



امسح الرمز
صوتياً باستخدام
هاتفك.

طبيب الأسنان قادم إلى المدرسة.

احصل على عناية بالأسنان داخل المدرسة **بدون تكلفة* من جانبك.**

* للمرضى الذي يتمتعون بتغطية Medicaid أو MICHild (Medicaid/Delta Healthy Kids Dental)

Michigan Dental Outreach
...the mobile dentists



العناية بأسنان طفلك أمر مهم للحفاظ على صحته.

السهولة والراحة - سوف يقوم طبيب أسنان مرخص من الولاية بفحص فم طفلك وأسنانه بانتظام، بالإضافة إلى توفير التنظيف والأشعة السينية عند اللزوم، والعلاج بالفلورايد واستخدام مواد الحشو، حسب الحاجة. ويمكن أيضاً تقديم رعاية إضافية، مثل الحشو، وسيتم إرسال بطاقة تقرير علاج الأسنان إلى المنزل مع طفلك. ويشمل النصريح الرعاية الأولية للأسنان وزيارات المتابعة. يرجى التوقيع على الاستمارة وإعادتها إلى المدرسة اليوم.



يرجى الإكمال

الاسم الأول القانوني للطفل	الاسم (الأسماء) الأخير القانوني للطفل	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	ذكر ☐ أنثى ☐
العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
المدرسة	المعلم	الصف	
اسم الأب/ولي الأمر	الهاتف	()	
البريد الإلكتروني	الهاتف البديل	()	

أسئلة صحية مهمة

هل يعاني طفلك من أي حالات طبية أو إعاقات أو مشاكل سلوكية سابقة أو حالية؟ يرجى وضع علامة أمام كل حالة تنطبق على طفلك وتوضيحها في المساحة المتاحة. ويرجى إرفاق معلومات إضافية بهذه الاستمارة حسب الحاجة. وفي حالة عدم وجود أي حالات، اترك المساحة فارغة.

- ☐ الأمراض المعدية النشطة (بما في ذلك فيروس كورونا (كوفيد-19))
☐ الحساسية تجاه الأطعمة/موسمية
☐ اضطرابات النزيف
☐ الحساسية تجاه الأدوية
☐ مشاكل في التنفس
☐ مشاكل الأسنان
☐ الربو
☐ المشاكل السلوكية
☐ مرض السكري
☐ مشاكل في القلب
☐ الاضطرابات المناعية
☐ مرض كلوي
☐ مرض في الكبد
☐ نوبات مرضية

اذكر الأدوية و/أو مشاكل الأسنان الحالية:

إذا كان طفلك قد زار طبيب أسنان خلال ١٢ شهراً الماضية، يرجى ذكر اسم طبيب الأسنان أو اسم الممارس وعنوانه

في حالة التأمين على طفلك لدى MEDICAID/MICHILD (MEDICAID/DELTA HEALTHY KIDS DENTAL)

ضع دائرة حول أحد الخيارات التالية: BCBS Healthy Kids, Delta Dental Healthy Kids, MI Medicaid

أدخل رقم هوية المنتسب
إلى خدمة Medicaid المكون
من ١٠ أرقام هنا:

أو رقم الضمان الاجتماعي للطفل (إذا كان متوفراً)

تأمين الأسنان الخاص	اسم شركة التأمين (غير Medicaid)	هاتف شركة التأمين
رقم المجموعة	اسم رب العمل	رقم هاتف الشركة
اسم الشخص البالغ المؤمن عليه	تاريخ ميلاد الشخص البالغ المؤمن عليه	
رقم العضو/رقم البوليصة	رقم الضمان الاجتماعي للشخص البالغ المؤمن عليه	

إذا كان الطفل لا يمتلك تأميناً للأسنان

(حدد أحد الخيارات التالية)

في حالة سداد مقابل الخدمات، يرجى إرفاق شيك أو حواله مالية بهذه الاستمارة مستحقة الدفع لصالح: Michigan Dental Outreach, P.C.

للدفع عن طريق بطاقة الائتمان، يرجى الاتصال على ٨٥٥-٤٨٣-٨١٣٩

١٣ عاماً أو أصغر: ٨١ دولاراً ١٤ عاماً أو أكبر: ٩٤ دولاراً

☐ سوف أدفع التكاليف المخفضة لتنظيف الأسنان وفحصها وعلاجها بالفلورايد في كل زيارة.

