

Bringing healthcare for your child to your neighborhood

Provided to northeast Indiana by the Ronald McDonald Care Mobile®



Delivering the care little ones need to grow strong and healthy

The Ronald McDonald Care Mobile® is a doctor's office on wheels delivering Parkview Physicians Group – Pediatrics providers to your neighborhood. Now, children 0 – 18 years have more convenient access to health services, such as wellness visits and shots.

Find out when the Ronald McDonald Care Mobile will be in your area by visiting www.parkview.com/caremobile or scan the code below.

Walk-in or schedule an appointment by calling **1-877-PPG-TODAY (774-8632)**.


AVAILABLE SERVICES INCLUDE:

- Wellness visits
- Immunizations
- Screenings (hearing, vision, developmental)
- Point of care testing (lead, strep, urine)
- Fluoride treatments
- Childhood health and safety education

Ronald McDonald Care Mobile® delivers no-charge services to families without medical insurance.



 **PARKVIEW HEALTH**

 **Ronald McDonald House Charities® of Northeast Indiana**

 **PARKVIEW PHYSICIANS GROUP**

Ronald McDonald Care Mobile

Patient Demographic Information, Patient Agreements and Authorizations

The doctor is out.

Helping children along their wellness journey.

Parkview Health, in partnership with Ronald McDonald House Charities, is proud to bring the Ronald McDonald Care Mobile to northeast Indiana!

The Ronald McDonald Care Mobile is a doctor's office on wheels, delivering Parkview Physicians Group – Pediatrics providers to your neighborhood. Now, children 0–18 years have more convenient access to health services, such as wellness visits and shots. This state-of-the-art care mobile features two (2) patient exam rooms, a laboratory and a patient education center.

Delivering the care little ones need to grow strong and healthy.

- Available services include:
- Wellness visits
 - Immunizations
 - Fluoride treatments
 - Screenings (hearing, vision, developmental)
 - Point of care testing (lead, strep, urine)
 - Childhood health and safety education

Ronald McDonald Care Mobile delivers no-charge services to families without medical insurance.

Demographics

Child's Full Name		Child's Date of Birth		Child's Age	Child's Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Child's Address		City		State	ZIP Code
Child's School	Grade	Child's Race <i>(check all that apply)</i> <input type="checkbox"/> African American <input type="checkbox"/> Caucasian <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Other			Child's Preferred Language
Parent/Legal Guardian's Full Name		Parent/Legal Guardian's Date of Birth		Best Daytime Contact Number	

Doctor / Insurance Information

Child's Regular/Primary Doctor	Doctor's Address	Doctor's Phone Number
		Doctor's Fax Number
Which type of insurance does your child have? <input type="checkbox"/> Medicaid/Public Insurance – Medicaid ID Number: _____ <input type="checkbox"/> Private Insurance (PPO/HMO) – Name of Insurance Co.: _____ Policy Number: _____		<input type="checkbox"/> Child does NOT have insurance <input type="checkbox"/> Child does NOT have a PCP

Immunization Information

My child may receive any immunizations REQUIRED by the school. I give permission for my child to be vaccinated. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Our team, along with the American Academy of Pediatrics, RECOMMENDS additional immunizations important for your child's health. Please check those which you want your child to receive: <input type="checkbox"/> HPV Vaccines (age 11 and older) <input type="checkbox"/> Flu Vaccine (seasonal) <input type="checkbox"/> Meningococcal B
MAY YOUR CHILD RECEIVE HEALTHY SNACK ITEMS (MAY CONTAIN NUTS, SOY, DAIRY, EGG and/or GLUTEN)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Authorization for Release of Personal Health Information

- I authorize/allow the use and disclosure of this personal health information (PHI) for the purposes of diagnosing or providing treatment to my child, obtaining payment for care, or for health care business management of Parkview Health ("Parkview").
- I authorize/allow Parkview to release PHI which may be required in completing applications for financial assistance or insurance coverage for services rendered.
- I authorize Parkview to provide my child's school and doctor with a copy of the health exam, including immunizations administered.

