

موافقة على الرعاية الصحية

1. العلاج: إنني، بالأصالة عن نفسي (أو المريض المذكور أدناه)، وإذا كانت الحال، أي من أبنائي، أصرّح هنا بالموافقة على إجراءات التشخيص والعلاج الطبي حسب الضرورة والمناسبة لحالتي الصحية أو لمرضي، والتي قد تشمل اختبار فيروس نقص المناعة البشرية، ما لم أختَر عدم الموافقة على إجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشرية من خلال إبلاغ مقدّم العلاج برفض هذا الاختبار. تحدّد الإجراءات التشخيصية والعلاج الطبي الذي يجب توفيرها من قبل الطبيب المعالج أو الممارسين المناسبين الآخرين، عند الضرورة أو من المستحسن في الوقت الذي يقدّم فيه العلاج، في المستشفى من قبل طاقم الأطباء للطاقتم الطبي في المستشفى والمرضى وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية. وإنني أدرك أنّ مقدمي الرعاية الصحية تحت التدريب، قد يشاركون في العلاج بإشراف الموظفين المناسبين.

2. تنسيق الرعاية: إنني أدرك أنّ Advocate Health Care هي نظام صحي متكامل سريريّاً يتألف من العديد من المستشفيات والمجموعات الطبية، وغيرها من كيانات مقدمي الرعاية الصحية التي تعمل جميعاً لتوفير رعاية عالية الجودة للمرضى وضمان التنسيق الفعال لرعاية المرضى. أدرك أنّ Advocate Health Care ستخزن المعلومات الصحية للمريض على شكل سجل طبي إلكتروني وأنّ سجلي الطبي يتضمن، على سبيل المثال لا الحصر، تشخيصي وخطة العلاج ومعلومات الوصفات الطبية وجدول المواعيد والمختبر والنتائج التشخيصية الأخرى (بما في ذلك المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية، والمعلومات الجينية، وسجلات الصحة السلوكية) من قبل الأفراد الذين هم أعضاء فريق الرعاية متعدد التخصصات في جميع أنحاء نظام الرعاية الصحية المحامي بأكمله. يتألف فريق الرعاية المتعدد التخصصات من الموظفين والمتعاقدين والوكلاء والموظفين الطبيين من Advocate Health Care والجهات المتعاقدة معها و Advocate Medical Group، ومنهم، الجهات التي تعمل معها للقبول والعلاج والتخطيط وتنسيق الرعاية والتخريج أو المكلفة من قبل الحكومة لأغراض تقديم التقارير الصحية.

3. التصوير: إنني أدرك أنّ مزود الخدمة قد يحتاج إلى أخذ صور فوتوغرافية و/أو تسجيلات صوتية و/أو تسجيلات صوتية لي لتوثيق حالة طبية، والمساعدة في تشخيص و/أو علاج حالة ما، و/أو المساعدة في تخطيط تفاصيل الجراحة. إنني أدرك أنّ مقدم الخدمة أو المستشفى سيحتفظ بحقوق الملكية لهذه الصور ومقاطع الفيديو و/أو التسجيلات الصوتية. إنني أدرك أنّ هذه الصور ستخزن بطريقة من شأنها حماية خصوصيتي وأنها ستبقى لفترة محددة في حرائز مقدم الخدمة أو المستشفى. وإنني أقرّ بأنه قد توجد كاميرات المراقبة في المستشفى وهي موضوعة في الموقع من أجل سلامة المرضى والموظفين والزوار. وإنني أدرك أنّ التسجيلات قد تعرض في أي وقت والأوقات.

4. اختيار الرعاية الصحية المنزلية: إنني أدرك أنّ لدي حرية الاختيار والحق في اختيار مقدم الرعاية المنزلية التي قد أحتاج لها. وإنني أدرك أنه من أجل تحسين استمرار الرعاية ونوعيتها فإنّ المستشفى عمومًا يستخدم خدمة Advocate at Home إلا إذا اخترت مقدم خدمة آخر أو وفقًا لتوجيهات من قبل شركة التأمين. ستقدم لي قائمة مقدمي الرعاية المنزلية عند القبول / التسجيل. عند الطلب، يمكن لموظف تخطيط التخريج تقديم نسخة أخرى من القائمة. وإذا كنت أفضل مقدم خدمة آخر، فسيستجاب لتفضيلاتي.

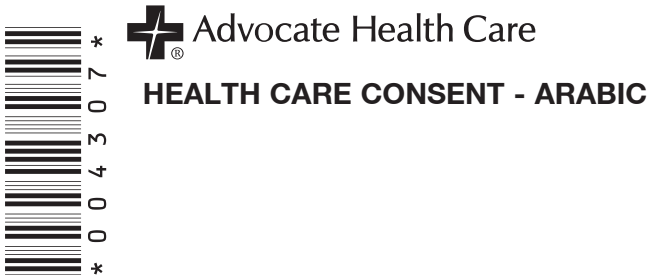
5. الوصفات الخارجية: إنني أسمح الوصول إلى سجل وصفاتي الطبية الخارجية لغرض تسهيل رعايتي. وستكون المعلومات متاحة فقط إذا كانت الوصفات الطبية تباع من خلال الصيدلية المشاركة. ولذلك، فإنّ من مسؤوليتي تقديم سجل دقيق لأدويتي.

