey çocuğunuzun sağlığını etkileyebilir. Bu sorularla çocuklara ve ailelerine nasıl daha iyi bir hizmet verebileceğimizi öğreniyoruz. Bu sorular bazı özel konuları içerebilir, ancak tüm tıbbi kayıtlarınız gibi paylaştığımız her şey özel ve gizli tutulacaktır. Kanunen herhangi bir istismarı yetkililere bildirmemiz gerekmektedir.*

## Formu doldurmak ister misiniz?

Evet  Hayır

1. Son 12 ayda, satın aldığınız yiyeceklerin yetmediği ve daha fazlasını alacak paranızın olmadığı zamanlar oldu mu?

Evet  Hayır

2. Son 12 ayda, siz veya çocuğunuz için bir doktor, diş hekimi veya ilaç için ödeme yapmakta zorlandığınız oldu mu?

Evet  Hayır

3. Son 12 ay içinde, eczaneye ya da doktora gidemediğiniz için çocuğunuz hiç ilaçsız kaldı mı veya bir tıbbi randevuyu kaçırdı mı?

Evet  Hayır

4. Son 12 ayda, faturanızı (elektrik, gaz, su, ısıtma veya telefon) ödeyemediğiniz için bir kamu hizmeti şirketi aldığınız hizmeti kesti mi?

Evet  Hayır

5. Kesintisiz / güvenilir İnternet'e erişim sıkıntısı yaşıyor musunuz?

Evet  Hayır

6. Son 12 ay içinde siz veya çocuğunuz 1 gece bile olsa hiç bir barınma evinde kalmak, başkalarının yanında kalmak, bir otelde kalmak, sokakta, deniz kenarında, arabada veya parkta yaşamak zorunda kaldınız mı?

Evet  Hayır

7. Şu anda yaşadığınız yerde küf, böcek, karınca veya fare, kurşun boya veya boru tesisatı, ısıtma veya klima olmaması, duman dedektörü, fırın veya ocağın çalışmaması veya olmaması, su sızıntısı veya diğer tamir gerektiren bir sorunuz var mı?

Evet  Hayır

8. Evinizi kaybetme konusunda endişeli misiniz?

Evet  Hayır

9. Koruyucu aile / akraba bakımı veya velayet anlaşmanız veya ailenizin göçmenlik durumu hakkında herhangi bir endişeniz var mı?

Evet  Hayır

10. Son 12 ay içinde siz veya başka bir aile üyesi darp edildi mi, tehdit edildi mi, taciz edildi mi veya zorbalığa uğradı mı?

Evet  Hayır

11. Mahallenizde güvenlik, silahlı şiddet, temizlik veya suç ile ilgili herhangi bir endişeniz var mı?

Evet  Hayır

12. Bazen doktorunuzun veya hemşirenizin çocuğunuzun sağlığı veya ilaçları hakkında söylediklerini anlamakta güçlük çekiyor musunuz?

Evet  Hayır

13. Bazen doktorun talimatlarını ve tıbbi evrakları anlamakta zorlanıyor musunuz?

Evet  Hayır

14. Son 12 ay içinde sizin veya çocuğunuzun (ulaşım veya çocuk bakımı gibi bir konuda) yardıma ihtiyaç duyduğu ve arayabileceğiniz kimsenin olmadığı bir zaman oldu mu?

Evet  Hayır Evet ise, lütfen açıklayabilir misiniz?

Bu ihtiyaçlarınızı nasıl karşılayabileceğiniz hakkında bilgi almak ister misiniz?

Evet  Hayır

Geçerlilik Tarihi: 6 Temmuz 2021

# Gizlilik Uygulamaları Bildirimi

Nemours Gizlilik Uygulamaları Bildirimi (Bildirim) siz veya çocuğunuzla ilgili tıbbi bilgilerinin nasıl kullanılabileceğini ve paylaşılabileceğini ve sizin bu bilgilere nasıl ulaşabileceğinizi tanımlamaktadır. **Lütfen dikkatli bir şekilde gözden geçirin.**

## Sizin Bilgileriniz

Sağlık kayıtlarınız Nemours'a aittir, ancak bu bilgiler SİZİN bilgilerinizdir.