Disclaimer

This Ronald McDonald Care Mobile is made possible by a grant from the Ronald McDonald House Charities, Inc. ("RMHC"), a non-profit, tax-exempt charitable corporation. RMHC has no responsibility or liability for the operation of this Ronald McDonald Care Mobile or any of the medical or dental activities conducted herein.

Consent for Treatment

I consent to the treatment provided by Parkview physicians, nurses, or other designated health care providers. This treatment may include physical examination, health screenings and all recommended and required immunizations except where declined above.

I understand that physicians, nurses and other health care providers in training may, under the supervision of appropriate personnel, participate in my child's treatment and I consent to such health care provider in training involvement.

I hereby release, discharge and hold harmless Parkview Health System, Inc. and its parent companies, subsidiaries, affiliates, predecessors, successors and assigns, agents, shareholders, and employees (both past and present) of and from all liability, claims or demands arising out of or related to any loss, damage or injury, including death, to my child from any cause whatsoever, including negligence, that may arise from or otherwise be related to my child's participation and treatment provided in the Ronald McDonald Care Mobile program. This release is binding on my heirs, executors, administrators, assigns, agents, attorneys and representatives.

My signature below constitutes my acknowledgment and agreement that I have read and understand all the terms of this release, and I sign this as a free and voluntary act. I was given an opportunity to discuss this form and ask questions, and all questions were answered to my satisfaction.

Parent/Legal Guardian Signature: _____ Date: _____

Relationship to Patient: _____

Witness Signature: _____ Date: _____

Certificate of Interpretation

I certify that I have interpreted the foregoing to the signor hereof in the _____ language.

Interpreter Signature: _____ Date: _____ Time: _____

Parent/Legal Guardian Signature: _____ Date: _____

Relationship to Patient: _____

Witness Signature: _____ Date: _____

Ayudando a los niños a lo largo de su viaje de bienestar

Presentamos el Ronald McDonald Care Mobile® al noreste de Indiana



Brindando el cuidado que los pequeños necesitan para crecer fuertes y saludables

El Ronald McDonald Care Mobile® es un consultorio médico sobre ruedas que lleva pediatras del Parkview Physicians Group a su vecindario. Ahora, los niños de 0 a 18 años tienen un acceso más conveniente a servicios de salud, como controles de rutina y vacunas.

Averigüe cuándo el Ronald McDonald Care Mobile® estará en su área a través de www.parkview.com/caremobile.

Llegue sin cita previa o programe una cita llamando al **1-877-PPG-TODAY (774-8632)**.

LOS SERVICIOS DISPONIBLES INCLUYEN:

- Controles de rutina
- Vacunas
- Evaluaciones (audición, visión, desarrollo)
- Estudios de control (plomo, estreptococo, orina)
- Tratamientos con fluoruro
- Educación sobre salud y seguridad infantiles

Ronald McDonald Care Mobile® brinda servicios sin cargo a familias sin seguro médico.



El consultorio móvil Ronald McDonald

Información demográfica del paciente, formularios de acuerdo y autorización
(Ronald McDonald Care Mobile • Patient Demographic Information, Patient Agreements and Authorizations)

El doctor está en camino.

Acompañando a los niños y niñas en su bienestar.

Parkview Health, en colaboración con Ronald McDonald House Charities (Casas de Caridad de Ronald McDonald), se enorgullecen en traer los servicios del consultorio móvil Ronald McDonald al noreste de Indiana.

El consultorio móvil Ronald McDonald es una clínica médica sobre ruedas – que transporta a un grupo de doctores y pediatras de Parkview – para brindar atención en su vecindario. A partir de ahora, niños desde 0 hasta 18 años de edad, tendrán un acceso más conveniente a servicios de salud como consultas médicas y vacunas. El consultorio móvil, cuenta con la última tecnología y está equipado con dos cuartos de exámenes, un laboratorio y un espacio con información educativa para los pacientes.

Brindando los servicios de salud que los pequeños necesitan para crecer sanos y fuertes.

