



امسح الرمز ضوئياً  
باستخدام هاتفك.

## طبيب الأسنان قادم إلى المدرسة!

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

\* للمرضى الذي يتمتعون بتغطية Medicaid أو برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) في ولاية بنسلفانيا



**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 التصريح 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 <input type="checkbox"/><br>أنثى <input type="checkbox"/> |
| 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.

|                                                                                      |                                                       |                                          |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> الأمراض المعدية النشطة (بما في ذلك فيروس كورونا (كوفيد-19)) | <input type="checkbox"/> الحساسية تجاه الأطعمة/موسمية | <input type="checkbox"/> اضطرابات النزيف | <input type="checkbox"/> السكري              |
| <input type="checkbox"/> الربو                                                       | <input type="checkbox"/> الحساسية تجاه الأدوية        | <input type="checkbox"/> مشاكل في التنفس | <input type="checkbox"/> مشاكل في القلب      |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك                                                     | <input type="checkbox"/> المشاكل السلوكية             | <input type="checkbox"/> مشاكل الأسنان   | <input type="checkbox"/> الاضطرابات المناعية |

يرجى التوضيح \_\_\_\_\_

اذكر الأدوية و/أو مشاكل الأسنان الحالية: \_\_\_\_\_

ضع دائرة حول واحد مما يلي: Aetna CHIP, AmeriHealth Caritas, Blue Cross CHIP, Gateway, Geisinger, HealthPartners, Keystone First, Kidz Partners, United Concordia CHIP, United Healthcare, UPMC, Promise Medicaid

في حالة التأمين على طفلك لدى Medicaid / برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) في ولاية بنسلفانيا

أدخل رقم هوية المنتسب إلى خدمة Medicaid المكون من 10 أرقام هنا: \_\_\_\_\_

أو رقم الضمان الاجتماعي للطفل # (إن وُجد) \_\_\_\_\_

|                              |                                               |                   |                 |
|------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------|-----------------|
| 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 البوليصا       | رقم الضمان الاجتماعي للشخص البالغ المؤمن عليه | -                 | -               |

**إذا كان الطفل لا يمتلك تأميناً للأسنان (حدد أحد الخيارات التالية)**

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

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

(سوف نرسل 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 أذناه

أفهم وأفوض Big Smiles Pennsylvania 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 تغير لون أي تجاويف إلى لون بني أو أسود. انظر الظهر للحصول على التفاصيل). وأفوض كذلك بأي علاج آخر للأسنان مثل الحشو وخلع أي أسنان للطفل تسبب مشكلة، أو إجراء خلع لب (علاج أعصاب أسنان الطفل)، وتخدير الفم والأسنان وغيرها من الإجراءات حسب الحاجة. 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 \_\_\_\_\_

للحفاظ على خصوصيتك، يرجى طي الاستمارة وإغلاقها.



الأسئلة: 855-481-8639 الفاكس: 888-330-4331 تفضل بزيارتنا على: mobiledentists.com

Steven Pesis, DDS, Dental Director, Big Smiles Pennsylvania P.C.  
200 Barr Harbor Dr., Ste. 400, West Conshohocken, PA 19428  
© Big Smiles Pennsylvania P.C., 2026

# الإشعار الهام والموافقة / IMPORTANT NOTICE & CONSENT

أفهم وأفوض Big Smiles Pennsylvania 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. وأفوض أيضاً طبيب الأسنان يحشو 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. (للحصول 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 بُعد وأن المعلومات السريرية (مثل الأشعة السينية) قد يتم جمعها وإرسالها إلكترونياً إلى موقع آخر لتقييمها بواسطة طبيب الأسنان. وأوافق على خدمات طب الأسنان عن بُعد هذه وأفهم أنه أثناء تطبيق إجراءات حماية السرية، فإن استخدام عمليات الإرسال الإلكترونية بواسطة جهة خارجية قد يمثل مخاطر إضافية للخصوصية. وأفهم أنني أملك الحق في الوصول إلى المعلومات الطبية المتعلقة بخدمات طب الأسنان عن بُعد. أفوض أيضاً مقدم الخدمة بفوترة وتحصيل أي مبالغ من Medicaid أو Medicare 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 محاسبي وأوافق على دفع أي مدفوعات قابلة للاستقطاع و/أو تغطية جزئية. قد يؤثر العلاج عن طريق طبيب الأسنان في المدرسة على الاستحقاقات المستقبلية التي قد يحصل طفلك عليها بموجب التأمين الخاص أو Medicaid أو CHIP. ما لم أقم بإجراء ترتيبات مسبقة للحضور، وتواجد 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 مرسلية آمنة وقد تتسبب في مخاطر إضافية فيما يتعلق بالخصوصية. (قد يتم فرض رسوم على الرسائل و/أو البيانات من قبل مزود الخدمة الأسلاكية الخاص بك؛ وللتوقف عن الاستلام، قم بالرد بكلمة "STOP" على رسالة تستلمها منا. وتوافق أيضاً على استقبال مكالمات هاتفية مسجلة مسبقاً و/أو اتصال تلقائي يتعلق ببرنامج علاج الأسنان في المدرسة 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 بفيروس 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 يلغى 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.

