

**إقرار من صاحب الحالة بالفهم والموافقة**

**شكراً لاختيارك Penn Dental Medicine!**

معلومات عامة: إن Penn Dental Medicine (المشار إليها أيضاً باختصار "PDM") هي مؤسسة تعليمية وسيخضع أصحاب الحالات المقبولون في البرنامج التعليمي لإشراف أعضاء هيئة التدريس في كلية PDM. وستتوفر خدمات الرعاية والعلاج بطريقة تنقسم بالكفاءة والاحترام. ونظرًا لأن PDM مؤسسة تعليمية، لذلك قد تتطلب خدمات العلاج وقتًا أطول مقارنة بخدمات العلاج المتوفرة في عيادة أسنان خاصة. تستغرق معظم المواعيد المحجوزة في PDM فترة تتراوح من ساعة واحدة إلى أربع ساعات تقريبًا. ومن المتوقع أيضًا حضور أصحاب الحالات مرة واحدة أو مرتين أسبوعيًا في بعض الأحيان.

تقدم Penn Dental Family Practice (المشار إليها أيضًا باختصار "PDFP") خدماتها إلى أصحاب الحالات بناءً على الخبرات والمعلومات العميقة التي اكتسبها في فن طب الأسنان وعلومه. ويستفيد أصحاب الحالات في PDFP من فريق من الخبراء المتمرسين على استخدام التقنيات الرائدة في رعاية أصحاب الحالات. وتضم مؤسسة Penn Dental Family Practice أطباء ممارسين يدرون للجيل القادم من أطباء الأسنان ويتدربون أيضًا في مستشفى Children's Hospital of Philadelphia ومركز Penn Presbyterian Medical Center، ومستشفى Hospital of the University of Pennsylvania.

الرعاية الطارئة للأسنان: يهدف علاج الأسنان في حالات الطوارئ إلى تخفيف الألم الشديد ومنع العدوى لدى الأفراد المحتاجين لهذه الخدمات بشدة.

أصحاب الحالات التابعون لمؤسسة PDM: بصفتك صاحب حالة يتلقى رعاية شاملة، يُمكنك الحصول على خدمات طوارئ الأسنان على مدار 24 ساعة. ويلزم دفع رسوم مقابل تلقي هذه الخدمة. **حالات الطوارئ بعد ساعات العمل:** من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 4:30 عصرًا إلى الساعة 8 صباحًا، وفي عطلة نهاية الأسبوع والعطلة في PDM. يجب على أصحاب الحالات الذين يعانون من حالة طارئة بعد ساعات العمل بالاتصال بالرقم 215-898-8961.

أصحاب الحالات التابعون لمؤسسة PDFP: بصفتك صاحب حالة يتلقى رعاية شاملة، يُمكنك الحصول على خدمات طوارئ الأسنان على مدار 24 ساعة. ويلزم دفع رسوم مقابل تلقي هذه الخدمة. **حالات الطوارئ بعد ساعات العمل:** من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 4:30 عصرًا إلى الساعة 8 صباحًا، وفي عطلة نهاية الأسبوع والعطلة في PDM. يجب على أصحاب الحالات الذين يعانون من حالة طارئة بعد ساعات العمل بالاتصال بالرقم 215-898-7337.

يُرجى تحديد موقعك:

Penn Dental Medicine

Penn Dental Family Practice

**الموافقة على تلقي رعاية طب الأسنان:** أقدم نفسي بموجب ذلك لتلقي الرعاية في موقع Penn Dental Medicine الوارد أعلاه و/أو الموافقة على ذلك، وأوافق طوعًا على تلقي خدمات الرعاية التي تشمل إجراءات التشخيص الروتينية وعلاج الأسنان على يد وكلاء أو موظفين تابعين لمؤسسة Penn Dental Medicine. وأقر بأنني على علم بأنه لا توجد ضمانات بشأن نتائج الرعاية المقدمة في PDM أو PDFP. وأدرك أيضًا أن Penn Dental Medicine جهة تابعة لجامعة بنسلفانيا (University of Pennsylvania) وأنها مؤسسة تعليمية، وأوافق على أنه يجوز لأي طبيب مشترك في برامج تدريبية المشاركة في تقديم خدمات الرعاية الخاصة بي.