## Bizim Sorumluluğumuz...

- Sağlık bilgilerinizin gizlilik ve güvenliğini sağlamak.
- Bu Bildirimde tanımlanan görevleri ve gizlilik uygulamalarını yerine getirmek.
- Bu Bildirimde bir kopyasını size vermek ve sorularınız veya endişeleriniz olması halinde yardımcı olmak için hazır olmak.
- Bize aksini söylemediğiniz takdirde bilgilerinizi sadece burada tanımlandığı şekilde kullanmak veya paylaşmak. Bize bu bilgileri kullanabileceğimizi söylemeniz dahi fikrinizi istediğiniz zaman değiştirebilirsiniz. Fikrinizi değiştirdiğinizde bize yazılı olarak bildirin.
- Bilgilerinizin açıklanması durumunda sizi derhal bilgilendirmek.

**HIPAA kapsamındaki haklarınızla ilgili daha fazla bilgi edinmek için lütfen <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/index.html> adresini ziyaret edin.**



**NEMOURS**  
CHILDREN'S HEALTH

Tıbbın Hayli Ötesinde

## Sağlık Bilgileri ile İlgili Haklarınız

### • Kayıtlara Erişim

Sağlık kayıtlarınızı ve diğer sağlık bilgilerinizi elektronik olarak veya yazılı dökümünü talep edebilirsiniz. Genellikle talebinizi takip eden 30 gün içerisinde sağlık bilgilerinizin bir kopyasını veya özetini sunacağız. Makul, maliyeti esas alan bir ücret talep edebiliriz.

Bazı nadir durumlarda talebinizi bir açıklama sunarak reddedebiliriz. Talebinizi reddedersek, Nemours tarafından seçilecek farklı bir sağlık uzmanı tarafından incelenmesini talep edebilirsiniz. Bu incelemenin sonucuna bizde uyacağız.

### • Sağlık Kayıtlarınız Üzerinde Değişiklik Yapın

Hatalı veya eksik olduğunu düşündüğünüz sağlık bilgilerinizi düzeltmemizi isteyebilirsiniz. Bunu nasıl yapacağınızı bize sorun. Talebinize “hayır” cevabını verebiliriz, ancak bunun nedenini 60 gün içerisinde size sunacağız.

### • Kısıtlama Talepleri

Nemours’tan sağlık bilgilerinizi tedavi, ödeme veya sağlık hizmetleri faaliyetleri için paylaşmamasını isteyebilirsiniz. Aynı zamanda bakımınıza katılan kişilere paylaşma kısıtı getirmesini de isteyebilirsiniz. Örneğin, bir prosedür veya tedavi ile ilgili bilgi paylaşmamamızı isteyebilirsiniz.

Talebinizi olumlu karşılama zorunluluğumuz olmamakla birlikte, yerine getirmeye çalışacak ve bununla ilgili sizi bilgilendireceğiz. Kısıtlama isteğini kabul etmemiz durumunda, bilginin tedavi için gerekli olduğu durumlar hariç buna uygun davranırız.

Bir hizmet veya sağlık bakım işleminin tamamını cebinizden ödüyorsanız, ödemeyle ya da faaliyetlerimizle ilgili bu bilgileri sağlık sigorta şirketiniz ile paylaşmamamızı isteyebilirsiniz. Bu bilginin paylaşımının kanunen gerekli olmadığı durumda “evet” yanıtını vereceğiz.

### • Gizli İletişimler için Talepler

Sizinle e-posta, metin mesajı, telefon ve hasta portalımız üzerinden iletişim kurabiliriz. Portalımız dışındaki e-postalar, metin mesajları veya elektronik iletişimler şifrelenmemiş ya da güvenli olmayabilir ve başka bir kişi veya kurum tarafından görüntülenebilir. Sizinle iletişim kurmamız için cep telefonu numaranızı veya e-posta adresini vermeniz durumunda bu riskleri anladığınızı varsayacağız.

Sağlık konularınız ile ilgili, sizi en rahat hissettiren yöntemle size ulaşmamızı talep edebilirsiniz. Örneğin, sadece isteyken size ulaşmamızı veya sadece e-posta ile iletişim kurmamızı isteyebilirsiniz. Makul tüm taleplere “evet” yanıtını vereceğiz.

### • Korunan Sağlık Bilgileri üzerinde Düzeltmeler

Elimizdeki bilgilerinizin hatalı veya eksik olduğunu düşünüyorsanız, bir güncelleme talep edebilirsiniz.

Nemours talebi değerlendirecek ve size yazılı olarak cevabını iletacaktır. Onaylanması durumunda, Nemours bilgileri güncelleyecektir. Bilgilerin paylaşıldığı kişilere de bildirimde bulunmak için makul seviyede çaba göstereceğiz.