- Los servicios disponibles incluyen:
- Chequeo médico
 - Vacunas
 - Aplicación de tratamiento de fluoruro (en los dientes)
 - Evaluaciones (audición, visión y desarrollo)
 - Puestos de exámenes (orina, detección de plomo en la sangre y faringitis estreptocócica)
 - Educación de salud y seguridad para niños

El consultorio móvil Ronald McDonald brinda estos servicios gratuitos a las familias que no cuentan con seguro médico.

Demográfica (Demographics)

Nombre completo del niño (a)		Fecha de nacimiento	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección donde vive el niño (a)		Ciudad	Estado	Código postal
Escuela a la que asiste el niño (a)	Grado	Raza (<i>marque todas las que apliquen</i>) <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro		Idioma preferido
Nombre completo del padre o responsable legal		Fecha de nacimiento	Número de teléfono durante el día	
Información del doctor del niño (a)/ Información de su seguro médico				
Doctor titular/de cabecera del niño (a)		Dirección del consultorio	Número de teléfono del doctor	
			Número de fax	
¿Qué tipo de seguro médico tiene el niño (a)? <input type="checkbox"/> Medicaid/Seguro Público – Número de Medicaid: _____ <input type="checkbox"/> Seguro Privado (PPO/HMO) – Nombre de la compañía aseguradora: _____ Número de póliza: _____			<input type="checkbox"/> El niño (a) no cuenta con seguro médico <input type="checkbox"/> El niño (a) no tiene un doctor de cabecera	
Información de vacunas				
Mi hijo(a) puede recibir las vacunas REQUERIDAS para iniciar el año escolar. Autorizo a que mi hijo(a) sea vacunado (a) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Nuestro equipo, al igual que la Asociación Americana de Pediatras (AAP por sus siglas en inglés) RECOMIENDAN vacunas adicionales que son importantes para garantizar la salud de su niño (a). Por favor encierre en un círculo las vacunas que usted desea que su niño (a) reciba: <input type="checkbox"/> Vacunas contra el virus del papiloma humano VPH (mayores de 11 años) <input type="checkbox"/> Vacuna contra la gripe (por temporada) <input type="checkbox"/> Vacuna contra el meningococo B				
Autoriza usted a que su niño (a) reciba meriendas saludables (podrían contener nueces, soya, lácteos, huevo o gluten) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				



Autorización para divulgar datos médicos personales (Authorization for Release of Personal Health Information)

- Yo autorizo/permiso el uso y la divulgación de esta información médica (PHI) con propósitos de recibir diagnósticos y tratamientos para mi niño (a), para recibir apoyo financiero para tratamiento o para propósitos médicos y administrativos de Parkview Health ("Parkview").
- Yo autorizo/permiso a Parkview divulgar mi información médica (PHI) para completar procesos de solicitud de ayuda financiera o coberturas de seguros médicos por servicios prestados.
- Yo autorizo a Parkview a entregar una copia de los exámenes médicos y vacunas que mi niño (a) recibió a su escuela y a su doctor de cabecera.

Descargo de responsabilidad (Disclaimer)

El consultorio móvil Ronald McDonald ha sido posible gracias a un financiamiento otorgado por la Ronald McDonald House Charities, Inc. (RMHC o Casas de Caridad de Ronald McDonald), una organización sin fines de lucro, exenta de impuestos. RMHC no tiene responsabilidad sobre la operación del consultorio móvil Ronald McDonald o de ninguna de las actividades médicas o dentales practicadas en él.

Autorización para recibir tratamiento (Consent for Treatment)

Brindo mi consentimiento para recibir tratamiento médico brindado por los doctores, enfermeras u otro proveedor de salud designado por Parkview. Este tratamiento podría incluir exámenes físicos, evaluaciones de salud y todas las vacunas recomendadas y requeridas a menos que hayan sido rechazadas en la sección anterior.