**حصول صاحب الحالة على المعلومات اللازمة والموافقة على تلقي العلاج:** بصفتي صاحب حالة، أدرك أنني سأحصل على المعلومات الحالية عن حالتي بالكامل، وسأستمر في تلقي العلاج ما لم يذكر خلاف ذلك، وسأطلع على التكلفة التقديرية، وسألتقي خدمات رعاية الأسنان وفقًا للتسلسل الصحيح لخطة العلاج. وقبل تلقي العلاج، سيناقش مقدم رعاية الأسنان أو أخصائي صحة الأسنان الإجراء (الإجراءات) الذي يوصيني بالخضوع له، وستتاح لي الفرصة لطرح أي أسئلة لدي قبل أن أقرر ما إذا كنت أوافق على الإجراء (الإجراءات) الذي ستخضع له أم لا. قد تنطوي جميع إجراءات طب الأسنان على مخاطر تتمثل في فشل بعض الإجراءات و/أو حدوث مضاعفات، ولا يوجد أي ضمان للنتيجة أو العلاج. ويحق لي، في جميع الأوقات، الإطلاع على أي من هذه المخاطر وطبيعة الإجراء كذلك والفائدة المتوقعة وتوافر طرق بديلة للعلاج ومخاطر عدم تلقي العلاج. وسيتم التقاط صور بالتصوير الشعاعي للأسنان عند الضرورة وعلى النحو الملائم للفحوصات والتشخيص والاستشارات والعلاج. ويحق لي الموافقة على أي إجراء مقترح أو رفضه في أي وقت قبل الخضوع له.

**المسؤولية المالية:** أدرك أنني سأتحمل تكلفة العلاج وفقًا لجدول الرسوم المعمول به وقت الحصول على الخدمة. وسألتقي رسومًا تقديرية قبل بدء العلاج، وأدرك أنه يجب أن أكون مُستعدًا لدفع مقابل الخدمات عند تلقيها. أدرك أنه بالنسبة لبعض الإجراءات مثل أطقم الأسنان أو جسر الأسنان أو تاج الأسنان، يجب سداد جزء من الرسوم قبل بدء العلاج وكذلك سداد المبلغ بالكامل قبل الانتهاء من العلاج. وأوافق على تحمل مسؤولية سداد جميع رسوم خدمات طب الأسنان وتكاليف المواد غير المشمولة في خطة رعاية الأسنان الخاصة بي.

عند التوقيع على نموذج الموافقة هذا، فإنني أوافق على سداد مخصصات طب الأسنان التي تكون مستحقة الدفع لي مباشرة إلى Penn Dental Medicine، كما أسمح بالحد الذي يسمح به القانون المعمول به بالإفصاح عن أي معلومات متعلقة بالمطالبة الخاصة بخطة رعاية الأسنان الخاصة بي. وأدرك أنه في حالة الإحالة إلى حسابي لدفع المبالغ المحصلة، سأتحمل مسؤولية دفع الرسوم المستحقة وكل نفقات التحصيل.

**سجلات طب الأسنان:** أدرك أن سجل طب الأسنان والتصوير الشعاعي (الأشعة السينية) والصور الفوتوغرافية ومقاطع الفيديو والتسجيلات الصوتية/الرقمية والنماذج وأدوات المساعدة التشخيصية المتعلقة بعلاجي ملك لمؤسسة Penn Dental Medicine. ويجوز لمؤسسة Penn Dental Medicine استخدام معلوماتي الصحية الشخصية والإفصاح عنها على النحو الذي يسمح به القانون، ويجوز الحصول عليها من مقدمي الرعاية الصحية الآخرين، وذلك لأغراض من بينها على سبيل المثال لا الحصر، توفير الرعاية الصحية وتجهيز المدفوعات وإدارة العمليات في PDM. أدرك أن المعلومات التي تم الحصول عليها بشأن علاجي من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وتعاطي المخدرات وعلاج الصحة السلوكية تخضع لحماية الخصوصية بشكل خاص بموجب القانون الفيدرالي و/أو القانون المعمول به في الولاية.

**المراسلات:** لتحسين تجربتك معنا، نتيج لك الآن فرصة لتلقي المراسلات عبر المكالمات الهاتفية والرسائل النصية والرسائل البريد الإلكتروني فيما يتعلق برعايتك وعلاجك في Penn Dental Medicine وتشمل على سبيل المثال لا الحصر تأكيدات المواعيد ورسائل التذكير بالسداد وغيرها من المعلومات المهمة. وأدرك أن المراسلات النصية والرسائل البريد الإلكتروني غير آمنة تمامًا. وقد تنطبق معدلات البيانات والرسائل على الرسائل النصية.