☐ أطلب الحصول على رعاية ممنوحة دون مقابل لتغطية تكاليف تنظيف الأسنان والفحص والعلاج بالفلورايد لطفلي.

(سوف ترسل لك طلب الرعاية الممنوحة دون مقابل. متاحة مرة واحدة فقط في كل سنة دراسة للرعاية الوقائية فقط.)

إذا كان طفلك يزور طبيب أسنان بانتظام، وكنت ترغب في مواصلة الرعاية مع هذا الطبيب، يمكنك فعل ذلك.

اقرأ ووقع أدناه

أفهم وأفوض Michigan Dental Outreach, P.C. (مقدم الخدمة)، وأطباء الأسنان التابعين لها أو مساعدي أطباء الأسنان بتقديم خدمات الأسنان في المدرسة للطفل المذكور أعلاه بصفتي الوالد الحاضن أو الوصي القانوني له. بما في ذلك الفحص والتنظيف والعلاج بالفلورايد ومواد الحشو والأشعة السينية واستعمال فلوريد ثنائي أمين الفضة حسب الضرورة. (قد يتسبب استخدام فلوريد ثنائي أمين الفضة في تغيير لون أي تجاويف إلى لون بني أو أسود. انظر الظاهر للحصول على التفاصيل). وأفوض كذلك بأي علاج آخر للأسنان مثل الحشو وخلع أي أسنان للطفل تسبب مشكلة، أو إجراء خلع لللب (علاج أعصاب أسنان الطفل)، وتخدير الفم والأسنان وغيرها من الإجراءات حسب الحاجة. وأفهم أنه يمكنني، في أي وقت، اختيار حصول طفلي على الرعاية من طبيب الأسنان الخاص به بدلاً من Michigan Dental Outreach, P.C. وقد قرأت الأسئلة الصحية المهمة أعلاه، وسوف أبلغ عن أي تغييرات هامة في صحة طفلي على الرقم 855-481-8639. وقرأت IMPORTANT NOTICE AND CONSENT الإشعار الهام والموافقة على ظهر هذه الصفحة وأفهم وأوافق على شروطه.

وقع وسجل التاريخ هنا

تمنح هذه الموافقة الإذن بزيارات علاج الأسنان المبدئية والمستقبلية.

التاريخ

للمحافظة على خصوصيتك،
يرجى طي الاستمارة وإغلاقها.



الأسئلة: 855-481-8639 الفاكس: 888-330-4331 بعد ساعات العمل: 800-964-7820 تفضل بزيارتنا على: mobiledentists.com

Noah Levi, DDS, Dental Director
Michigan Dental Outreach, P.C., 33533 W. Twelve Mile Road, Ste. 150, Farmington Hills, MI 48331
© Michigan Dental Outreach, P.C., 2026