Talebinizi reddedersek, Nemours 60 gün içerisinde talebinizi neden reddettiğini ve kararın nasıl itiraz edilebileceği ile ilgili talimatları iletacaktır.

### • Paylaşımların Takibi

Sorduğunuz tarihten önceki altı yıl için sağlık bilgilerinizin paylaşılma sayısını, kimlerle paylaştığımızı ve neden paylaştığımızı içeren bir listeyi (takip listesi) talep edebilirsiniz.

Tedavi, ödeme ve sağlık operasyonları ve bazı diğer paylaşımlar hariç (örneğin sizin paylaşmamızı istediğiniz durumlar) tüm paylaşımları dâhil edeceğiz. Hesap dönemi başına bir listeyi ücretsiz olarak sunacağız, ancak 12 ay içerisinde bir tane daha liste istemeniz halinde makul, maliyet bazlı bir ücret talep edebiliriz.

### • Kişisel Temsilciler

Herhangi birine tıbbi bir vekaletname verdiyseniz veya yasal bir vasiniz varsa, bu kişi sizin adınıza haklarınızı koruyabilir ve sağlık bilgileriniz hakkında karar verebilir. Herhangi bir işlem yapmadan önce bu kişinin yetkisi olduğundan ve sizin adınıza hareket edebileceğinden emin olacağız.

## Nemours benim bilgilerimi nasıl kullanabilir ve paylaşabilir?

Sağlık bilgilerinizi aşağıdaki amaçlarla ve verilen örneklere uygun şekilde kullanabilir ve paylaşabiliriz:

### • Mümkün olan en iyi tedaviyi almanızı sağlamak üzere;

Teşhis ve tedavi bilgilerinizin ayrıntılarını diğer sağlık hizmetleri uzmanlarıyla paylaşacağız. Teşhis ve tedavi bilgilerinizi Sağlık Bilgi Değişimi üzerinden paylaşacağız; böylece bu bilgi değişimine katılan uzmanlarca tedavi edildiğiniz durumlarda gereksiz gecikmeler yaşamayacaksınız. Bilgilerinizin Sağlık Bilgi Değişimi üzerinde paylaşılmasını önlemek için Gizlilik Ofisi ile temasa geçebilirsiniz. Teşhis ve tedavi bilgilerinizi mümkün olan en iyi bakımı almanızı sağlamak için gerekli olduğunda Nemours içerisinde paylaşacağız.

### • Sağladığımız hizmetler için ödeme almak amacıyla;

Size sağladığımız hizmetlerin ödemesini sigorta şirketinden almak üzere bu bilgileri iletiriz. Planlanan tedaviler paylaşılabilir, böylelikle ihtiyaç duyduğunuz tedavi hizmetleri için onay alabiliriz.

### • Bakım ve hizmetlerimizin kalitesini iyileştirmek. Tedavi yöntemlerinizi geliştirmek üzere sağlık bilgilerinizin tamamını veya bir kısmını kullanabiliriz. Hastalarımıza ve ailelerine en iyi hizmetleri sunabilmek için sağlık bilgilerinizi kullanacağız. Sağlık bilgilerinizi hizmetlerimizi, programlarımızı ve tesislerimizi değerlendirmek için iş ortaklarımızla paylaşabiliriz.

### • Sizi sağlıkla ilgili hizmetler ve faydaları hakkında bilgilendirmek için:

- » böylece yeni Nemours hizmetleri veya yerleri hakkında bilgi edinebilirsiniz
- » hastalığınız veya durumunuza ilişkin size eğitim materyalleri göndermek için
- » bir doktor veya başka bir sağlık uzmanının katılımı ya da ayrılmasına ilişkin bildirim yapmak için
- » size randevularınız ve reçetelerinizin tekrarına dair hatırlatma yapmak için
- » size özel etkinlikler ve bağış etkinlikleri hakkında bilgi vermek için

- **Diğer sağlık kuruluşları ve uzmanları ile işbirliği yapmak için.** Bunları bakım hizmetlerini koordine etmek ve sağlamak, maliyetleri azaltmak, kaliteyi iyileştirmek ve sunduğumuz hizmetlerin değerini arttırmak için yapmaktayız. Bu gibi işbirliklerine örnekler aşağıdaki gibidir:
  - » Klinik Olarak Entegre Ağlar (KEA), diğer sağlık kuruluşlarında hizmet sunmak ve
  - » diğer Organize Sağlık Bakım Düzenlemeleri (DSBD).

