



FLORIDA DEPARTMENT OF HEALTH IN ORANGE COUNTY
IMMUNIZATION SCREENING AND CONSENT FORM

QFlow #:

Date:

قد يحتاج طفلك إلى الحصول على تطعيم أو أكثر من التطعيمات اللازمة للحضور إلى المدرسة. ويجب أن تستكمل هذا النموذج حتى يتلقى طفلك التطعيمات. سيقدم موظفو الإدارة الصحية في مقاطعة أورنج في ولاية فلوريدا المرخصون تطعيمات مجانية للأطفال المؤهلين من خلال برنامج التطعيمات للأطفال (Vaccines for Children Program).

القسم 1: البيانات الخاصة بطفلك - يرجى الطباعة

اسم العائلة		الاسم الأول		الاسم الأوسط	
تاريخ ميلاد الطفل		العمر		جنس الطفل	
الشهر		اليوم		السنة	
ذكر <input type="checkbox"/>		أنثى <input type="checkbox"/>			
عرق الطفل (اختر جميع الإجابات المنطبقة)					
<input type="checkbox"/> هندي أمريكي أو من سكان الاسكا الأصليين		<input type="checkbox"/> أسود أو أمريكي أفريقي		<input type="checkbox"/> أسوي	
<input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ		<input type="checkbox"/> أبيض			
اللغة المفضلة للطفل (هل توجد حاجة إلى مترجم فوري؟) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					
إثنية الطفل إسباني/لاتيني: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					
عنوان الطفل					
المدينة		الولاية		الرمز البريدي	
دولة المولد					
هل الطفل ملتحق في الوقت الحالي بمدرسة في مقاطعة أورنج؟					
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					
هل وُلد الطفل في فلوريدا؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					
بيانات ولي الأمر/الوصي القانوني					
اسم العائلة		الاسم الأول		الاسم الأوسط	
العلاقة بالطفل					
اللغة المفضلة					
هل توجد حاجة إلى مترجم؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					
رقم الهاتف					
تاريخ الميلاد		الشهر		اليوم	
السنة					

Registration Clerk	No Services	680 Only	Insurance	FLShots ID # (State Imm ID)	HMS MRN

القسم 2: فحص المؤهلين لتلقي التطعيمات

ستساعدنا الأسئلة التالية على تحديد التطعيمات التي قد تُعطى لطفلك. إذا كانت إجابتك هي "نعم" على أي من الأسئلة، فإن ذلك يعني بالضرورة أنه لا ينبغي أن يتلقى طفلك التطعيم.

لا	نعم	يرجى وضع علامة على "نعم" أو "لا" في كل سؤال
		1. هل الطفل مريض اليوم؟ هل أصيب بحمى خلال الأربع والعشرين (24) ساعة الماضية (بدرجة حرارة أكبر من 100.4 درجة فهرنهايت)؟
		2. هل يعاني الطفل من حساسية من أدوية، أو أطعمة، أو مكون تطعيم، أو البيبنة، أو اللاتكس؟ يرجى التوضيح
		مثير/مثيرات الحساسية
		التفاعل/التفاعلات
		تاريخ بداية ظهور الحساسية
		درجة الخطورة <input type="checkbox"/> معتدلة <input type="checkbox"/> متوسطة <input type="checkbox"/> كبيرة
		3. هل أصيب الطفل بمرض الجديري المائي من قبل؟ إذا كانت الإجابة بنعم، ففي أي سن _____ أو في أي سنة _____
		4. هل أصيب الطفل في الماضي بتفاعل خطير بسبب تطعيم؟
		5. هل عانى الطفل من مشكلة صحية في الرئة أو القلب أو الكلية، أو عانى من مرض أبيض (مثل مرض السكري)، أو الربو أو اضطراب في الدم؟
		6. هل أصيب الطفل، أو أحد إخوته، أو أحد والديه بنوبة؟ هل عانى الطفل من مشاكل في المع أو مشاكل أخرى في الجهاز العصبي؟
		7. هل الطفل مصاب بمرض السرطان أو سرطان الدم أو فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز أو أي مشاكل أخرى في الجهاز العصبي؟
		8. هل تعاطى الطفل خلال الثلاثة أشهر الماضية أدوية تؤثر في الجهاز المناعي، مثل بريدنيزون (Prednisone)، أو المنشطات الأخرى، أو أدوية مكافحة السرطان؛ أو أدوية علاج التهاب المفاصل الروماتويدي أو مرض كرون أو الصدفية؛ أو تلقى علاجاً إشعاعياً؟
		9. هل خضع الطفل خلال العام الماضي لعملية نقل دم أو مشتقات دم أو أعطي غلوبولين (غاما) مناعياً أو دواءً مضاداً للفيروسات؟
		10. هل الطفلة/المراة حامل أو هل توجد احتمالية لأن تصبح حاملاً خلال الشهر القادم؟ آخر دورة شهرية؟ _____
		11. هل جرى تطعيم طفلك ضد مرض السل، أو فحصه للكشف عما إذا كان مصاباً به، خلال الثلاثين (30) يوماً الماضية؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر نوع التطعيم وتاريخه: _____ تاريخ نتيجة تحليل مرض السل: _____