6. اختيار اللغة: لغتي المفضلة لتلقي المعلومات الصحية هي (العربية). وقد قدّمت لي معلومات بشأن خدمات الترجمة والترجمة الشفوية. إنني أدرك أنّ هذه الخدمات متاحة لي دون أي تكلفة، وأنني قد أطلب هذه الخدمات في أي وقت خلال فترة قبولي.

7. الترخيص المحدود لمشاركة الفواتير ومعلومات التأمين: من خلال التوقيع بالحروف الأولى من اسمي في الفراغ أتوجه للمستشفى للإفصاح عن المعلومات المتعلقة بحالة مطالبات التأمين والرصيد المستحق للشخص المعين أدناه، الذي يشارك في دفع رعايتي. إنني أدرك أنّ هذا الإذن يقتصر على حالة الفوترة وحالة التأمين للعلاج الذي تغطيه هذه الموافقة الصحية. لأي علاج في المستقبل، يجب أن أعيد تعيين الشخص الذي تكون لديه معلومات مشتركة معي. يمكنني إلغاء هذا التعيين في أي وقت بإشعار كتابي إلى إدارة المعلومات الصحية / إدارة السجلات الطبية (دون أي تأثير على الإفصاحات السابقة).

الحروف الأولى من اسمي: _____ الشخص الذي أعينه: _____ العلاقة الشخصية معه: _____

8. الإفصاح عن المعلومات الطبية للدفع: إنني أوافق بموجب هذا على الإفراج عن أي وجميع المعلومات ذات الصلة الواردة في سجلي الطبية، بما في ذلك المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية، والمعلومات الوراثية، وسجلات الصحة السلوكية، إلى الجهات الخارجية المسؤولة عن دفع رسوم المريض بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، شركات التأمين وخطط المنافع الصحية وأرباب العمل المشاركين في الموافقة على مطالبات الاستحقاقات والوكالات الحكومية أو الوسطاء الذين يمثلون أيًا مما سبق ذكره.



9. تحديد الفوائد: بالنسبة للخدمات المقدمة في المستشفى، أعين بموجبها وأوافق على الدفع المباشر للمستشفى والأطباء المعالجين، أو أي تأمين، أو خطة صحية، أو جهة دافعة للاستفادة من قبل طرف ثالث يستحقها من أجلي أو نيابة عني لهذه المعالجة في المستشفى، ورعاية غرفة الطوارئ أو خدمات العيادات الخارجية.

10. دفع مديكير Medicare وتخصيص الفوائد (إن وجدت): أطلب دفع استحقاقات مديكير المأذون بها بالنيابة عني من أجل خدمات المستشفى والطبيب المقدمة لي في المستشفى، وإني أسند هذه المزايا إلى المستشفى والأطباء الذين يقدمون الخدمات نفسها. أشهد بأن المعلومات المقدمة لي في طلب الحصول على هذه المزايا صحيحة وأنني قد أكملت تعبئة استبيان مديكير. أنا أخول أي حامل للمعلومات الطبية أو غيرها من المعلومات عني بالإفصاح عنها إلى مراكز مديكير وخدمات مديكير Medicaid وكلاءها أي معلومات اللازمة لدفع هذه الفوائد. أفوض إدارة الضمان الاجتماعي بالإفصاح عن معلومات بخصوص حقي في الحصول على مزايا من أجل المستشفى والأطباء الذين يقدمون الخدمات لي.

11. الانتماءات الشخصية: إنني أتحمّل المسؤولية الكاملة عن جميع بنود الممتلكات الشخصية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، النظارات، أجهزة السمع، أظفم الأسنان، المجوهرات، العملة وجميع الأشياء الثمينة الأخرى. وإنني أدرك أنّ الأشياء الثمينة يمكن أن تبقى في خزانة المستشفى بناء على طربي، وإنني أعفي المستشفى من المسؤولية عن الأشياء الثمينة من الممتلكات الشخصية التي لا أودعها في الخزانة.