الإشعار الهام والموافقة / IMPORTANT NOTICE & CONSENT

أفهم وأفوض Michigian Dental Outreach, P.C. (مقدم الخدمة) وأطباء الأسنان التابعين لها أو مساعدي أطباء الأسنان بتقديم الخدمات التالية إلى الطفل المذكور أعلاه بصفتي الوالد الحاضر أو الوصي القانوني: تعليمات فحص الأسنان وصحة الفم وتنظيف الأسنان والعلاج بالفلورايد والأشعة السينية وحشو الأسنان. بالإضافة إلى استعمال فلوريد ثنائي أمين الفضة لعلاج تطور تسوس الأسنان. (قد يتسبب استخدام فلوريد ثنائي أمين الفضة في تغير لون أي تجاويف أو بنية أسود). وأفوض أيضاً طبيب الأسنان بحشو أي تجاويف أو وضع تاج على السن. وخلع أي أسنان للطفل تسبب مشكلة أو إجراء خلع لب (علاج أعصاب أسنان الطفل). أو وضع حافظات المسافة أو إجراء أي علاج للأسنان إذا لزم الأمر. وأفهم أن هناك مخاطر لعلاج الأسنان بما في ذلك التورم أو الألم الذي قد يحدث نتيجة العلاج أو حقن مخدر موضعي أو تفاعل حساسية. (الحصول على المزيد من المعلومات بشأن مخاطر العلاج وبدائل العلاج. يرجى الاتصال على الرقم المذكور). وأفهم أنه قد يتم إجراء جزء من فحص أسنان طفلي عن بعد وأن المعلومات السريرية (مثل الأشعة السينية) قد يتم جمعها وإرسالها إلكترونياً إلى موقع آخر لتقييمها بواسطة طبيب الأسنان. وأوافق على خدمات طب الأسنان عن بعد هذه وأفهم أنه أثناء تطبيق إجراءات حماية السرية، فإن استخدام عمليات الإرسال الإلكترونية بواسطة جهة خارجية قد يمثل مخاطر إضافية على الخصوصية. وأفهم أنني أمتلك الحق في الوصول إلى المعلومات الطبية المتعلقة بخدمات طب الأسنان عن بعد. أفوض وأوجه مقدم الخدمة بفوترة وتحصيل أي مبالغ من Medicaid أو التأمين أو جهة سداد أخرى. وأفوض مدرسة طفلي بتوفير معلومات التأمين الخاصة بطفلي لمقدم الخدمة ووكيل الفوترة الخاص به لتقديم الفواتير للجهة التي تتكفل بدفع مقابل الخدمات. إذا كان لدي تأمين أسنان خاص، فستتم محاسبتني وأوافق على دفع أي مدفوعات قابلة للاستقطاع و/أو دفع العلاج عن طريق طبيب الأسنان في المدرسة على الاستحقاقات المستقبلية التي قد يحصل طفلي عليها بموجب التأمين الخاص أو Medicaid أو CHIP. ما لم أقم بإجراء ترتيبات مسبقة للحضور. وأتواجد أثناء تقديم الخدمة. فإنه سيتم تقديم الخدمات دون وجودي. وأوافق على قيام مقدم الخدمة بإرسال رسائل نصية حول برنامج علاج الأسنان في المدرسة. وأقر أنني أعلم أن الرسائل النصية ليست طريقة مراسلة آمنة وقد تتسبب في مخاطر إضافية فيما يتعلق بالخصوصية. (قد يتم فرض رسوم على الرسائل و/أو البيانات من قبل مزود الخدمة اللاسلكية الخاص بك، وللتوقف عن الاستلام، قم بالرد بكلمة "STOP" على أي رسالة تستلمها منا. وتوافق أيضاً على استقبال مكالمات هاتفية مسجلة مسبقاً و/أو اتصال تلقائي يتعلق ببرنامج الأسنان للمدارس على أرقام الخط الأرضي و/أو الهاتف الجوال المذكورة في استمارة الموافقة هذه). استلمت إشعار ممارسات الخصوصية (NPP) الملحق بهذه الاستمارة وأوافق على إفشاء معلومات السجل الطبي لطفلي، بما في ذلك السجلات التي يتم الحصول عليها من الجهات الأخرى. وأي إصابة بغيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والأمراض المعدية والأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي والمخدرات والكحول. ومعلومات فقر الدم. وأفوض بإفشاء هذه المعلومات من قبل مقدم الخدمة لأي جهة سداد مسؤولة و/أو مزود الخدمة الإدارية والمتعاقدين معه من الباطن لأغراض الاستخدام والإفصاح المتعلقة بعلاج طفلي ودفع مقابل الخدمات وعملية الرعاية الصحية. تأذن هذه الموافقة الموقعة بزيارات علاج الأسنان المبدئية لطفلي والزيارات المستقبلية. ويجوز لي سحب هذه الموافقة في أي وقت عن طريق الكتابة.

فلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF) - علاج أسنان جديد لمحاربة التسوس

مزايا فلوريد ثنائي أمين الفضة: تسوس الأسنان شائع جداً بين الأطفال. لكن أطباء الأسنان داخل المدرسة يمتلكون الآن بديلاً آمناً وغير مؤلم لإجراءات ثقب التسوس التقليدية يسمى فلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF). ويعد فلوريد ثنائي أمين الفضة سائل مضاد حيوي معتمد من إدارة الأغذية والعقاقير يستخدم للمساعدة في منع تكوين التسوس أو نموه أو انتشاره إلى أسنان أخرى. ويضعه طبيب الأسنان ببساطة على السن باستخدام الفرشاة.



تسوس



تم استخدام فلوريد ثنائي أمين الفضة



- يمكن أن يسبب فلوريد ثنائي أمين الفضة بقع مؤقتة إذا لامس الجلد. البقعة غير ضارة ويجب أن تختفي في أقل من أسبوع.
- قد يسبب فلوريد ثنائي أمين الفضة طعماً معدنيًا مؤقتًا.

