

HENRY FORD HEALTH

Department of Pediatrics

School-Based and Community Health Program (SBCHP) Health Center

قسم طب الأطفال (Department of Pediatrics)

المركز الصحي التابع للبرنامج الصحي المدرسي والمجتمعي (School-Based and Community Health Program, SBCHP)

Intake Form: To be completed by Parent/Guardian or Patient (age 18 or over)

نموذج تسجيل بيانات: يُستكمل من قبل ولي الأمر/الوصي أو المريض (18 عامًا أو أكبر)

Patient Information

معلومات المريض

Patient's legal name (first, last, middle initial) _____

الاسم القانوني للمريض (الاسم الأول، إسم العائلة، الحرف الأول من الاسم الأوسط)

Patient's name/the name I use: _____

Pronouns: _____

الضمائر: _____

اسم المريض/الاسم الذي أستخدمه: _____

Date of Birth: ____/____/____

Patient's sex assigned at birth: Male Female Intersex

تاريخ الميلاد: ____________ جنس المريض المحدد عند الولادة: ذكر أنثى ثنائي الجنس

Gender Identity: Girl/Woman Boy/Man Genderqueer or non-binary

Transgender Girl/Woman Transgender Boy/Man Additional: _____

الهوية الجنسية: فتاة/امرأة فتى/رجل حر الهوية الجنسية أو غير منتمي للثنائية الجنسية

فتاة/امرأة متحولة جنسيًا فتى/رجل متحول جنسيًا هوية إضافية: _____

Address: _____

City: _____

Zip Code: _____

العنوان: _____

المدينة: _____

Patient Cell Number: (____) _____ - _____

Patient Email: _____

رقم الهاتف المحمول للمريض: _____ - (____) البريد الإلكتروني للمريض: _____

Patient's Race (optional): American Indian/Alaskan Native Asian Black/African American

Native Hawaiian/Other Pacific Islander White More than 1 race: _____

عرق المريض (اختياري): أمريكي من أصل هندي/من سكان ألاسكا الأصليين آسيوي أسود/أمريكي من أصل إفريقي

من سكان هاواي الأصليين/من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى أبيض ينتمي لأكثر من عرق: _____

Ethnicity (optional): Hispanic/Latino Arab/Chaldean Non-Hispanic/Latino/Arabic

الإثنية (اختياري): هيسباني/لاتيني عربي/كلداني غير هيسباني/لاتيني/عربي

Patient's Doctor/Primary Care Physician (PCP): _____

طبيب المريض/طبيب الرعاية الأولية (Primary Care Physician, PCP): _____

Doctor phone number: (____) _____ - _____

Date of last physical exam: _____

رقم هاتف الطبيب: _____ - (____) تاريخ آخر فحص بدني: _____

Parent/Guardian (Please provide copy of legal document if not biological parent)

ولي الأمر/الوصي (يرجى تقديم نسخة من وثيقة قانونية إذا لم تكن الوالد البيولوجي)

Last name: _____

First name: _____

إسم العائلة: _____ الاسم الأول: _____

Date of Birth: ____/____/____

Relationship to Patient: _____

الصلة بالمريض: _____

تاريخ الميلاد: ____/____/____

Phone Number: () - - 2nd Phone Number: () - -
رقم الهاتف: () - - رقم الهاتف الثاني: () - -

Email: _____
البريد الإلكتروني: _____

Emergency Contact: _____ Phone Number: () - -
جهة الاتصال في حالات الطوارئ: _____ رقم الهاتف: () - -

Insurance Information Patient's Medical Insurance: Medicaid Private None
معلومات التأمين التأمين الطبي للمريض: Medicaid خاص لا يوجد

Name of Insurance (Ex: Molina, Meridian, HAP, BCBS, etc.): _____
اسم شركة التأمين (مثال: Molina, Meridian, HAP, BCBS, إلخ.): _____

Member ID Number (number on card) _____ Group Number: _____
رقم هوية العضو (الرقم على البطاقة) _____ رقم المجموعة: _____

Member name if other than patient: _____ Date of Birth: ____/____/____
اسم العضو، إذا كان شخصاً غير المريض: _____ تاريخ الميلاد: ____/____/____

Relationship to patient: _____
الصلة بالمريض: _____

Family Information

المعلومات العائلية

Who does the child live with: Mother Father Grandmother Grandfather Other _____
مع من يعيش الطفل: الأم الأب الجدة الجد غيرهم

Brothers - how many? _____ Sisters - how many? _____
 الإخوة - كم عددهم؟ _____ الأخوات - كم عددهن؟ _____

Are there pets in the home? Yes No

هل توجد حيوانات أليفة في المنزل؟ نعم لا

Does anyone smoke in the home? Yes No

هل هناك أي شخص يدخن في المنزل؟ نعم لا

Patient's Medical History: check yes or no for each item.