Entiendo que los doctores, enfermeros y demás proveedores de salud que están capacitándose, podrían, bajo la supervisión del personal médico apropiado, participar en el tratamiento que mi niño(a) reciba y autorizo la participación de dichos proveedores de salud en capacitación.

Por medio de éste documento reconozco que Parkview Health System, Inc. junto a sus colaboradores, filiales, afiliados, antecesores, sucesores, empleados, encargados, agentes, accionistas (en la actualidad y en el pasado) no son responsables de ningún daño causado ni son sujetos a responsabilidades legales, reclamos ni demandas que puedan surgir de o relacionado a cualquier daño o lesión, incluyendo muerte, que sufra mi niño (a) por cualquier causa, incluyendo negligencia, que surjan a partir de o después de la participación de mi niño (a) o del tratamiento recibido en el programa del consultorio móvil Ronald McDonald. Esta autorización es vinculante a mis herederos, ejecutores, administradores, encargados, agentes, abogados o representantes.

A través de la firma de este documento doy fe de conocer y entender todos los términos establecidos, constituye mi reconocimiento y aceptación de forma libre y voluntaria. De igual manera, reconozco que antes de firmar tuve la oportunidad de leer el documento con detenimiento y de realizar preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente.

Firma del padre o representante legal: _____ Fecha: _____

Parentesco con el paciente: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Certificado de interpretación (Certificate of Interpretation)

Certifico que he interpretado el presente documento al firmante en el idioma _____.

Firma del intérprete: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Firma del padre o representante legal: _____ Fecha: _____

Parentesco con el paciente: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

ကလေးငယ်များအား ကျန်းမာပျော်ရွှင်စေရန် ထောက်ပံ့ကူညီပေးခြင်း

Ronald McDonald Care Mobile® ကို အင်ဒီယာနား အရှေ့မြောက်ပိုင်းဒေသသို့ မိတ်ဆက်ခြင်း



ကလေးငယ်များ ကျန်းမာသန်စွမ်းစေရန် ၎င်းတို့လိုအပ်သည့် ဂရုစိုက်မှုများကို ပံ့ပိုးပေးခြင်း

Ronald McDonald Care Mobile® သည် ရွှေ့လျားအထူး ကုဆေးခန်းတစ်ခုဖြစ်ပြီး Parkview ရပ်ကွက် အနီးဝန်းကျင်တွင် ဖွင့်လှစ်ထားသော ဆေးခန်းဖြစ်ပါသည်။ လက်ရှိတွင် အသက် 18နှစ်အောက် ကလေးငယ်များအတွက် ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများကို ပိုမိုလွယ်ကူချောမွေ့စွာ ပံ့ပိုးပေးနေပြီဖြစ်ပါသည်။

www.parkview.com/caremobile ဝတ်ဆိုင်ကို ကြည့်ရှုခြင်းဖြင့် Ronald McDonald Care Mobile® သည် သင့်အနီးဝန်းကျင်တွင် မည်သို့အရောက်လာမလဲဆိုသည်ကို ဖတ်ရှုနိုင်ပါသည်။

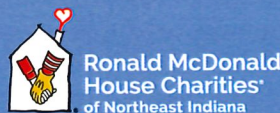
ဖုန်းခေါ်ဆိုခြင်းဖြင့်ချိန်းဆိုနိုင်သကဲ့သို့ ချိန်းဆိုမှုမရှိလည်း ဝင်ရောက်ပြသနိုင်ပါသည်။ **1-877-PPG-TODAY (774-8632)**။

Ronald McDonald Care Mobile® သည် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အာမခံမရှိသည့် မိသားစုများအတွက် ဝန်ဆောင်ခ အခမဲ့ ပံ့ပိုးသည့်ဆေးခန်းဖြစ်ပါသည်။

