



The Children's Hospital of Philadelphia®

INTERNATIONAL MEDICINE

أستمارة الدخول لمكتب خدمات المرضى

رجاءً أملأ الأستمارة باللغة الانكليزية

المكتب الدولي لخدمات المرضى سينظر في هذه المعلومات بالإضافة إلى السجل الطبي للطفل من أجل تقديم أحسن خطة لعلاج للطفل في مستشفى فيلادلفيا للأطفال. من أجل مساعدتنا للوصول إلى فهم أكبر حول حاجات المريض، رجاءً أملأ هذه الأستمارة وأرجعها مرفقة مع الوثائق المذكورة أدناه. إذا أحتجت إلى أية مساعدة أو كانت لديك أية أسئلة، لا تتردد في أن تتصل بموظفينا لطلب المساعدة على الرقم التالي:

001-267-426-6298

رجاءً أخبرنا عن من نصحك لجلب الطفل إلى مستشفى فيلادلفيا للأطفال (الطبيب الرئيسي للطفل الأخصائي)			
(اليوم\الشهر\السنة) (----- \----- \-----)			تاريخ اليوم
			اسم الطبيب المرسل:
	اللقب	الاسم الأول	الاسم الثاني
العنوان		المدينة	البلاد
البريد الإلكتروني		رقم الهاتف	الفاكس

جميع الوثائق التالية مطلوبة (في حال توفرها) من أجل بدء عملية معاينة الأستمارة. رجاءً أذكر الأستمارات المرفقة في العمود على اليسار لكي ما نتأكد من أن معلوماتك كاملة وجاهزة للمعاينة الطبية	
قائمة الأستمارات والأوراق	مرفقة؟ (نعم، كلا الدراسة غير كاملة)
أستمارة الدخول لمكتب خدمات المرضى في مستشفى فيلادلفيا للأطفال	
أستمارة بيان الممارسات المتعلقة بالخصوصية (هيبا)	
تقارير الأخصائي الطبية	
اخر التقارير المتعلقة بالتاريخ الطبي والجسماني	
تقارير مختبرية جديدة	
أحدث الأشعة	
هل تم إرسال صور الأشعة؟	
اخر تقارير الباثولوجيا (وتتضمن جميع الدراسات الخاصة بالخلايا والأمراض)	
هل تم إرسال الشرائح؟	

من المهم ان يتم أتباع الخطوات أعلاه بدقة والعمل على إرسال معلومات كاملة وحديثة قدر الأمكان لكي ما يتسنى لنا الأستجابة لطلبكم بأسرع وقت. بدون السجل الطبي، لن نتمكن من النظر في طلبكم.

الخطوات التالية: ما هو التالي بعد أن نستلم أستمارة الدخول الخاصة بالمكتب الدولي مع التقارير والسجلات الطبية الكاملة للطفل؟

أولاً: سيقوم مدير المكتب الدولي لخدمات المرضى بالنظر إلى التقارير الطبية ومناقشتها مع الأطباء المعنيين في المستشفى.

ثانياً: بعد دراسة دقيقة، سيقدر أطبائنا فيما إذا كان المريض سينتفع من أي أشرف أو عناية طبية في مستشفىنا. لو كانت النتيجة إيجاباً، سنقدم توصيات حول حاجات الطفل الخاصة والخطة العلاجية المقترحة.

ثالثاً: لو أرادت العائلة أن ترتب للعناية في مستشفى أطفال فيلادلفيا، سيتم مناقشة التفاصيل المالية إستناداً إلى الضمان الصحي الخاص بالمريض أو طريقة الدفع المفضلة لدى العائلة.

رابعاً: سنقدم أوراقاً خاصة لتأكيد الخطة العلاجية المقررة للسفارات لكي ما تساعد الأخيرة في عملية التقديم لتأشيرة الدخول، ولتبدأ بجدولة المواعيد الضرورية للطفل في مستشفى الأطفال.

قبل تأكيد المواعيد، من المهم أن يتم دفع نفقات العلاج بالكامل، أو الحصول على تأكيدات حول الضمان الصحي للجهة المتكفلة بدفع النفقات.

قبل تأكيد المواعيد، سيتم إرسال جدول خاص بمواعيد الطفل للعائلة. موظفينا سيقدمون أيضاً خدمات المرافقة للمساعدة في تسهيل إقامة العائلة في فيلادلفيا قدر الأمكان.