التاريخ الطبي للمريض: يتم وضع علامة على مربع "نعم" أو "لا" لكل عنصر من العناصر.

Any allergies to medicines? Yes No
هل يعاني من أي حساسية للأدوية؟ نعم لا

If yes, please list medicine and reaction: _____
إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر الأدوية وتفاعلات الحساسية:

Any history of severe allergic reaction or anaphylaxis? Yes No
هل يوجد أي تاريخ من تفاعلات الحساسية الشديدة أو فرط التحسس؟ نعم لا

Any food allergies? Yes No
هل يعاني من حساسية تجاه أي أطعمة؟ نعم لا

If yes, please list: _____
إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكرها:

Any surgeries (i.e. tonsils, hernia, appendix)?

لا نعم

Yes No
هل خضع لأي عمليات جراحية (مثل استئصال اللوزتين، الفتق، استئصال الزائدة الدودية)؟

If yes, please list: _____

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكرها:

Any mental health history (i.e. anxiety, depression)?

لا نعم

Yes No
هل لديه تاريخ من الإصابة بأحد أمراض الصحة العقلية (أي القلق، الاكتئاب)؟

Asthma

لا نعم

Yes No

الربو

Bladder problems (bedwetting)

لا نعم

Yes No

مشكلات المثانة (التبول اللاإرادي)

Seizure (epilepsy)

لا نعم

Yes No

النوبات (الصرع)

Anemia (low iron/blood count)

لا نعم

Yes No

فقر الدم (انخفاض مستويات الحديد/تعداد الدم)

Diabetes

لا نعم

Yes No

داء السكري

High blood pressure (hypertension)

لا نعم

Yes No

ارتفاع ضغط الدم

Concerns with weight

لا نعم

Yes No

مشكلات متعلقة بالوزن

Sickle cell disease/trait

لا نعم

Yes No

فقر الدم المنجلي/صفة الخلايا المنجلية

Eczema/rashes/skin problems

لا نعم

Yes No

الإكزيما/الطفح الجلدي/مشكلات الجلد

Heart problems

لا نعم

Yes No

مشكلات في القلب

Stomach problems

لا نعم

Yes No

مشكلات في المعدة

Headaches

لا نعم

Yes No

حالات الصداع

ADD/ADHD (attention deficit disorder)

لا نعم

Yes No

اضطراب نقص الانتباه
(Attention Deficit Disorder, ADD)

مع فرط النشاط (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD)

Fainting or concussion

لا نعم

Yes No

حالات إغماء أو ارتجاج في المخ

Hay fever/seasonal allergies

لا نعم

Yes No

حمى القش/حساسية موسمية

Other health problems

لا نعم

Yes No

مشكلات صحية أخرى

If yes, please list: _____

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكرها:

Family History: Please check if a biological family member has died or has one of the conditions below.

Unknown Patient Adopted

التاريخ العائلي: يرجى وضع علامة إذا كان أحد أفراد العائلة البيولوجية قد توفي أو كان لديه إحدى الحالات الصحية المذكورة أدناه.

غير معروف المريض مُتبني

Thyroid disease مرض الغدة الدرقية	Sickle Cell فقر الدم المنجلي	Seizures النوبات	High Cholesterol ارتفاع نسبة الكوليسترول	Heart Disease مرض بالقلب	Diabetes داء السكري	Cancer السرطان	Asthma الربو	Mental Health حالة متعلقة بالصحة العقلية	Died توفي	
										Mom الأم
										Dad الأب
										Grandmother (mom's side) الجددة (من جهة الأم)
										Grandfather (mom's side) الجد (من جهة الأم)
										Grandmother (dad's side) الجددة (من جهة الأب)
										Grandfather (dad's side) الجد (من جهة الأب)
										Other: غيرهم:

HENRY FORD HEALTH

Department of Pediatrics

School-Based and Community Health Program (SBCHP) Health Center

قسم طب الأطفال (Department of Pediatrics)

المركز الصحي التابع للبرنامج الصحي المدرسي والمجتمعي (School-Based and Community Health Program, SBCHP)

Consent Form: To be completed by Parent/Guardian or Patient (age 18 or over)

نموذج موافقة: يُستكمل من قبل ولي الأمر/الوصي أو المريض (18 عامًا أو أكبر)

Patient's legal name (first, last, middle initial)