ရရှိနိုင်သော

ဝန်ဆောင်မှုများမှာ-

- ကျန်းမာရေး စစ်ဆေးခြင်း
- ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံခြင်း
- (အမြင်အာရုံ၊ အကြားအာရုံများ) စစ်ဆေးခြင်း
- ဆေးစစ်ခြင်း (ခဲအဆိပ်သင့်မှု၊ လည်ချောင်း၊ ဆီး)
- ဖလိုရိုက်ဖြင့် သွားဖက်ဆိုင်ရာ ကုသမှုခံယူခြင်း
- ကလေးငယ်များ၏ ကျန်းမာရေးနှင့် ဘေးကင်းလုံခြုံရေးမှုရှိသည့် ပညာရေး



Ronald McDonald Care Mobile

လူနာနှင့်ပတ်သက်သော အချက်အလက်များ၊ လူနာဘက်မှ သဘောတူညီချက်များနှင့် ခွင့်ပြုပေးချက်များ
(Ronald McDonald Care Mobile • Patient Demographic Information, Patient Agreements and Authorizations)

ဆရာဝန် ကြွလာပါပြီ။

ကလေးသူငယ်များ ကျန်းမာကြံ့ခိုင်ရေးအတွက် ကူညီပေးနေပါတယ်။

Ronald McDonald House Charities နှင့် ပူးပေါင်း၍ Parkview Health အနုပညာဖြင့် Ronald McDonald Care Mobile ဝန်ဆောင်မှုအား Indiana အရှေ့မြောက်ပိုင်းသို့ ဂုဏ်ယူစွာ ယူဆောင်လာပါပြီ။

Ronald McDonald Care Mobile သည် အရပ်ထဲ လှည့်လည်ပေးသည့် ဆရာဝန်ဆေးခန်းဖွဲ့စည်းပေးသည့်ဝန်းကျင်တွင် Parkview သမားတော်အဖွဲ့ထံမှ ကလေးအထူးကု ဝန်ဆောင်မှုများ ပေးနေပါသည်။ ယခုအခါ မွေးကင်းစမှ အသက် ၁၈နှစ်အရွယ် ကလေးသူငယ်များအနေဖြင့် ကျန်းမာကြံ့ခိုင်ရေး စစ်ဆေးကုသမှုနှင့် ကာကွယ်ဆေးထိုး နှံ့ခြင်းကဲ့သို့သော ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများကို ပိုမိုအဆင်ပြေစွာ လက်လှမ်းမီရယူနိုင်ပါပြီ။ နောက်ဆုံးပေါ် နယ်လှည့်ဆေးခန်းတွင် လူနာစမ်းသပ်ခန်း ၂ ခု၊ ဓာတ်ခွဲခန်း တစ်ခုနှင့် လူနာကျန်းမာရေး အသိပညာပေးစင်တာတစ်ခု ပါဝင်ပါသည်။

ကလေးငယ်လေးများ ကျန်းမာကြံ့ခိုင်စွာ ကြီးပြင်းလာဖို့ လိုအပ်သည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပေးနေပါပြီ။

- ရရှိနိုင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများ
- ကျန်းမာကြံ့ခိုင်ရေး စစ်ဆေးကုသမှု
 - ကာကွယ်ဆေးထိုးခင်း
 - ဖလိုရိုက် ကုသမှုများ
 - စမ်းသပ်ဆေးစစ်မှု (အကင်း၊ အမည်း၊ ဖွံ့ဖွိုးမှု)
 - လူနာရှုရှာနေရာတွင် ဆေးစစ်ပေးခြင်း (ခဲဓာတ်၊ strep ပိုး၊ ဆီး)
 - ကလေးကျန်းမာရေးနှင့် ဘေးကင်းရေး ပညာပေးခြင်း

Ronald McDonald Care Mobile အနုပညာဖြင့် ကျန်းမာရေးအာမခံ မရှိသော မိသားစုများထံ အခမဲ့ ဝန်ဆောင်မှု ပေးနေပါသည်။

