

# نموذج إحالة ذاتية للمرضى – برنامج KC Fresh Rx

يُعد KC Fresh Rx برنامجًا للحوافز الغذائية الصحية مخصصًا للأشخاص الذين:

- يحصلون على التأمين الخاص بهم من خلال Medicaid (KanCare أو MO HealthNet)

تم تشخيصهم بواحد على الأقل من الحالات التالية:

مرحلة ما قبل ارتفاع ضغط الدم
ارتفاع ضغط الدم
مرحلة ما قبل السكري
مرض السكري (بشرط أن يكون من النوع الذي يتم التحكم فيه جيداً ولا يحتاج للأنسولين).
واجهوا صعوبة في الحصول على كمية كافية من الطعام خلال العام الماضي

يشمل هذا البرنامج الذي يستمر لمدة ستة أشهر بطاقة هدايا قابلة لإعادة الشحن لشراء الفواكه والخضروات الطازجة، والتوعية الغذائية. يتم عقد اجتماع تقييم متابعة بعد مرور الأشهر الستة. ويُطلب من المرضى حضور الجلستين الأولى والأخيرة شخصيًا.

## التعليمات

**إذا شعرت أنك مؤهل لهذا البرنامج، فيُرجى ملء القسم 1: مسؤولية المريض في هذا النموذج. الحقول المطلوبة محددة بعلامة النجمة ( * ) بجانبها.**

**بعد إكمال أقسام المريض، يُرجى أخذ هذا النموذج أو إرساله إلى العيادة/مقدم الرعاية الصحية الخاص بك لملء القسم 2: مسؤولية مقدم الرعاية.**

**إذا كنت مؤهلاً، سيتواصل معك منسق KC Fresh Rx من الرقم 816-474-4240 بشأن التسجيل. من خلال ملء هذا النموذج، فإنك توافق على أن يتواصل معك منسق KC Fresh Rx.**

**للاستفسارات أو المساعدة في ملء هذا النموذج، اتصل بالرقم 816-701-8247.**

## القسم 1: مسؤولية المريض

### معلومات الاتصال بالمريض

الاسم: * _____

تاريخ الميلاد: * _____

عنوان الشارع: * _____

المدينة/الولاية/الرمز البريدي * _____

رقم الهاتف: * _____

البريد الإلكتروني (يُرجى تقديم البريد الإلكتروني في حال توفره) _____



يُتبع

## معلومات العيادة

اسم العيادة: * _____

اسم الطبيب: * _____

رقم هاتف العيادة للتواصل * _____

رقم فاكس العيادة للتواصل (يُرجى تقديم رقم الفاكس الخاص بالعيادة إذا أمكن) _____

هل تحصل على التأمين الصحي الخاص بك من خلال Medicaid؟ (سواء كان KanCare أو MO HealthNet) *
_____نعم _____ لا

## تفويض استخدام أو الإفصاح عن المعلومات الصحية

اسم المريض: * _____

تاريخ الميلاد: * _____ رقم الهاتف: * _____

عنوان الشارع: * _____

المدينة/الولاية/الرمز البريدي: * _____

أفوض مقدّم/مقدّمي الرعاية الصحية المذكورين أدناه باستخدام و/أو الإفصاح عن المعلومات الصحية الموضحة في هذا التفويض لممثلي الجهة/الجهات المستلمة المذكورين أدناه، للأغراض الموضحة أدناه.

## من يحق له الإفصاح عن معلوماتي ("العيادة")؟

اسم العيادة: * _____

عنوان شارع العيادة: * _____

المدينة/الولاية/الرمز البريدي للعيادة: * _____

رقم هاتف العيادة: * _____ رقم فاكس العيادة: _____

## ؟)"ةملتلمسا ةهلجا"( يتومالمع مادختساو ملاتسا من يحق له

ةلجها سما Mid-America Regional Council (MARC)جمرنابـ ، KC Fresh Rx
ةلجها نانوع Kansas City, MO 64105, Ste. 400, 801 Pennsylvania Ave :ةملستملا
زقمل سفاتلا الجهة المستلمة: 816-474-4240



يُتبع

## ما المعلومات التي يجوز استخدامها أو الإفصاح عنها؟

أفوض العيادة بالإفصاح للمستلم عن جميع المعلومات الصحية الشخصية (PHI) من سجلاتي الطبية التي تم إنشاؤها في الماضي أو الحاضر أو المستقبل (حتى تاريخ انتهاء صلاحية هذا التفويض أو إلغائه)، والتي تكون ذات صلة معقولة بما يلي:

- تأكيد أهليتي لبرنامج KC Fresh Rx و/أو خدمات الدعم الغذائي ذات الصلة؛ و
- إدارة مشاركتي في البرنامج (بما في ذلك التسجيل، واستمرارية الأهلية، وتنسيق الرعاية المتعلقة بالبرنامج، والمتابعة الخاصة بالبرنامج).