الاسم القانوني للمريض (الاسم الأول، إسم العائلة، الحرف الأول من الاسم الأوسط)

I understand and agree to the following:

- أنا أفهم ما يلي وأوافق عليه:
- **This consent form is valid until the child turns 18. At that time they can sign their own consent form.**
نموذج الموافقة هذا صالح حتى يبلغ الطفل 18 عامًا. عند ذلك الوقت، يمكنه التوقيع على نموذج الموافقة الخاص به.
- **I can cancel this consent by giving a written letter to the health center.**
يمكنني إلغاء هذه الموافقة بتقديم خطاب مكتوب إلى المركز الصحي.
- The patient may get medical and behavioral health care at the Henry Ford Health School Based and Community Health Center (health center).
يمكن للمريض الحصول على رعاية صحية طبية وسلوكية في المركز الصحي الخاص بالبرنامج الصحي المدرسي والمجتمعي (Henry Ford Health) التابع لمنظمة (School-Based and Community Health Program)
- The patient may get telehealth or virtual health care from a Henry Ford Health doctor or provider.
يمكن للمريض الحصول على رعاية صحية عن بعد أو رعاية صحية افتراضية من طبيب أو مقدم رعاية تابع لمنظمة Henry Ford Health.
- The health center can share the patient's health information with other health care and behavioral health providers.
يمكن للمركز الصحي مشاركة المعلومات الصحية الخاصة بالمريض مع مقدمي رعاية صحية ورعاية صحية سلوكية آخرين.
- The health center may give information about treatment to insurance companies or others to get payment for services.
يمكن للمركز الصحي تقديم معلومات حول العلاج لشركات التأمين أو غيرها من الجهات للحصول على مدفوعات مقابل الخدمات.
- If the patient needs prescription medicine and it is delivered to the school, the patient may bring the medicine from school to home with no supervision.
إذا احتاج المريض إلى دواء يُصرف بوصفة طبية وتم تسليمه إلى المدرسة، يمكن للمريض إحضار الدواء من المدرسة إلى المنزل دون إشراف.
- Health Center staff will call 9-1-1 first, and then they will call the parent or guardian if there is an emergency.
سيصل موظفو المركز الصحي بالرقم 9-1-1 أولاً، ثم سيتصلون بولي الأمر أو الوصي في حالة وجود حالة طارئة.
- I do not need to give permission or consent for emergency transportation
لا يتعين علي إعطاء إذن أو موافقة على النقل في حالات الطوارئ
- I received a copy of the Henry Ford Health Notice of Privacy Practices.
لقد تسلمت نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بمنظمة Henry Ford Health.

Check one of the below:

ضع علامة على أحد الخيارين أدناه:

I am the parent or legal guardian of the child who is under the age of 18.

أنا ولي الأمر أو الوصي القانوني على الطفل الذي يقل عمره عن 18 عامًا.

I am the patient named above and 18 years of age or older.

أنا المريض المذكور اسمه أعلاه وأبلغ من العمر 18 عامًا أو أكبر.

Signature

التاريخ

Date

التوقيع

I agree that:

أنا أوافق على التالي:

- The health center can get a copy of the patient's vaccine record from the school office, primary care provider's office, local health department, or MCIR (Michigan Care Improvement Registry).
يمكن للمركز الصحي الحصول على نسخة من سجل لقاحات المريض من مكتب المدرسة أو مكتب مقدم الرعاية الأولية أو إدارة الصحة المحلية أو سجل تحسين الرعاية في ميشيغان (Michigan Care Improvement Registry, MCIR).
- I understand that a form explaining any vaccines the child needs and specific vaccine information sheets (VIS) will be shared with me.
أفهم أنه سنتم مشاركة نموذج يشرح أي لقاحات يحتاج الطفل إلى تلقيها وصحائف معلومات اللقاحات (Vaccine Information Sheets, VIS) المحددة معي.
- **The health center will not give the patient any vaccines until written or verbal consent has been given by the parent/guardian at the time of service.**
لن يعطي المركز الصحي أي لقاحات للمريض حتى يتم تقديم موافقة كتابية أو شفوية من قبل ولي الأمر/الوصي في وقت تقديم الخدمة.

Check one of the below:

ضع علامة على أحد الخيارين أدناه:

- I am the parent or legal guardian of the child who is under the age of 18.
 أنا ولي الأمر أو الوصي القانوني على الطفل الذي يقل عمره عن 18 عامًا.
- I am the patient named above and 18 years of age or older.
 أنا المريض المذكور اسمه أعلاه وأبلغ من العمر 18 عامًا أو أكبر.

Signature

التاريخ

Date

التوقيع