လူနာနှင့်ပတ်သက်သော အချက်အလက်များ

ကလေးအမည်အပြည့်အစုံ		ကလေး၏ မွေးသက္ကရာဇ်		ကလေးအသက်	ကျား/မ <input type="checkbox"/> ယောက်ျားလေး <input type="checkbox"/> မိန်းကလေး
ကလေးနေရပ်လိပ်စာ		မြို့	ပြည်နယ်	ZIP ကုဒ်	
ကလေး၏ ကျောင်း	အတန်း	ကလေး၏ လူမျိုး (အကျိုးဝင်သည့်အချက်အားလုံး အမှန်ဖြစ်ပါ)			ကလေးပို့ပြောတတ်သည့် ဘာသာစကား
		<input type="checkbox"/> အာဖရိကန် အမေရိကန်လူမျိုး <input type="checkbox"/> လူဖြူလူမျိုး <input type="checkbox"/> အာရှလူမျိုး <input type="checkbox"/> စပိန်စကားပြောလူမျိုး <input type="checkbox"/> အခြား			
မိဘ/တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူ၏ အမည်အပြည့်အစုံ		မိဘ/တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူ၏ မွေးသက္ကရာဇ်		နေ့ပိုင်းတွင် ဆက်သွယ်လိုအရဆုံးဖြစ်မည့် ဖုန်းနံပါတ်	

ဆရာဝန် / ကျန်းမာရေးအာမခံ အချက်အလက်

ကလေး၏ ပုံမှန်/ပင်တိုင်ဆရာဝန်	ဆရာဝန်၏ လိပ်စာ	ဆရာဝန်၏ ဖုန်းနံပါတ်
		ဆရာဝန်၏ ဖက်စ်နံပါတ်
သင့်ကလေးတွင် မည်သည့် ကျန်းမာရေးအာမခံအမျိုးအစား ရှိထားပါသလဲ။		
<input type="checkbox"/> Medicaid/အစိုးရ အာမခံ - Medicaid အိုင်ဒီနီပီတီ - _____		<input type="checkbox"/> ကလေးတွင် ကျန်းမာရေးအာမခံ မရှိပါ
<input type="checkbox"/> ပုဂ္ဂလိက အာမခံ (PPO/HMO) - အာမခံကုမ္ပဏီအမည် - _____ မူဝါဒနံပါတ် - _____		<input type="checkbox"/> ကလေးတွင် PCP ကျန်းမာရေးအာမခံ မရှိပါ

ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်းဆိုင်ရာ အချက်အလက်

ကျောင်းဘက်မှ လိုအပ်သည့် ကာကွယ်ဆေးထိုးကို ကျွန်ုပ်ကလေး ထိုးပြီးပါပြီ။ ကျွန်ုပ်ကလေးကို ကာကွယ်ဆေးထိုးဖို့ ခွင့်ပြုပါသည်။ ခွင့်ပြု ခွင့်မပြု

American Academy of Pediatrics နှင့်အတူ ကျွန်ုပ်တို့ ဆေးအဖွဲ့အနေဖြင့် သင့်ကလေးကျန်းမာရေးအတွက် အရေးကြီးသော ထပ်ဆောင်းကာကွယ်ဆေးများ ထိုးဖို့ အကြံပြုပါသည်။
 သင့်ကလေးအတွက် သင် ထိုးစေလိုသော ကာကွယ်ဆေးများကို အမှန်ဖြစ်ပေးပါ

HPV ကာကွယ်ဆေး (အသက် ၁၁ နှစ်နှင့်အထက်) (ရာသီ) တုပ်ကွေး ကာကွယ်ဆေး Meningococcal B (ဦးနှောက်အမြှေးရောင်စေသော ပိုး)

သင့်ကလေးသည် ကျန်းမာရေးနှင့်ညီညွတ်သော သရေစာများ (အစေ့အဆန်၊ ပဲနို့၊ နို့ထွက်ပစ္စည်း၊ ဥ နှင့်/သို့မဟုတ် ဂလူတန် ပါဝင်သော သရေစာ) စားရပါသလား။ စားရ မစားရ

ပုဂ္ဂိုလ်ရေးရာ ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များ ထုတ်ပေးခွင့်ပြုခြင်း

