

دائرة الصحة بمقاطعة جينيبي
برنامج الوقاية من التسمم بالرصاص في الأطفال

التاريخ:

مكري ساوث

بورتون

اسم المريض	الجنس	تاريخ ميلاد المريض
عنوان الشارع	ذكر أنثى	رقم متلقي التأمين
المدينة	الولاية	الرمز البريدي
	ميشيغان	الهاتف المنزلي المحمول

شرق أوسطي/عربي

من سكان هاواي

أسود

أبيض

فلبيني

آسيوي

من أصل إسباني

غير معروف

أخرى غير أبيض

ياباني

صيني

أمريكي من الإسكيمو/هندي

أفوض أنا دائرة الصحة بمقاطعة جينيبي بالسحب من دم طفلي لغرض إجراء اختبار لفحص الرصاص بالدم. إلى حد علمي، فإن طفلي غير مصاب بحساسية من أي دواء آخر بخلاف:

لحساسية:

لقد تم إبلاغي وأتفهم تمامًا أنه في حالة وقوع حادث أو إصابة من شأنها أن تعرّض موظفي الرعاية الصحية أو موظف أو وكيل دائرة الصحة لدم طفلي أو غيرها من السوائل الجسدية التي تخضع للمادة 5133 (12) من قوانين الصحة العامة في ميشيغان ((MCLA 333.5133 (12))، فإنه يجوز اختبار دم طفلي لفحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) دون موافقة خطية مني. وإذا كانت نتيجة الاختبار إيجابية لفيروس نقص المناعة البشرية، فسوف يتم الاتصال بي وإخباري بنتيجة الاختبار الإيجابية وسيتم تزويدي أنا وطفلي بالمشورة المناسبة فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسبة. إنني أتفهم أنه سيتم التعامل مع نتائج اختبار طفلي بسرية تامة، وفقًا لمتطلبات قانون الصحة العامة في ميشيغان، وأنه سيتم مشاركة النتائج مع خطة التأمين الصحي الخاصة بي والطبيب المعالج الرئيسي.

كما أنني أفوض بأن يتم دفع استحقاقات التأمين الخاصة بي لدائرة الصحة بمقاطعة جينيبي. وأفوض بإبلاغ المعلومات الطبية ذات الصلة إلى شركة التأمين. وأتفهم تمامًا أنه قد يطلب مني دفع جزء من هذه الرسوم بحسب دخلي.

الاسم مطبوعاً:

التوقيع:

التأمين

الرعاية المدارة بالمساعدة الطبية:

- خطة ماكلارين الصحية
 خطة بلو كروس كومبليت في ميشيغان
 خطة الرعاية الصحية الشاملة
 خطة ميريديان للرعاية الصحية في ميشيغان
 مولينا للرعاية الصحية في ميشيغان
 الرعاية الصحية المتحدة في ميشيغان
 خطة HAP Midwest Health الصحية
 مساعدة طبية مباشرة
 أخرى

التأمين التقليدي

- بلو كروس/بلو شيلد
 هيلث بلاس
 أخرى
 لا يوجد تأمين

اسم الطبيب

هاتف الطبيب

كود التشخيص المخبري لمستوى الرصاص في الدم

التشخيص Z77.011

مجموعة من الدم الطرفي - 36416 (25 دولار)

مجموعة من الدم الوريدي - 36415 (25 دولار)

مقاييس الدم - 83655 (15 دولار)

ارتفاع مستوى الرصاص في الدم

الزيارات المنزلية

كود إجراء طلب الإسعاف T 1029 TS

كود إجراء زيارة تعليم ممرضات الصحة العامة المنزلية T 1028 EP

معلومات العينة

وقت التجميع (عسكريًا)

بيانات التجميع (يوم - شهر - سنة)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

نوع العينة: طرفي ورق الترشيح وريدي

نتائج الرصاص

دائرة الصحة بمقاطعة جينيبي
إذن استخدام المعلومات الصحية التعريفية لكل شخص على حدة والإفصاح عنها

التاريخ: _____ رقمالضمان الاجتماعي: _____
اسم العميل: _____ تاريخ الميلاد: _____
العنوان: _____