## Sizin onaylamadığınız ya da karşı çıkmadığınız hangi bilgileri paylaşabiliriz?

- **Yasal Gerekliliklerin Mevcut Olması Durumunda.** Ulusal, bölgesel veya yerel yasalar sağlık bilgilerinizi paylaşmamızı gerektiriyorsa, bunlara uyum sağlamakla yükümlüüz.
- **Kamu Sağlığı Nedeni ile.** Sağlık bilgilerinizi kamu sağlığı etkinlikleri için paylaşabiliriz. Kamu sağlığı etkinliklerine örnekler şunlardır:
  - » hastalık, sakatlık veya engellilik durumunu önlemek veya kontrol etmek
  - » doğumları ve ölümleri raporlamak
  - » ilaçlara reaksiyonları veya ürünlerle ilgili sorunları raporlamak
  - » bir kişinin kullanabileceği ürünlerin geri çağırılma bildirimleri
  - » bir hastalığa maruz kalmış veya bir hastalığa yakalanma riskine sahip ya da bir hastalığı veya durumu yayma riski olan kişiye bildirimde bulunmak
- **Suistimal veya İhmal.** Yasalar tarafından suistimal, şiddet veya ihmal raporlarının verilmesi gereken kamu sağlığı yetkilileri ya da diğer hükümet kurumları ile korunan sağlık bilgilerini paylaşabiliriz.
- **Sağlık Hataları ile İlgili Etkinlikler.** Sağlık bilgilerinizi, yasalarca yetkilendirilmiş etkinlikler için sağlık hataları ajansıya paylaşabiliriz. Buna örnekler denetimler, araştırmalar, gözetimler veya lisans çalışmaları olabilir. Bu etkinlikler, hükümetin sağlık sistemini, hükümet programlarını ve kanun ve yönetmeliklere uygunluğu denetlemesi için gereklidir.
- **Sağlık veya Güvenliğe karşı Ciddi bir Tehdidin Önüne Geçmek.** Kamunun, başka bir kişinin veya sağlık ve güvenliğinize ciddi bir tehdidi önlemek için gerekli olması halinde Nemours sağlık bilgilerinizi kullanabilir ya da paylaşabilir.
- **Organ veya Doku Bağışı.** Bir organ bağışçısı iseniz, sağlık bilgilerinizi gerekli olması durumunda organ temini veya organ, göz veya doku naklini düzenleyen kuruluşlara veya bir organ bağış bankasına, bağış ve nakil sağlamak üzere halinde paylaşabiliriz.
- **Çalışanların Tazminatları.** Sağlık bilgilerinizi çalışan tazminatları veya benzer programlar için paylaşabiliriz. Bu programlar işle ilgili yaralanmalar veya hastalıklar için tazminat sağlar.
- **Silahlı Kuvvetler Mensupları ve Gaziler.** Silahlı Kuvvetlerin bir üyesiyse, Nemours askeri birliklerin yetkililerince talep edilen sağlık bilgilerinizi paylaşabiliriz.
- **Hukuki ve İdari Davalar.** Sağlık bilgilerinizin bir mahkeme kararı veya idari karar, celp, arama emri ya da anlaşmazlığa taraf diğer kişilerce yürütülen bir mahkeme sürecinde istenmesi halinde paylaşabiliriz.