- ကျွန်ုပ်ကလေးအား ရောဂါရှာဖွေပေးခြင်း သို့မဟုတ် ကုသပေးခြင်း၊ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ငွေပေးချေမှု ရယူခြင်း သို့မဟုတ် Parkview Health ("Parkview") ၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ စီးပွားရေးစီမံခန့်ခွဲခြင်းအတွက် ဤပုဂ္ဂိုလ်ရေးရာ ကျန်းမာရေး အချက်အလက် (PHI) အသုံးပြုခြင်းနှင့် ဖွင့်ဟထုတ်ပေးခြင်း ကျွန်ုပ် ခွင့်ပြုပါသည်။
- ပေးထားသည့် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ငွေကေးထဲသို့သွင်းပေးမှု သို့မဟုတ် အာမခံအကျိုးခံစားခွင့်အတွက် လျှောက်လွှာဖွဲ့ရာတွင် လိုအပ်နိုင်သည့် PHI အချက်အလက်ကို ထုတ်ပေးရန် Parkview အား ကျွန်ုပ် ခွင့်ပြုပါသည်။
- ထိုးထားပြီးသော ကာကွယ်ဆေးအချက်အလက်များအပါအဝင် ကျန်းမာရေး စစ်ဆေးချက်မိတ္တူတစ်စောင်အား ကျွန်ုပ်ကလေး၏ ကျောင်းနှင့် ဆရာဝန်ထံ ပေးရန် Parkview အား ကျွန်ုပ် ခွင့်ပြုပါသည်။

မသက်ဆိုင်ကြောင်း ကြေညာချက်

အခွန်ကင်းမွဲခွင့် ရရှိသည့် အမတ်မယူ ပရဟိတ ကန်ပိုရေးရှင်းတစ်ခုဖြစ်သည့် Ronald McDonald House Charities, Inc. ("RMHC") ထံမှ ရန်ပုံငွေကောက်ခံခြင်း ဤ Ronald McDonald Care Mobile ဆေးခန်း ဖြစ်ပေါ်လာပါသည်။ RMHC အနုပညာ ဤ Ronald McDonald Care Mobile ဆေးခန်းလည်ပတ်မှု သို့မဟုတ် ဖော်ပြ ဆေးခန်းအတွင်း ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် သွားကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ လှုပ်ရှားဆောင်ရွက်မှုတိုင်းနှင့်ပတ်သက်၍ တာဝန်ရှိမည် သို့မဟုတ် တာဝန်ခံမည် မဟုတ်ပါ။

ကုသမှုအတွက် ခွင့်ပြုချက်

Parkview သမားတော်များ၊ သူနာပြုများ သို့မဟုတ် အခြားတာဝန်ကျရာ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူများမှ ပေးသည့် ကုသမှုအတွက် ကျွန်ုပ် ခွင့်ပြုပါသည်။ ဤကုသမှုတွင် ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာ စမ်းသပ်မှု၊ ကျန်းမာရေး ဆေးစစ်ချက်များနှင့် အထက်တွင် ငြင်းပယ်ထားသည့် ကာကွယ်ဆေးများ မှလွဲ၍ အကဲဖြတ်ထားသော လိုအပ်သော အခြားကာကွယ်ဆေးများ အားလုံး ပါဝင်နိုင်ပါသည်။

သင့်တော်သော ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်း၏ စောင့်ကြည့်မှုဖြင့် သင်တန်းရယူနေဆဲ သမားတော်များ၊ သူနာပြုများနှင့် အခြားကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေး သူများသည် ကျွန်ုပ်ကလေးအား ကုသရာတွင် ပါဝင်နိုင်ကြောင်း နားလည်သဘောပေါက်ထားပြီး သင်တန်းရယူနေဆဲ အဆိုပါကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပေးသူများ၏ ပါဝင်မှုအတွက် ကျွန်ုပ် ခွင့်ပြုချက်ပေးပါသည်။