The Children's Hospital of Philadelphia®

INTERNATIONAL MEDICINE

معلومات مطلوبة عن المريض				
معلومات المريض:				
اللقب	الأسم الأول	الوسط		
تاريخ الميلاد (الشهر\اليوم\السنة)				
العمر	الجنس	الجنسية		
معلومات الوالد				
اللقب	الأسم الأول	الوسط	تاريخ الميلاد (الشهر\اليوم\السنة)	
معلومات الوالدة				
اللقب	الأسم الأول	الوسط	تاريخ الميلاد (الشهر\اليوم\السنة)	
العنوان الدائم	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	البلد
البريد الإلكتروني				
رقم الهاتف	رقم الهاتف الخليوي			
العنوان المؤقت في الولاية المتحدة				
المدينة	الولاية	الرمز البريدي		
المعلومات الوظيفية للوالدان أو الوصي على الطفل				

أسم رب العمل		رقم الهاتف	العنوان الوظيفي	
العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	البلد
معلومات أخرى				
اللغات التي تتحدث بها		اللغات التي نكتبها		اي منها تفضل؟
هل ستحتاج إلى مترجم خلال الزيارات الطبية؟				
نعم		لا		
ما هي لغة عائلتك المفضلة؟				
معلومات إضافية				
أية حاجات خاصة علينا معرفتها؟				الانتماء الديني

معلومات طبية إضافية	
رجاءً أخبرنا عن أية أسئلة طبية محددة لديك حول حالة الطفل الصحية أو عن طريقة العناية به، أو عن الأسنان التي تود من الأخصائيين لدينا الإجابة عليها:	

هل تعلم أي نوع من الأخصائيين يجب أن يرى الطفل؟ (لا تقلق إذا لم تكن لديك معلومات كافية في هذا الخصوص)

التشخيص الحالي للمريض (إن عَلم)



The Children's Hospital of Philadelphia®

INTERNATIONAL MEDICINE

المعلومات الخاصة بالدفع	
طريقة الدفع	
<input type="checkbox"/> نقدًا <input type="checkbox"/> الأرسال الإلكتروني (الواير) <input type="checkbox"/> شيك <input type="checkbox"/> شيك مصرفي (من البنك)	
<input type="checkbox"/> ماستر كارد <input type="checkbox"/> فيزا <input type="checkbox"/> اميركان اكسبريس	
الضمان الصحي الدولي: إذا كان لديك ضمان صحي دولي، من المهم أن تزودنا بالمعلومات أدناه	
أسم حامل بطاقة الضمان	تاريخ ميلاد حامل البطاقة
رقم بوليصة التأمين	أسم المشترك (اللقب، الأول، والوسط)
عنوان شركة التأمين	المدينة، الولاية، الرمز البريدي
إذا كان الضمان الصحي عن طريق رب العمل، رجاءً زودنا بالمعلومات أدناه:	
أسم رب العمل	العنوان
رقم الهاتف	رقم الهاتف
أسم خطة التأمين	
رقم خطة الضمان	أسم المشترك (اللقب، الأول، والوسط)

عنوان شركة التأمين	المدينة، الولاية، الرمز البريدي	رقم الهاتف
رجاءً أرفق مع هذه الأستمارة نسخًا من بطاقات الضمان الصحي (أنسخها من كلا الطرفين)		

الخدمات المطلوبة	نعم	كلا
رجاءً أشر فيما إذا كان المريض أو العائلة المرافقة بحاجة إلى أية تسهيلات في الحصول على الخدمات أدناه السكن (إذا أجبت ب (نعم) رجاءً أذكر مدى السعر المناسب لميزانيتك)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل العائلة مهتمة بجولة في مستشفانا؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
معلومات حول مدينة فيلادلفيا؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
خيارات النقل المتوفرة؟ (مثلًا من المطار إلى المستشفى، تأجير السيارات، الخ ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الخدمات المصرفية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أماكن العبادة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
خدمات الترجمة (خارج المستشفى)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
رجاءً أذكر أي حاجات أو طلبات خاصة للمريض (أرفق صفحة إضافية عند الحاجة):		

رجاءً أخبرنا كيف سمعت عن مستشفى فيلادلفيا للأطفال؟
<input type="checkbox"/> الأنترنت
<input type="checkbox"/> موقع المستشفى الإلكتروني
<input type="checkbox"/> السفارة
<input type="checkbox"/> طبيب
<input type="checkbox"/> إعلان
<input type="checkbox"/> شخص تعرفه
<input type="checkbox"/> طريقة أخرى (رجاءً أعلنا بها)