

Vanderbilt University Medical Center
وصول أولياء الأمور إلى حساب My Health at Vanderbilt
(MHAV) الخاص بمراهق عمره 13-17 عامًا
Parental Access to the My Health at Vanderbilt
(MHAV) Account of a Teen 13-17 Years Old
MHAV Access - Child 13-17

اسم المراهق/المريض (Teen/Patient Name): _____

تاريخ ميلاد المراهق/المريض (Teen/Patient Date of Birth): _____ / _____ / _____

آخر 4 أرقام من رقم الضمان الاجتماعي الخاص بالمراهق/المريض (Last 4 digits of the Teen/Patient's Social Security Number): _____

(Parent's/Legal Representative's Agreement)

البريد الإلكتروني لولي الأمر/الممثل القانوني (Parent/Legal Representative's Email): _____

*يجب تزويد عنوان بريد إلكتروني. سنُرسل الإخطارات بوصول رسائل MHAV في حسابك إلى عنوان البريد الإلكتروني هذا فقط. وسنُحذف عناوين البريد الإلكتروني السابقة.

اسم ولي الأمر/الممثل القانوني (Parent/Legal Representative's Name): _____

العنوان (Address): _____

المدينة (City): _____ الولاية (State): _____ الرمز البريدي (Zip Code): _____

تاريخ ميلاد ولي الأمر/الممثل القانوني (Parent's/Legal Representative's Date of Birth): _____

رقم الهاتف (Phone Number): _____

آخر 4 أرقام من رقم الضمان الاجتماعي الخاص بولي الأمر/الممثل القانوني (Last 4 digits of Parent's/Legal Representative's Social Security #): _____

هل أنت حاليًا مريض لدى مركز Vanderbilt أو سبق أن كنت مريضًا لديه؟
 (Yes) نعم (No) لا

الاسم (الأسماء) السابق، كالأسماء قبل الزواج أو أسماء أخرى (Former Name(s), such as maiden name, or other names): _____

العلاقة بالطفل (Relation to child): ولي الأمر البيولوجي (Biological Parent) زوج الأم/زوجة الأب (Stepparent) ممثل قانوني آخر (Other Legal Representative): _____

*بالنسبة للممثلين ممن ليس لهم علاقة بيولوجية بالمريض، يُرجى تقديم الوثائق القانونية إلى العيادة أو إرسالها عبر الفاكس إلى الرقم 615-875-2820. وهي تتضمن: قرار الحضانة، قرار التبني، التوكيل الرسمي، قرار تعيين الوصاية، خطاب الوالدين مقدمي الرعاية البديلة من إدارة خدمات الأطفال (Department of Children Services)، إلخ. يمكنك أيضًا إرسال الوثائق عبر بريد إلكتروني آمن إلى العنوان MHAVLegal@vumc.org. يُرجى ملاحظة أن البريد الإلكتروني الذي لا يُرسل بطريقة آمنة (أي غير مشفر) قد يعرضه ويراها الآخرون أثناء الإرسال. وباختيارك إرسال المعلومات من خلال بريد إلكتروني غير مشفر، فإنك توافق على التعرض لهذه المخاطر.

إن الوصول الأساسي إلى حساب المراهق غير متاح إلا لأولياء الأمور أو الأفراد الذين لهم وضع موثق كممثلين قانونيين.

أنا ولي الأمر أو الممثل القانوني للمراهق المذكور أعلاه وأطلب الوصول إلى معلومات المراهق عبر الإنترنت من خلال حساب MHAV. أدرك متطلبات وإجراءات الوصول إلى معلومات المراهق عبر الإنترنت من خلال حساب MHAV. وأفهم أن المراهق سيتمتع أيضًا بإمكانية الوصول إلى حسابه الخاص على MHAV. أدرك أنه إذا ألغى المراهق حسابه على MHAV، فسيُلغى وصولي أيضًا. جميع المعلومات التي قدمتها صحيحة، ويحق لي الوصول إلى معلومات المراهق عبر الإنترنت من خلال حساب MHAV.