Parkview Health System, Inc. နှင့် ၎င်း၏ မိခင်ကုမ္ပဏီများ၊ ကုမ္ပဏီအဖွဲ့များ၊ ဆက်စပ်အဖွဲ့များ၊ ကုမ္ပဏီ ရှုမီ၊ နောက်မီ အလုပ်လုပ်သွားသူများ နှင့် တာဝန်ပေးခံရသူများ၊ အေးဂျင့်များ၊ ရှယ်ယာဝင်များနှင့် (ယခင်နှင့် လက်ရှိ) ဝန်ထမ်းများအား သေဆုံးမှုအပါအဝင် ကျွန်ုပ်ကလေးထံ ကျရောက်လာ သည့် ဆုံးရှုံးမှု၊ ထိခိုက်ပျက်စီးမှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရမှုတိုင်းမှ ထွက်ပေါ်လာသည့် သို့မဟုတ် ဆက်စပ်သည့် တာဝန်ခံမှု၊ နစ်နာခြင်းတောင်းဆို မှု သို့မဟုတ် အခြားတောင်းဆိုမှုအားလုံးအပေါ် Ronald McDonald Care Mobile ဆေးခန်းပရိုဂရမ်တွင် ပေးသည့် ကုသမှုနှင့် ကျွန်ုပ်ကလေး၏ ပါဝင် မှုမှ ထွက်ပေါ်လာသည့် သို့မဟုတ် ဆက်စပ်သည့် ကုသရေးပရိုဂရမ်အပါအဝင် အခြားမည်သည့်အကဲဖြတ်ခြင်းရင်းမဆိုမှ ကင်းလွတ်ခွင့်၊ လွတ်ငြိမ်းခွင့်နှင့် ဘေးဒဏ်ကင်းခွင့် ကျွန်ုပ် ပေးပါသည်။ ဤကင်းလွတ်ခွင့်သည် ကျွန်ုပ်၏ အမွေဆက်ခံသူများ၊ သတမ်းစာဆောင်ရွက်ခွင့်ရှိသူများ၊ ပိုင်ဆိုင်မှုစီမံခန့်ခွဲပေး သူများ၊ တာဝန်ပေးခံရသူများ၊ အေးဂျင့်များ၊ ရှုနေရေးနှင့် ကိုယ်စားလှယ်များနှင့်လည်း ဥပဒေအရ အကျိုးခံစားခွင့်မရှိပါ။

ဤကင်းလွတ်ခွင့် သတ်မှတ်ချက်များအားလုံးကို ကျွန်ုပ် ဖတ်ရှုနားလည်ပြီးကြောင်း အောက်ပါကျွန်ုပ်၏ ထိုးမြဲလက်မှတ်က ကျွန်ုပ်၏ နားလည်သဘောတူမှုကို သက်သေပြ ကာ မိမိဆန္ဒအလျောက် လက်မှတ်ရေးထိုးထားပါသည်။ ဤဖောင်ပုံစံအကြောင်း ဆွေးနွေးခွင့်၊ မေးခွန်းမေးခွင့် ရခွဲပြီး ကျေနပ်သည်အထိ ဖြေဆိုပေးခွင့်ကြပါသည်။

မိဘ/တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ် - _____ ရက်စွဲ - _____

လူနာနှင့်တော်စပ်ပုံ - _____

သက်သလေက်မှတ် - _____ ရက်စွဲ - _____

ဘာသာပြန်ဆိုပြီးကြောင်း သက်သေခံချက်

ဖော်ပြပါအချက်အလက်များကို ဤနရာတွင် လက်မှတ်ရေးထိုးထားသူထံ _____ ဘာသာစကားဖြင့် ဘာသာပြန်ဆိုပြီးကြောင်း ကျွန်ုပ် သက်သေခံပါသည်။

စကားပြန်လက်မှတ် - _____ နေ့စွဲ - _____ အချိန် - _____

မိဘ/တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ် - _____ ရက်စွဲ - _____

လူနာနှင့်တော်စပ်ပုံ - _____

သက်သလေက်မှတ် - _____ ရက်စွဲ - _____