- **Sorgu Hakimleri, Adli Tabipler ve Cenaze İşleri Yöneticileri.** Sağlık bilgilerinizi bir sorgu hakimi veya adli tabiple paylaşabiliriz. Örneğin, bu vefat etmiş bir kişiyi teşhis etmek veya ölüm sebebini belirlemek için gerekli olabilir. Sağlık bilgilerinizi aynı zamanda cenaze işleri yöneticileri ile paylaşabiliriz.
- **İslah Kurumları.** Bir ıslah kurumunda bulunuyorsanız, sağlık bilgilerinizi ıslah kurumu veya bir emniyet yetkilisi ile paylaşabiliriz. Bu, size sağlık bakım hizmeti sağlamak, başkalarının sağlık ve güvenliğini korumak veya ıslah kurumunun sağlık ve güvenliğini sağlamak için gerekli olabilir.
- **Ulusal Güvenlik ve İstihbarat Etkinlikleri.** Sağlık bilgilerinizi, yasalar ile belirlenmiş istihbarat, karşı istihbarat ve diğer güvenlik kurumlarının yetkilendirilmiş görevlileri ile istihbarat amacı ile paylaşabiliriz.
- **Başkan ve Diğerleri için Koruma Hizmetleri.** Sağlık bilgilerinizi devletin emniyet görevlileri ile seçimle göreve gelen kişilerin ve devlet başkanlarının güvenliğini sağlamak ve yetkililerin soruşturmaları yürütmesi amacı ile paylaşabiliriz.
- **Güvenlik Güçleri.** Emniyet görevlileri tarafından talep edilmesi halinde sağlık bilgilerinizi paylaşabiliriz:
  - » bir şüphelinin, kaçağın, olay görgü tanığının ya da kayıp bir kişinin teşhis edilmesi ya da yerinin belirlenmesi için bir suç araştırmasını yürütme esnasında;
  - » şüpheli bir hareket sonucunda olabileceğine inandığımız bir ölümü araştırırken;
  - » Olay yeri, kurbanları veya suçu işleyen kişinin kimliğini, tanımını ya da yeri de dâhil olmak üzere, bir suç raporu için gerekli olan durumlarda.
- **Araştırma.** Birçok araştırma etkinliğini yürütüyoruz ve katılıyoruz. Tüm araştırma projeleri, hasta güvenliği, refahı ve gizliliğini korumak için özel bir değerlendirme sürecinden geçmelidir. Değerlendirme süreci, bilgileriniz için gelen talebin bilgilerinizi korumak için ulusal ve yerel koşulları sağlayıp sağlamadığını belirler.

## İtirazınız olmadığı takdirde, Nemours hangi sağlık bilgilerinizi kullanabilir ve paylaşabilir?

- **Pazarlama.** Nemours sağlık bilgilerinizi hastalığınız veya durumunuz hakkında eğitici bilgiler göndermek, hastalığınız ya da durumunuzla ilgili olarak belirli tedavi seçenekleri sunmak, size hastalığınız veya durumunuzla ilgili olarak belirli sağlıkla ilişkili faydalar ve hizmetlerden bahsetmek için kullanabilir. Yazılı izniniz olmadığı takdirde asla sağlık bilgilerinizi satmayacağız.
- **Bağış Toplama.** Bağış toplama etkinlikleri için sizinle temasa geçebiliriz, ancak sizinle tekrar iletişime geçmememizi isteyebilirsiniz.
- **Hastane Rehberi.** Ziyaret ettiğiniz sürece, hastane rehberine sizinle ilgili kısıtlı bilgiler gireceğiz. Bu da ailenizin, arkadaşlarınızın ve din görevlilerinin sizinle iletişime geçebilmesi ya da sizi hastanede ziyaret edebilmesi içindir. Bilgilerinizin rehberimize girip girmemesi sizin tercihinize bağlıdır. Hastanede yatış sürecinizin herhangi bir aşamasında bilgilerinizin rehberden çıkarılmasını talep edebilirsiniz.

- **Sağlık Hizmetlerinize Dâhil Olan Aile Bireyleri Diğerleri.** Sağlık hizmetlerinize dâhil olan arkadaşınız/arkadaşlarınız veya aile bireylerinizle sağlık bilgilerinizi paylaşabiliriz. Bize yazılı olarak izin vermeniz veya profesyonel değerlendirmemiz sonucunda sağlığınıza için en iyi seçeneğin bu olduğuna karar verirsek bu şekilde hareket edeceğiz.
- **Afet Yardımı.** Hakkınızdaki sağlık bilgilerinizi afet yardım sunan (Kızılay gibi) kurumlarla paylaşabiliriz, böylece aileniz sağlık durumunuz ve yeriniz hakkında bilgi edinebilir.

Bize tercihinizi ifade edecek durumda değilseniz, örneğin, kendinizde değilseniz, sizin adınıza sizin faydanıza olacağına inandığımız şekilde bilgi paylaşabiliriz. Sağlığa veya güvenliğe karşı ciddi ve acil bir tehdidi hafifletmek için gerekli olduğunda da bilginizi paylaşabiliriz.

## Sağlık bilgilerimin diğer kullanım alanları nelerdir?

Bu Bildirim kapsamında bulunmayan veya sağlık bilgilerinizi koruyan federal ya da eyalet kanunları kapsamında olmayan sağlık bilgisi kullanımı ya da paylaşımı sadece sizin yazılı onayınız ile olabilecektir.