Nurse Name Printed	Nurse Signature	Date:
--------------------	-----------------	-------



QFlow #:

بدء الخدمات

الموافقة على العلاقة بين عميل ومقدم خدمة

الجزء الأول

اسم العميل:

Florida Department of Health - Orange

اسم الوكالة:

6101 Lake Ellenor Drive, Orlando, Florida 32809

عنوان الوكالة:

أوافق على الدخول في علاقة بين عميل ومقدم خدمة. وأصرح لموظفي الإدارة الصحية وممثلهم بتقديم الرعاية الصحية الاعتيادية. أدرك أن الرعاية الصحية الاعتيادية سرية وطوعية، وقد تتضمن زيارات صحية، ومنها الحصول على التاريخ الطبي، و/أو التقييم، و/أو الفحص، و/أو إدارة الأدوية، و/أو الفحوصات المختبرية، و/أو الإجراءات البسيطة. ويمكنني قطع هذه العلاقة في أي وقت.

الجزء الثاني الموافقة على الإفصاح عن المعلومات

(لأغراض العلاج، أو السداد، أو عمليات الرعاية الصحية فقط)

أوافق على استخدام معلوماتي الصحية والإفصاح عنها، ومنها المعلومات الطبية، والمعلومات المتعلقة بالأسنان، ومعلومات فيروس نقص المناعة البشرية/مرض الإيدز، ومعلومات الأمراض المنقولة جنسياً، ومعلومات مرض السل، ومعلومات الوقاية من تعاطي مواد الإدمان، ومعلومات الصحة العقلية/النفسية، ومعلومات إدارة الحالات، وذلك لأغراض العلاج، أو السداد، أو عمليات الرعاية الصحية.

الجزء الثالث إقرار مريض MEDICARE، والتصريح بالكشف عن المعلومات، وطلب السداد

(لا ينطبق إلا على عملاء Medicare)

أقر، بصفتي العميل/الممثل الموقع أدناه، بأن المعلومات التي قدمتها عند تقديم طلب السداد بموجب الباب الثامن عشر من قانون الضمان الاجتماعي صحيحة. وأصرح للوكالة المذكورة أعلاه بأن تكشف لإدارة الضمان الاجتماعي، أو وسطائها/شركات التأمين التابعة لها، عن معلوماتي الصحية لهذه المطالبة أو لمطالبة تتعلق ببرنامج Medicare. وأطلب أن يتم سداد المخصصات المصرح بها بالنيابة عني. أتنازل عن المخصصات المستحقة للسداد لخدمات الأطباء لصالح الوكالة المذكورة أعلاه، وأصرح لها بتقديم مطالبة إلى برنامج Medicare من أجل السداد.

الجزء الرابع التنازل عن المخصصات

(لا ينطبق إلا على الجهات الخارجية القائمة بالسداد)

أتنازل، بصفتي العميل/الممثل الموقع أدناه، للوكالة المذكورة أعلاه عن جميع المخصصات المقدمة لي بموجب أي خطة رعاية صحية أو سياسة نفقات طبية. ولن يتجاوز مبلغ تلك المخصصات المصاريف الطبية المحددة في جدول الرسوم المعتمد. ويجب تادية جميع المدفوعات التي تتم بموجب هذه الفقرة إلى الوكالة المذكورة أعلاه. وأنا مسؤول بصفة شخصية عن المصاريف التي لا يغطيها هذا التنازل.

الجزء الخامس الحصول على رقم الضمان الاجتماعي، أو استخدامه، أو الكشف عنه

(يقدم هذا الإخطار بموجب البند رقم 119.071(5)(أ) من النظام الأساسي لولاية فلوريدا).

يجوز للإدارة الصحية في ولاية فلوريدا، فيما يتعلق ببرامج الرعاية الصحية، أن تحصل على رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك لأغراض إثبات الهوية وإرسال الفواتير، على النحو الذي يجيزه البنود الفرعيان رقم 119.071(5)(أ)2.1 وأ.2 من النظام الأساسي لولاية فلوريدا. وأوافق، من خلال التوقيع أدناه، على تحصيل رقم الضمان الاجتماعي الخاص بي، أو استخدامه، أو الإفصاح عنه لأغراض إثبات الهوية وإرسال الفواتير فقط. ولن يُستخدم لأي غرض آخر. وأدرك أن تحصيل الإدارة الصحية في ولاية فلوريدا لأرقام الضمان الاجتماعي هو أمرٌ ضروري من أجل أداء الواجبات والمسؤوليات على النحو المنصوص عليه في القانون.

الجزء السادس يثبت توقيعي الوارد أدناه صحة المعلومات الواردة أعلاه واستلام إخطار حقوق الخصوصية

توقيع العميل/الممثل

علاقة الشخص أو الممثل بالعميل

التاريخ

الشاهد(اختياري)

التاريخ

الجزء السابع سحب الموافقة

أسحب أنا،

هذه الموافقة، اعتباراً من

التاريخ

توقيع الممثل/العميل

الشاهد(اختياري)

التاريخ

For Office Use Only – Print or Use Label

Client Name: _____

MRN: _____

DOB: _____

تُقدم النسخة الأصلية؛ ويُعطى العميل نسخة

DH 3204-SSG-09-2019