- قد لا يلغي العلاج باستخدام فلوريد ثنائي أمين الفضة الحاجة إلى الحشو التقليدي.
- من الطبيعي أن يُلَوَّن فلوريد ثنائي أمين الفضة التجويف باللون البني أو الأسود، وهذا يعني أنه يعمل.
- لن تُلَوَّن الأجزاء السليمة من الأسنان.

لديك أسئلة؟ اتصل بأحد منسقي الرعاية لدينا على رقم 855-481-8639

احتفظ به للرجوع إليه عند الحاجة.

NOAH LEVI, DDS, DENTAL DIRECTOR

Sadiya Ahsan, DDS, Roxann Baker, DDS, Ronald Budnick, DDS, Kais Dardar, DDS, Nermee Elabity, DDS, Jordan Farah, DMD, Raymond Fung, DMD, Michael Guest, DDS, Binh Ha, DDS, Debra Kennedy, DDS, Patricia Mack, DDS, Phillip McCorkle, DDS, Zina Murad-Ararat, DDS, Ashleigh O'Brien, DDS, Sade Parsons, DDS, Solomon Pesis, DDS, Elizabeth Phillips, DDS, Rubayyat Rashid, DDS, Julia Rosenfield, DDS, Michelle Szewczyk, DDS, Lauren Trancik, DDS, Emily Warnick-Nathan, DDS, Deirdre Young, DDS

إشعار ممارسات الخصوصية

يصف هذا الإشعار طريقة استخدام معلوماتك الطبية والإفصاح عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. يرجى الاطلاع عليه بعناية. احتفظ به للرجوع إليه عند الحاجة.

التذكير بالمواعيد: قد نستخدم معلوماتك الصحية أو ننصح عنها لترسل لك التذكير بالمواعيد (مثل رسائل البريد الصوتي أو البطاقات البريدية أو الخطابات أو رسائل البريد الإلكتروني أو الرسائل النصية).

أنشطة الرعاية الصحية: قد ننصح عن المعلومات الصحية لوكالة رقابة صحية بما يتوافق مع الأنشطة التي يسمح بها القانون. وتشمل أنشطة الرعاية على سبيل المثال: مراجعة الحسابات والتخفيفات وعمليات الفحص ومسوح الترخيص وهذه الأنشطة ضرورية للحكومة من أجل مراقبة نظام الرعاية الصحية وتفسي الأمراض وبرامج الحكومة والأمنثال لقوانين الحقوق المدنية وتحسين نتائج المرضى.

الدعوى والمطالبات: قد ننصح عن معلوماتك الصحية استجابة لأمر من محكمة أو أمر إداري. بقى ننصح أيضاً عن معلوماتك الصحية استجابة لمذكرة إجبار أو طلب اكتشاف أو إجراء قانوني آخر.

الاستخدامات وعمليات الإفصاح الأخرى: وفق ما يسمح أو يقضي به القانون. قد نستخدم أو ننصح عن معلوماتك الطبية لأغراض بحثية، أو للمنظمات التي تتعامل أو تراقب الفرع بالأعضاء وزرعها أو لتعويض العمال أو البرامج المماثلة للأمنثال للقوانين المتعلقة بتعويض العمال أو البرامج المماثلة التي توفر فوائد لإصابات العمل أو المرض. أو لأنشطة الصحة العامة مثل منع الأمراض أو السيطرة عليها أو الإجابة أو العجز أو للإبلاغ عن تفاعلات الأدوية أو مشاكل في المنتجات. أو لإبلاغ الأشخاص عن طلبات استدعاء المنتجات التي قد يستخدمونها. أو لإبلاغ شخص قد يكون عرضة أو يواجه خطر النفاذ أو نشر مرض، أو لموظفي الفحص الطبي لتحديد هوية شخص متوفى أو لتحديد سبب الوفاة أو لمديري الحنثات لتفديد مهام معلمهم.

حقوق المرضى

الوصول: بحق لك الاطلاع على معلوماتك الصحية أو الحصول على نسخ منها مع استثناءات محدودة. ويجب أن نقدم طلباً خطياً للحصول على حق الوصول إلى معلوماتك الصحية وإرسال طلبك بالفاكس إلى الرقم الموجود في نهاية هذا الإشعار.