اسم ولي الأمر/الممثل القانوني بأحرف واضحة (Parent's/Legal Representative's Print Name): _____

توقيع ولي الأمر/الممثل القانوني (Parent's/Legal Representative's Signature): _____

العلاقة (Relation): _____ التاريخ (Date): _____ الوقت (Time): _____

اسم المراهق/المريض (Teen/Patient Name): _____

تاريخ ميلاد المريض (Patient Date of Birth): _____ / _____ / _____

آخر 4 أرقام من رقم الضمان الاجتماعي الخاص بالمراهق/المريض (Last 4 digits of the Teen/Patient's Social Security Number): _____

اسم ولي الأمر/الممثل القانوني (Parent/Legal Representative's Name): _____

اتفاقية المراهق (Teen's Agreement)

البريد الإلكتروني للمراهق (Teen's Email): _____

Vanderbilt University Medical Center
My Health at Vanderbilt حساب إلى الأمور إلى حساب
(MHAV) الخاص بمراهق عمره 13-17 عامًا
Parental Access to the My Health at Vanderbilt
(MHAV) Account of a Teen 13-17 Years Old
MHAV Access - Child 13-17

يجب تزويد عنوان بريد إلكتروني. سترسل الإخطارات بوصول رسائل MHAV في حسابك إلى عنوان البريد الإلكتروني هذا فقط.

أطلب الوصول إلى حساب (MHAV) My Health at Vanderbilt. أوافق على السماح لولي الأمر أو الممثل القانوني المذكور في الصفحة 1 من هذا النموذج بالوصول إلى معلوماتي الطبية الموجودة على حسابي لدى MHAV. وأدرك أنه يمكنني إلغاء إمكانية الوصول هذه في أي وقت من خلال طلب ذلك من طبيبي. بصفتي مريضًا وقاصرًا عمره 13-17 عامًا (مراهقًا)، أدرك ما يلي:

- سألتقى بريدًا إلكترونيًا به معلومات عن كيفية فتح حسابي لدى MHAV؛
- ويجب أن أسجل دخولي في الموقع www.myhealthatvanderbilt.com بمعرف هوية المستخدم وكلمة المرور الخاصين بي؛
- ولحماية خصوصية معلوماتي الصحية، لن أشارك معرف هوية المستخدم أو كلمة المرور الخاصين بي مع أي شخص؛
- وأوافق على الالتزام بالشروط والأحكام الواردة على موقع MHAV؛
- وعندما أبلغ 18 عامًا، ستنتهي إمكانية وصول ولي أمري أو ممثلي القانوني؛
- وسترسل تنبيهات حساب MHAV عبر البريد الإلكتروني إلى العنوان الذي أعطيته أعلاه؛
- وإذا كان لدي حساب في MHAV، يجب أن أسمح لولي أمر أو ممثل قانوني واحد على الأقل بالوصول إلى حسابي لدى MHAV. ويعني هذا أن ولي أمري أو ممثلي القانوني سيرى جميع المعلومات الموجودة في حسابي لدى MHAV؛
- ويجب ألا أستخدم حساب MHAV في حالات الطوارئ. ففي حالات الطوارئ، ينبغي لي الاتصال على الرقم 911.

اسم المريض بأحرف واضحة (Patient Print Name): _____

توقيع المريض (Patient Signature): _____ التاريخ (Date): _____ الوقت (Time): _____

يمكن استخدام هذا النموذج أيضًا لمنح إمكانية الوصول إلى ولي الأمر أو الممثل القانوني لمراهق يعاني من حالة طبية حدد مقدم الرعاية الخاص بالمراهق أنها تمنعه من المشاركة في اتخاذ القرارات بشأن الوصول إلى حساب MHAV. يوقع مقدم الرعاية أدناه للدلالة على وجود مثل هذه الحالة لدى هذا المريض.

This form can also be used to grant access for a parent or legal representative of a teen who has a medical condition determined by the teen's provider that prevents the teen from participating in making MHAV access decisions. The provider signs below to signify such a condition exists for this patient.

اسم مقدم الرعاية بأحرف واضحة (Provider Print Name): _____ الوظيفة (Title): _____

توقيع مقدم الرعاية (Provider Signature): _____ التاريخ (Date): _____ الوقت (Time): _____

قبل المغادرة، أعد هذا النموذج مكتملاً مع أي وثائق مطلوبة إلى أحد أفراد طاقم العمل في مركز Vanderbilt.

FOR CLINIC USE ONLY:

Parent's/Legal Representative's Government Issued Photo ID verified by VUMC Staff or Provider:

Print Full Name: _____ Title: _____

Full Signature: _____ Date: _____ Time: _____

Vanderbilt staff, please fax to (615) 875-2820.