أي اسم سابق: _____

أفوض بموجب هذا عن علم وطواعية بإبلاغ المعلومات الواردة فيسجلات موكلي إلى الأفراد أو المنظمات المذكورة أدناه، وفقا للشروط الواردة أدناه

الأفرادالمؤسسات المبلغة

للمعلومات (يجب التحديد):

الوالد أو الوصي القانوني: _____

مقدم خدماتالصحة الرئيسي (يرجى الذكر): _____

الأفرادالمؤسسات المبلغة

للمعلومات (يجب التحديد):

دائرة الصحة بمقاطعة جينيبي _____

G-3373 S. Saginaw St., Burton MI 48529

برنامج الوقاية من الرصاص في مرحلة الطفولة

الهاتف: (018) 3383-752 الفاكس: (018) 2164-732

المعلومات التي يجب الكشف عنها(تتضمن نوع المعلومات وموعد (مواعيد) الخدمة): _____

نتائج اختبارات مستوى الرصاص، موعد أي/جميع الخدمات

الغرض والحاجة إلى الإفشاء ("بناءً على طلب الشخص"، يكون كافٍ):

بناءً على طلب الشخص

هذا الإذن ساري المفعول لمدة سنة من تاريخ التوقيع، ما لم يتم إلغاؤه أو يتم تحديد بديل للحدث أو الحالة أو الموعد:

سنة واحدة من تاريخ التوقيع

دائرة الصحة بمقاطعة جينيسي
إذن استخدام المعلومات الصحية التعريفية لكل شخص على حدة والإفصاح عنها

أفهم أن:

- يجوز لي رفض التوقيع على هذا الإذن. ومع ذلك، في حالة عدم التوقيع على هذا الإذن، فلا يتم الوفاء بطلبي للكشف عن المعلومات.
- يجوز لي الاطلاع على المعلومات ("معلوماتي الصحية المحمية") أو نسخها ليتم استخدامها أو الكشف عنها.
- إذا طلبت دائرة الصحة إذنًا باستخدام تلك المعلومات بنفسها، فلن يكون ذلك مقابل خدمات مشروطة أو مدفوعات أو تسجيل أو استحقاق إعانات ناجم عن توقيعي على هذا الإذن.
- يجوز لي الحصول على نسخة من المعلومات الصحية المحمية الخاصة بي، باستثناء:
 - ملاحظات العلاج النفسي،
 - المعلومات المجمعة بناءً على توقع مقبول أو لاستخدامها في دعوى أو إجراءات مدنية أو جنائية أو إدارية، و:
 - تعتبر المعلومات الصحية المحمية التي تحتفظ بها دائرة الصحة والتي تكون (1) خاضعة لتعديلات التحسينات المختبرية السريرية (CLIA)، إلى الحد الذي يحظر فيه وصول الشخص إليها بموجب القانون؛ أو (2) معفية من تعديلات التحسينات المختبرية السريرية (CLIA)، وفقا للمادة 42 من اللائحة الفيدرالية رقم 493.3 (أ) (2).
- يجوز إعادة الكشف عن المعلومات المستخدمة أو التي تم الكشف عنها بموجب هذا الإذن من قبل المتلقي ولم يعد من الممكن حمايتها بموجب قوانين السرية الحكومية أو الفيدرالية.
- لدي الحق في فسخ هذا الإذن عن طريق تقديم طلب خطي إلى موظف الخصوصية ما لم تتوافر أي حالة من الحالات التالية:
 - لقد اتخذت دائرة الصحة الإجراء الذي تعتمد عليه.
 - لقد تم الحصول على هذا الإذن كشرط للتمتع بالتأمين، ويوفر القانون للمؤمن عليه الحق في الطعن في مطالبة بموجب هذه السياسة.

التاريخ

توقيع الشخص

التاريخ

توقيع الشاهد

وصف موجز لتحويل الشخص في التوقيع على التفويض في حالة التوقيع على الإذن عن طريق شخص آخر بخلاف العميل (مثل أحد الوالدين أو الممثل الشخصي أو الوصي):

للاستخدام الإداري

طلب المراجعة من قبل: _____

طلب المراجعة من قبل: _____
(الحرف الأول من اسم المشرف أو الموظف)

التاريخ: _____

نسخة من الإذن المقدم إلى العميل

التاريخ: _____

الإذن المدرج في الجدو