بيان الإفصاح: بحق لك الحصول على قائمة بحالات الإفصاح عن معلوماتك الصحية التي يتم إجراؤها بواسطتنا أو من خلال شركائنا. وفي حالة طلب هذا البيان أكثر من مرة واحدة في فترة 12 شهراً، فإنه بحق لنا مطالبتك بسداد رسوم معقولة على أساس التكلفة للاستجابة لهذه الطلبات الإضافية.

الفيديو: بحق لك أن تطلب منا وضع قيود على استخدامنا لمعلوماتك الصحية أو الإفصاح عنها. وليس لراماً علينا أن نوافق على طلبك إلا عندما يكون الإفصاح لخطتك الصحية. وقد قمنا (أو شخص ما نيابة عنك غير خطتك الصحية) بدفع المقابل الكامل لرعايتك الصحية. وأن يكون الإفصاح متعلقاً بالدفع لعمليات الرعاية الصحية. وأن يكون الإفصاح غير مطلوب على خلاف ذلك وفقاً للقانون. ومع ذلك إذا وافقنا على الفيديو. فإننا سنلتزم بهذا الاتفاق (إلا في حالة طوارئ).

الاتصالات البعيدة: بحق لك أن تطلب منا كتابة الاتصال بك بشأن معلوماتك الصحية عن طريق وسائل بديلة أو في مواقع بديلة محددة في طلبك الكتابي.

التعديل: بحق لك أن تطلب منا تعديل معلوماتك الصحية. ويجب أن يكون طلبك كتابياً ويجب أن يفسر لماذا ينبغي تعديل هذه المعلومات. وبحق لنا رفض طلبك في ظل ظروف معينة.

الإشعار الإلكتروني: في حالة تلقي هذا الإشعار على موقعنا على شبكة الإنترنت أو عن طريق البريد الإلكتروني. فإنه بحق لك الحصول على هذا الإشعار في شكل مكتوب عند الطلب.

الأشئلة والشكاوى

إذا كنت ترغب في الحصول على المزيد من المعلومات حول الممارسات الخصوصية أو إذا كانت لديك استفسارات أو شواغل. يرجى الاتصال بنا إذا كنت قلقاً من أن نتعطل حقوق خصوصيتك. يمكنك أن تقدم لنا شكوى باستخدام معلومات الاتصال الواردة في نهاية هذا الإشعار. وبحق أيضاً تقديم شكوى كتابية إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية بإرسال خطاب على العنوان: Independence Avenue, 200, S.W., Washington, D.C. 20201. أو الاتصال على الرقم: 1-877-696-6775 أو زيارة الموقع الإلكتروني: <https://www.hhs.gov/nipaa/filing-a-complaint/> أو what-to-expect/index.html. ولتقديم بأي شكل من الأشكال إذا اخترت التقدم بشكوى لنا أو إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية،

مسؤول الاتصال: موظف HIPAA

الهاتف: 888-833-4881

الفاكس: 888-330-4331

البريد الإلكتروني: HIPAAOfficer@mobiledentists.com

تاريخ السريان: 1 فبراير 2018

واجبنا القانوني
سرية معلوماتك الطبية هامة بالنسبة لنا نحن مطالبون بموجب القانون الفيدرالي والمحلي المعمول به في الولايات بالحفاظ على سرية معلوماتك الصحية. كما أننا مطالبون أيضاً بأن نقدم لك هذا الإشعار حول ممارسات الخصوصية. وواجبنا القانوني. وحقوقك فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية. يجب أن نتبع ممارسات الخصوصية الموضحة في هذا الإشعار أثناء سريان. وسوف نبلغك في حالة تعرض معلوماتك الطبية غير الآمنة للاختراق.

نحفظ بالحق في تغيير ممارسات الخصوصية وشروط هذا الإشعار في أي وقت. شرحنا أن نسمح القوانين المعمول بها يمثل هذه التغييرات. ونحفظ بالحق في إجراء التغييرات في ممارسات الخصوصية والشروط الجديدة في الإشعار الساري بالنسبة لجميع المعلومات الصحية التي نحفظ بها. بما في ذلك المعلومات الصحية التي قمنا بإثباتها أو تلقيناها قبل إجراء التغييرات. قبل إجراء أي تغيير جوهري في سياسة الخصوصية. سوف نقوم بتغيير هذا الإشعار وسيكون الإشعار الجديد متاحاً عند الطلب.