STEVEN PESIS, DDS, DENTAL DIRECTOR

Mitchell Bialor, DDS, Lauren Bollenback, DMD, Richard Brown, DMD, Drew Carey, DDS, Jill Carre, DMD, Paige Delaney, DDS, Conner Diminick, DMD, Yolanda Dunn, DMD, Matthew D Frey, DMD, Timothy Gould, DMD, Douglas Henschel, DDS, Kristen Hollishwander, DMD, Cynthia Iseman, DMD, Jeff Jagaman, DMD, Jack Lawrence, DMD, Robert Maxwell, DDS, Allison McCracken, DMD, Ann McDonough, DMD, Miroslav Nemet, DMD, Linh Nguyen, DDS, Steven Pesis, DDS, Maryna Petrasheuskaya, DDS, Dennis Petricoin, DDS, Miles Ranck, DMD, Noelle Rose, DMD, Shabnam Sedaghat, DMD, Bakhtawar Shafqat, DMD, Natalie Sorbello, DDS, Barry Stein, DMD, Leslie Wahl, 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 الرقابة على سبيل المثال: مراجعة الحسابات والتخفيفات وعمليات التفتيش ومسوح الترخيص وهذه الأنشطة ضرورية للحكومة من أجل مراقبة نظام الرعاية الصحية ونفسي الأمراض وبرامج الحكومة والأمنثال لقوانين الحقوق المدنية وتحسين نتائج المرضى.

**المعايير والمعايير:** قد ننصح عن معلوماتك الصحية استجابة لأمر من محكمة أو أمر إداري. وقد ننصح أيضاً عن معلوماتك الصحية استجابة لمذكرة إحصار أو طلب اكتشاف أو إجراء قانوني آخر.

**الاستخدامات وعمليات الإفصاح الأخرى:** وقد ما يسمح أو يقضي به القانون. قد نستخدم أو ننصح عن معلوماتك الطبية لأغراض بحثية، أو للخطط التي تتعامل أو تراقب النجى 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 الحنارات لتحديد 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.

**القيود:** 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 قمت (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 القيود، فإننا سنلتزم بهذا الاتفاق (إلا في حالة طوارئ).

**الانحيازات الجبلية:** بحق لك أن تطلب منا كتابة الانحياز 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 لك 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.

### الأسئلة 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. يمكنك أيضاً تقديم شكوى كتابية إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية بإرسال خطاب على العنوان: Independence Avenue, 200, 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](https://www.what-to-expect/index.html). ولن نتعمد 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](mailto: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 نبذل كل ما في وسعنا للحفاظ على معلوماتك الطبية غير الآمنة للأمنثال للقوانين.

نحتفظ بالحق في تغيير ممارسات الخصوصية وشروط هذا الإشعار في أي وقت. شرحنا أن نسمح القوانين المعمول بها يمثل هذه التغييرات. ونحتفظ بالحق في إجراء التغييرات في ممارسات الخصوصية والشروط الجديدة في الإشعار السنوي بالنسبة لجميع المعلومات الصحية التي نحتفظ بها. بما في ذلك المعلومات الصحية التي قمنا بإنشائها أو تلقيها قبل إجراء التغييرات. قبل إجراء أي تغيير جوهري في سياسة الخصوصية، سوف نقوم بتغيير هذا الإشعار وسنكون 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 الاستثناءات أو عمليات الإفصاح غير الوارد وصفها في هذا الإشعار إلا إذا كان خطي من جانبك. بالإضافة إلى ذلك يجب أن نخضع على إذن خطي منك لنبيع معلوماتك الطبية أو استخدام معلوماتك أو الإفصاح عنها لأغراض ترويجية بالسلع أو الخدمات التسويقية حيث يتم الدفع لنا لإجراء الاتصالات. وإذا قمت بمتابعتنا الإن، يمكنك إلغاء كتيبة في أي وقت. ولن يؤثر الإلغاء الذي نطلبه على أي استخدام أو عمليات إفصاح يسمح بها الإن الخاص بك أثناء سريانه. وما لم نتحدا إذا كتابياً لا يمكننا استخدام معلوماتك الصحية أو الإفصاح عنها لأي سبب من الأسباب ما عدا تلك المذكورة في هذا الإشعار.

**عائلتك وأصدقائك والأشخاص المشاركون 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 لمنظمات 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 HIPAA لدينا على رقم 888-833-8441

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

**السلطة العامة:** قد ننصح عن المعلومات الطبية لموظفي إنفاذ القانون في حالات الاستجابة لأمر تفتيش أو أمر استدعاء لهئية المحلفين الكبرى. أو لمساعدة موظفي إنفاذ 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 ضحية محتملة من الإهمال 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.