12. المساعدة المالية: بالنسبة للخدمات التي ستقدم في المستشفى، كمرضى أو كممثل قانوني عن المريض، يوافق المريض على دفع المستشفى لجميع الخدمات والمرافق واللوازم المقدمة للمريض بأسعار ثابتة، بما في ذلك أي خصم، أو دفع مشترك أو رسوم لا تشملها جهات دفع الطرف الثالث. إنني أدرك أن فاتورة المستشفى لا تشمل خدمات الطبيب وسيتلقى المريض فواتير الطبيب منفصلة من الأطباء عن خدماتهم. قد لا يشارك بعض الأطباء في الطاقم الطبي في الخطط الصحية نفسها للمستشفى، وإنني أدرك أنّ المريض قد يضطر إلى دفع نسبة أعلى من فاتورة الطبيب كمقدم للخدمة "خارج الشبكة". يقبل المريض المسؤولية عن أي تكاليف، بما في ذلك أتعاب المحاماة، التي تكبدها في تحصيل هذه الرسوم. أنا أدرك أنه إذا لم أوافق على الإفصاح عن السجلات أو أبطلت هذه الموافقة لاحقاً، فسيتحمل المريض المسؤولية الكاملة عن دفع جميع الرسوم لتشخيصها وعلاجها. أشهد أن المعلومات التي قدمتها لأغراض الدفع لهذا العلاج في المستشفى هي، على حدّ علمي، كاملة ودقيقة. إنني أدرك أنه إذا كان المريض يواجه صعوبة في الوفاء بمسؤولياته في الدفع إلى المستشفى فإنه تتوفر معلومات عن المساعدة المالية بما في ذلك خطط الدفع المعقولة والمساعدة المالية عند الطلب كجزء من خدمات المشورة المالية للمستشفى. أنا أدرك أن الأسئلة التي تدور حول مستويات التغطية أو المميزات ينبغي أن يتم توجيهها إلى القائمين على خطة الرعاية الصحية الخاصة بالمريض وشهادة تغطية المريض. وبالإضافة إلى ذلك، قُدمت لي نسخة من موجز المساعدة المالية بلغة مبسطة، وهو يصف سياسة المساعدة المالية وتطبيقها.

13. خدمات الأطباء / مقدمي الخدمات المستقلين: إنني أقر وأدرك تمامًا أنّ فقط الأطباء / مقدمي الخدمات غير الطبيين الذين المحددين بنحو واضح كموظفين ADVOCATE هم موظفون أو وكلاء ADVOCATE HEALTH CARE. غير الموفرين للأطباء / مقدمي الخدمات هم موردون مستقلون ممن سُمح لهم باستخدام مرافق المستشفيات لتقديم الرعاية الطبية والعلاج. ويشمل ذلك الأطباء غير العاملين، على سبيل المثال لا الحصر، أولئك الذين يمارسون طب الطوارئ، ومعالجة الصدمات النفسية، وأمراض القلب، والتوليد، والجراحة، والأشعة، والتخدير، علم الأمراض وغيرها من التخصصات. هؤلاء الأطباء / مقدمي الخدمات الصحية المستقلون يمارسون حكمهم الطبي في علاجي أو تقديم الخدمات المهنية لي. إنني أدرك أنه يجب أن أسأل الطبيب أي أسئلة قد تكون لدي عن صفة عمله. لا يستند قراري للحصول على الرعاية الطبية في المستشفى إلى أيّ فهم أو تمثيل أو إعلان أو حملة إعلامية أو تأثير أو افتراض أو اعتماد على أن يكون للأطباء الذين يوفرون الرعاية والعلاج موظفون أو وكلاء في المستشفى أو لدى ADVOCATE HEALTH CARE.



Advocate Health Care

HEALTH CARE CONSENT - ARABIC

Patient Label

بتوقيعي أدناه، أؤكد أنني أقر وأدرك أنّ المستشفى يستخدم متعاقدين مستقلين أو ممارسين لتقديم خدمات مختلفة كما هو موضح أعلاه. وأقر كذلك بأنني قرأت نموذج الموافقة هذا، بما في ذلك اللغة المحددة المتعلقة بخدمات الأطباء المستقلين، وقد أتحت لي الفرصة لطرح الأسئلة، وأني قد تلقيت الردّ على أيّ سؤال بنحوٍ مُرضٍ.

لقد قرأت وفهمت الشروط المذكورة أعلاه للعلاج وأؤكد أنني المريض أو أنني مخول بالتوقيع عن المريض.

التاريخ: _____ الوقت: _____ اسم المريض: _____

التاريخ: _____ الوقت: _____ توقيع المريض: _____

(أو العائلة:
الوالد / الوصي القانوني / الممثل الشخصي)

التاريخ: _____ الوقت: _____ توقيع الشاهد: _____

شهادة الترجمة الشفهية:

إنني أقر بأنني قد ترجمت ما سبق ذكره هنا إلى اللغة: _____ :

التاريخ: _____ الوقت: _____ المترجم: _____

الاسم/التعريف

For Advocate Personnel Use Only

Brochures Offered:

Notice of Privacy Practices: Accepted Declined

Patient Rights Accepted Declined

Payment Policy: Accepted Declined

Date: _____ Time: _____ Signature: _____



Advocate Health Care

HEALTH CARE CONSENT - ARABIC

Patient Label