## Bilgi paylaşımına dair onayımı geri alabilir miyim?

Sağlık bilgilerinizi kullanmamız veya paylaşmamız için bize yetki verir ancak daha sonra fikrinizi değiştirirseniz, aşağıdaki iletişim bilgilerinizi kullanarak talebinizi istediğiniz bir zamanda Nemours Gizlilik Ofisine ulaştırarak onayınızı geri çekebilirsiniz. Talebinizi işleme alır almaz bilgilerinizi paylaşmayı durduracağız. Ancak daha önceden paylaşmış olduğumuz bilgileri geri almamız / düzeltmemiz mümkün değildir.

## Nemours Gizlilik Ofisi ile nasıl temasa geçebilirim?

Nemours Gizlilik Ofisine (800) 472-6610 numaralı telefonu arayarak, [privacy@nemours.org](mailto:privacy@nemours.org) adresine e-posta veya aşağıdaki adrese posta yolu ile ulaşabilirsiniz:

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

## Gizlilik Uygulamaları Bildirimini bir kopyasını nasıl edinebilirim?

Bu Bildirimi elektronik olarak almayı talep etmiş olsanız dahi, Bildirimini bir kopyasını istediğiniz zaman talep edebilirsiniz. Lütfen Bildirimini bir nüshasını almak için herhangi bir Nemours Çalışanına başvurun.

Bu bildirimini şartlarını değiştirebiliriz. Bu değişiklikler, sizinle ilgili sahip olduğumuz tüm bilgilere uygulanacaktır. Yeni bildirim, talebiniz üzerine derhal size ulaştırılacak ve (<https://www.nemours.org/privacy-practices.html>) İnternet sitemizde yer alacaktır.

## Sağlık bilgilerim ile ilgili haklarımın ihlal edildiğini düşünüyorsam ve bir şikâyetle bulunmak istiyorsam ne yapmam gerekiyor?

Her sorunuzu, yorumunuzu ve endişenizi derhal yanıtlayacağız. Bu size tanınan bir hak ve Nemours şikâyetle bulunduğunuz için size karşı misilleme yapmayacaktır. Sağlık bilgileriniz ile ilgili endişe veya sorularınızı çözümlenmek için doğrudan Nemours'a şikâyetle bulunabilirsiniz. Gizlilik Ofisimizi (800) 472-6610 numaralı telefon ile arayarak, [privacy@nemours.org](mailto:privacy@nemours.org) adresine e-posta atarak veya aşağıdaki adrese posta yolu ile ulaşabilirsiniz:

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

Şikâyetinizi aynı zamanda Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Vatandaşlık Hakları Ofisinin, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201 adresine yazarak, (877) 696-6775 numaralı telefonunu arayarak veya [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints) adresini ziyaret ederek [iletebilirsiniz.](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints)

Kimliğinizin anonim kalmasını istiyorsanız, Nemours Uyum Danışma Hattını (866) 636-4685 arayabilirsiniz.

## Bilgilerim kaybolur veya Nemours'tan çalınır ne olacak?

Nemours Gizlilik Ofisi size ulaşarak hangi bilgilerin kaybolduğunu ve kendinizi en iyi şekilde nasıl koruyabileceğiniz konusunda sizi bilgilendirecektir.

## Dil Yardımı

Dil yardımı hizmetleri ücretsiz olarak sunulmaktadır. Lütfen yardım için (800) 851-5691 numaralı telefonu arayın. Aşağıda daha fazla bilgi bulabilirsiniz <https://www.nemours.org/notice-of-nondiscrimination.html>.

*Bu Gizlilik Uygulamaları Bildirimi, The Nemours Foundation ve tüm bağlı şirketlerinde, tesislerinde, programlarında ve bölümlerinde uygulanır. Buna tüm çalışan hekimler ve tıbbi çalışanların tüm diğer üyelerini ve bağlı sağlık uzmanlarını içerir. Tıbbi kadroların, sizin hekiminiz de dâhil olmak üzere, korunan sağlık bilgilerinizin kullanımı veya paylaşımı hakkında farklı gizlilik politikaları ya da uygulamaları bulunabilir. Aşağıdaki adresten Nemours noktalarının ve bağlantılı şirketlerinin tam listesini görüntüleyebilirsiniz <https://www.nemours.org/contact.html>.*