قد تشمل هذه المعلومات—حسب الاقتضاء—المعلومات السريرية، ومعلومات الحالة الصحية، والتشخيصات/الحالات، وملخصات الرعاية، ونتائج الاختبارات أو الفحوصات، والقياسات/العلامات الحيوية، ومعلومات العلاج، ومعلومات الأدوية، وأية معلومات أخرى ذات صلة بمعايير الأهلية وإدارة البرنامج، كما تحتفظ بها العيادة.

## الغرض من استخدام الإفصاح

الغرض من هذا الإفصاح هو السماح للمستلم بتحديد ما إذا كنت مؤهلاً لبرنامج KC Fresh Rx، وإذا تم الموافقة، إدارة وتنسيق الخدمات المقدمة من خلال البرنامج.

## حقوقي والإشعارات المهمة

بتوقيعي على هذا التفويض، أفهم ما يلي:

- يحق لي في الحصول على نسخة موقّعة من هذا التفويض، وتُعد النسخة المصورة من هذا التفويض صالحة بقد صلاحية الأصل.
- يحق لي إلغاء هذا التفويض في أي وقت. وأفهم أنه إذا قمت بإلغاء هذا التفويض، فيجب أن يتم ذلك كتابيًا وأن أقدّم الإلغاء الكتابي لكل من العيادة ومجلس Mid-America الإقليمي. كما أفهم أن الإلغاء لن ينطبق على المعلومات التي تم الإفصاح عنها بالفعل استجابةً لهذا التفويض. ما لم يتم إلغاؤه، ينتهي هذا التفويض بعد عام من تاريخ التوقيع.
- أفهم أن تفويضي بالإفصاح عن هذه المعلومات الصحية طوعي، ويمكنني رفض توقيع هذا التفويض. كما أنه لا يلزمني التوقيع هذا النموذج لضمان الحصول على العلاج.
- أفهم أنه يحق لي الاطلاع على المعلومات التي ستُستخدم أو الإفصاح عنها أو الحصول على نسخة منها.
- أفهم أن أي إفصاح عن المعلومات يحمل احتمال إعادة الإفصاح غير المصرح بها، وقد لا تكون المعلومات محمية بموجب قواعد السرية الفيدرالية. إذا كانت لدي أي أسئلة حول الإفصاح عن معلوماتي الصحية، يمكنني التواصل مع الجهة المستلمة أو العيادة.

لقد قرأت وفهمت هذا التفويض وأفوض باستخدام و/أو الإفصاح عن معلوماتي الصحية كما هو موضح أعلاه.

توقيع المريض: * _____ التاريخ: * _____

الممثل المفوض: _____ التاريخ: _____

الاسم المطبوع للممثل المفوض: _____

العلاقة بالمريض: _____

عنوان ورقم هاتف الممثل المفوض: _____

**Health care provider**: Your patient listed on this form is expressing interest in KC Fresh Rx, a produce prescription program. For your patient to be able to participate, they need a healthcare provider's referral to verify eligibility.

**Who is eligible to participate in this program?**

- Patients who receive their insurance through Medicaid (KanCare or MO HealthNet).
- Have been diagnosed with at least one of the following:
  - Pre-hypertension
  - Hypertension
  - Pre-diabetes
  - Diabetes (well controlled and not on insulin)
- Have reported food insecurity in the past year (defined by the screening questions your clinic uses).

**How is KC Fresh Rx evaluated?**

The participant's blood pressure and hemoglobin A1c (HbA1c) levels provided by you below will confirm that your patient is eligible for this program and will be used as the baseline measurements. At the first class session, participants will complete a baseline survey that assesses their current fruit and vegetable intake and household food security status. After six months, participants will complete a post-program survey and have both blood pressure and HbA1c measured at the last program session.

# Section 2: Provider Responsibility

## Instructions

**Please provide the following information on the patient being referred to this program and return this form using one of the methods below.**

Patient is (select all that apply):

____ pre-diabetic ____ pre-hypertensive ____ diabetic ____ hypertensive

Please provide both HbA1c and blood pressure measures if they are available..

HbA1c (measurement within last six months):_____ Date of measurement: _____

Blood pressure (measurement within last six months): _____ Date of measurement: _____

Has patient reported food insecurity in the past year based on your clinic's food security questionnaire? ____ Yes ____ No Date reported food insecurity: _____

Clinic Name: _____

Provider Name: _____

Clinic Phone Number: _____ Clinic Fax Number: _____

**Please return this form via mail or fax:**

- **Mail to**: Mid America Regional Council, KC Fresh Rx, 801 Pennsylvania Ave., Suite 400, Kansas City, MO 64105
- **Fax to:** 816-421-7758, Attn: KC Fresh Rx