فيما يلي كل الطرق التي أود استخدامها في المراسلات (يرجى التحديد):

المكالمات الهاتفية

الرسائل بالبريد الإلكتروني

الرسائل النصية

في حالة عدم تحديد أي خيار مفضل للمراسلات، سنتواصل معك عبر المكالمات الهاتفية. أما في حالة أنك تريد تغيير الخيار المفضل للمراسلات، يُرجى التواصل مع موظف مكتب الاستقبال قبل الموعد المحدد لك أو بعده.

**الحضور في موعدك:** قد يؤدي عدم الحضور في موعدك لأي سبب إلى توقف العلاج. وقد تدفع رسوماً نتيجة عدم الحضور في الموعد أو إغائه قبل الموعد المحدد بأقل من 24 ساعة.

**توقف تلقي العلاج:** أدرك أن Penn Dental Medicine تحتفظ بحقها في إيقاف تقديم علاج الأسنان متى كان ذلك مستحسنًا ولصالح PDFP أو لصالح البرنامج التعليمي في PDM. وأدرك أنه في حالة إنهاء العلاج، سأسترد أي رصيد متبقي عن الخدمات غير المقدمة.

أدرك أنه في حالة وجود أي شكاوى لا يُمكن حلها على مستوى الطالب أو هيئة التدريس في PDM أو مع مسؤول التدريب في PDFP، يُمكنني طلب تحديد موعد عن طريق التواصل مع:

#### **Penn Dental**

Office of the Patient

Advocate 240 S. 40<sup>th</sup>

Street Philadelphia, PA 19104

الهاتف: (215) 573-4742

البريد الإلكتروني: PDMPatientAdvocate@dental.upenn.edu

#### **إقرار من صاحب الحالة بالفهم والموافقة**

لقد قرأت وفهمت كل فقرة، وبتوقيعي أُمِنح موافقتي طوعًا. إذا كان التوقيع إلكترونيًا: أوافق وأعتزم أن يكون التوقيع (التوقيعات) أدناه ملزمًا قانونيًا ويعادل توقيع المكتوب بخط اليد.

لقد قرأت وفهمت كل فقرة ولا أريد التوقيع على نموذج "إقرار صاحب الحالة بالفهم والموافقة". وعند رفض التوقيع على نموذج الموافقة هذا، أدرك أنه لا يُمكنني تلقي العلاج هنا.

التاريخ:

توقيع صاحب الحالة:

التاريخ:

توقيع الشاهد:



### تفويض بالإفصاح عن المعلومات

لتحقيق رسالة Penn Dental Medicine، نلتزم بتدريب أطباء الأسنان الجدد وضمان حصول طلابنا على شهادات في مجالات تخصصهم ومشاركة المعلومات المتعلقة بطب الأسنان مع الزملاء في المهنة والمساهمة في مؤلفات طب الأسنان. وتحقيقاً لهذه الغاية، غالباً يكون مطلوباً من الطلاب وأعضاء هيئة التدريس في PDM تقديم حالات طب الأسنان محل الاهتمام إلى المجتمع المهني في المؤتمرات والهيئات المعنية بالاعتماد المهني. وفي بعض الأحيان، يُمكن نشر دراسات الحالة هذه في المجلات العلمية المرموقة. في بعض الحالات، تتضمن العروض التقديمية للحالات هذه معلومات صحية مشمولة بالحماية. وعند التوقيع على هذا التفويض، توافق على السماح لمقدمي خدمات الرعاية السريرية في Penn Dental Medicine بالإفصاح عن المعلومات الصحية المشمولة بالحماية المُدرجة لأغراض مثل العروض التقديمية للحالات.