يمكنك طلب نسخة من الإشعار في أي وقت. وللحصول على المزيد من المعلومات حول ممارسات الخصوصية أو للحصول على نسخ إضافية من هذا الإشعار. يرجى الاتصال بنا باستخدام المعلومات المذكورة في نهاية هذا الإشعار.

استخدامات المعلومات الصحية والإفصاح عنها

نستخدم معلوماتك الصحية وننصح عنها لتقديم العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية. على سبيل المثال:

العلاج: قد نستخدم معلوماتك الصحية أو ننصح عنها للطبيب أو ممرضة المدرسة "أو منسق الرعاية الصحية" أو غيرهما من مقدمي الرعاية الصحية الذي يوفر لك العلاج.

الدفع: قد نستخدم معلوماتك الصحية ونفصح عنها للحصول على مقابل الخدمات التي نقدمها لك.

عمليات الرعاية الصحية: قد نستخدم معلوماتك الصحية وننصح عنها فيما يتعلق بعملياتنا التجارية مثل استعراض كفاءة أو مؤهلات المتخصصين في الرعاية الصحية وتقييم الممارس وأداء مقدم الخدمة.

الإن: لا يجوز اللجوء إلى الاستخدامات أو عمليات الإفصاح غير الواردة وصفها في هذا الإشعار إلا إذا كان خطي من جانبك. بالإضافة إلى ذلك يجب أن نخضع على إذن خطي منك لبيع معلوماتك الطبية أو استخدام معلوماتك أو الإفصاح عنها لأغراض ترويجية أو تسويقية حيث يتم الدفع لنا لإجراء الاتصالات. وإذا قمت بمتابعتها. يمكنك إلغاء كتيبة في أي وقت. ولن يؤثر الإلغاء الذي نطلبه على أي استخدام أو عمليات إفصاح يسمح بها الآن الخاص بك أثناء سريان. وما لم نتحدا إذا كتابياً. لا يمكننا استخدام معلوماتك الصحية أو الإفصاح عنها لأي سبب من الأسباب ما عدا تلك المذكورة في هذا الإشعار.

لعايتك وأصدقائك والأشخاص المشاركين في رعايتك: قد ننصح عن معلوماتك الصحية لأحد أفراد العائلة أو صديق أو أي شخص آخر يشارك في رعايتك بالشكل اللازم للمساعدة في رعايتك الصحية أو في دفع مقابل رعايتك الصحية. وقد ننصح أيضاً عن معلوماتك الطبية لموظفات الإغاثة في حالات الكوارث للمساعدة في تحديد مواقع الأشخاص أثناء الكوارث. وقد نستخدم معلوماتك الطبية أو ننصح عنها لإخطار أو المساعدة في إخطار أحد أفراد العائلة أو ممثل شخصي أو أي شخص آخر مسؤول عن رعايتك عن موقعك أو حالتك العامة أو وفاتك. وإذا كنت لا تريد أن ننصح عن معلوماتك الطبية لأفراد العائلة أو الغير في هذه الظروف. الرجاء إبلاغ موظف HIPPA لدينا على رقم 888-833-8441

الطلب من قبل القانون: قد نستخدم معلوماتك الصحية أو ننصح عنها عندما يطلب منا القيام بذلك بموجب القانون.

السلامة العامة: قد ننصح عن الإفصاح عن معلوماتك الطبية لموظفي إنقاذ القانون في حالات الاستجابة لأمر نصي أو أمر استدعاء لهيئة المحلفين الكبرى. أو لمساعدة موظفي إنقاذ القانون في التعرف على الشخص أو تحديد موقعه. أو للإبلاغ عن حالات الوفاة التي قد تكون ناجمة عن سلوك إجرامي. ولتقديم تقرير عن سلوك إجرامي في متنتنا.

سوء المعاملة أو الإهمال: قد ننصح عن معلوماتك الصحية للسلطات المختصة إذا اعتقدنا بشكل معقول أنك صحية محتملة من لإهمال أو سوء المعاملة أو العنف المنزلي أو ضحية محتملة لجرائم أخرى. وقد ننصح عن معلوماتك الصحية إلى الحد الضروري لتجنب تهديد خطير لصحتك أو سلامتك أو صحة أو سلامة الآخرين.