1. أدرك أن مقدمي خدمات طب الأسنان في Penn Dental Medicine يريدون الإفصاح عن معلوماتي الصحية المشمولة بالحماية بغرض العروض التقديمية للحالات. ويريدون تحديداً تقديم وصف لحالة الأسنان الخاصة بي ومعلومات عن صحتي العامة والمعلومات الديموغرافية المتعلقة بعمري وعرقي ونوع الجنس وصورة كاملة للوجه، أو أي من ذلك. وغير مسموح بالإفصاح عن أي معلومات صحية أخرى مشمولة بالحماية غير تلك المدرجة في هذه النقطه بغرض العرض التقديمي للحالة نتيجة لهذا التفويض. لن يتم الإفصاح عن اسمي أبداً.
2. أصرح لمقدمي الخدمات في Penn Dental Medicine فقط بالإفصاح عن معلوماتي الصحية المشمولة بالحماية بغرض العرض التقديمي للحالة.
3. أصرح للأشخاص المحددين أدناه فقط بالحصول على معلوماتي الصحية المشمولة بالحماية بموجب هذا التفويض:
  - a. أعضاء هيئات اعتماد طب الأسنان المهنية المعترف بها،
  - b. أو الحاضرين لاجتماعات طب الأسنان المهنية التي يتمثل أحد أهدافها في العرض التقديمي لدراسات حالات طب الأسنان،
  - c. أو ملخص وقائع اجتماعات طب الأسنان المهنية التي يجوز توزيعها على أعضاء منظمات طب الأسنان الراعية،
  - d. أو المشتركين في المجلات المنشورة لنشر المعلومات الجديدة عن طب الأسنان
4. يقتصر هذا التفويض على الإفصاح عن معلوماتي الصحية المشمولة بالحماية الموضحة أعلاه بغرض العرض التقديمي لحالات طب الأسنان و/أو نشرها من قِبل الطلاب والأطباء المقيمين وأعضاء هيئة التدريس في PDM ومقدمي الرعاية السريرية في PDFP
5. أدرك أنه يحق لي إلغاء هذا التفويض في أي وقت. ولا يُمكن لمؤسسة Penn Dental Medicine التراجع عن أي إفساحات تم تقديمها قبل الإلغاء. وأدرك أيضاً أن هذا الإلغاء يجب أن يكون كتابياً وأن القيود المفروضة على هذا الإلغاء مدرجة في "إشعار ممارسات الخصوصية".
6. لا يجوز لمؤسسة Penn Dental Medicine اشتراط العلاج بناءً على توقيعني على هذا التفويض.
7. أدرك أنه من المحتمل الإفصاح عن هذه المعلومات التي تم الكشف عنها نتيجة هذا التفويض لاحقاً من قِبل المستلم بطريقة غير مكفولة بالحماية بموجب القانون الفيدرالي.

### تفويض بالإفصاح عن المعلومات

- لقد قرأت وفهمت كل فقرة، وبتوقيعي أُمِنح مُوافقتي طوعاً. إذا كان التوقيع إلكترونياً: أوافق وأعتزم أن يكون التوقيع (التوقيعات) أدناه ملزماً قانونياً ويعادل توقيعي المكتوب بخط اليد.
- لقد قرأت وفهمت كل فقرة ولا أريد التوقيع على نموذج "تفويض بالإفصاح عن المعلومات".

التاريخ:

توقيع صاحب الحالة:

التاريخ:

توقيع الشاهد:

### إقرار بشأن إشعار ممارسات الخصوصية

يقدم "إشعار ممارسات الخصوصية" في Penn Dental Medicine و Penn Dental Faculty Practice عن كيفية استخدام معلومات الرعاية الصحية المشمولة بالحماية الخاصة بك والإفصاح عنها. وبالإضافة إلى النسخة التي سنقدمها لك، تتوفر نُسخ من الإشعار الحالي عند الدخول إلى موقعنا الإلكتروني: <http://www.penn dental medicine.org/hipaa-notice-of-privacy-practice> ويُمكن الحصول عليها من خلال Penn Dental Faculty Practice و Penn Dental Medicine.

- أدرك أنه بتحديد هذا المربع، أن هذا إقرار مني بأنني قد قرأت وفهمت نموذج "إقرار بشأن إشعار ممارسات الخصوصية". وفي حالة التوقيع إلكترونياً، أوافق وأعتزم أن يكون التوقيع (التوقيعات) أدناه ملزماً قانونياً ويعادل توقيعي المكتوب بخط اليد.

التاريخ:

توقيع صاحب الحالة:

التاريخ:

توقيع الشاهد:

نعم، أود الحصول على نسخة من "إشعار ممارسات الخصوصية"

لا، أرفض الحصول على نسخة من "إشعار ممارسات الخصوصية"