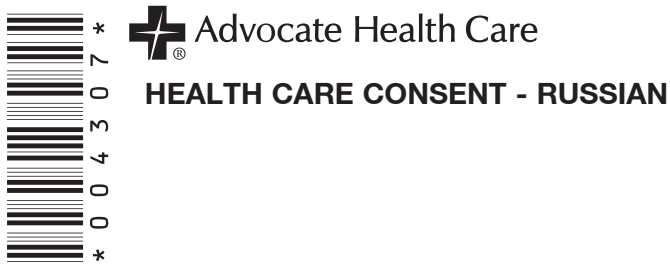


СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ

- 1. ЛЕЧЕНИЕ:** Я, от своего имени (или от имени пациента, указанного ниже) и, если приемлемо, от имени любого моего ребенка, настоящим соглашаюсь на такие диагностические процедуры и лечение, которые являются необходимыми и подходящими для моего состояния или заболевания, которые могут включать тестирование на ВИЧ, если только я не откажусь от тестирования на ВИЧ специальным образом, проинформировав своего врача о том, что я отказываюсь от данного теста. Предоставляемые диагностические процедуры и лечение определяются моим врачом (моими врачами) или другими соответствующими медицинскими работниками в случае необходимости или целесообразности во время проведения лечения. Они должны проводиться в больнице врачебным персоналом, в том числе медицинским персоналом больницы, медицинскими сестрами и другими поставщиками медицинских услуг. Я осознаю, что обучающиеся поставщики медицинских услуг могут участвовать в моем лечении под присмотром специалистов.
- 2. КООРДИНАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ:** Я понимаю, что Advocate Health Care – это клинически интегрированная система здравоохранения, состоящая из нескольких больниц, медицинских групп и других организаций-поставщиков медицинских услуг, которые работают вместе для обеспечения высокого качества и эффективной координации медицинского обслуживания пациентов. Я понимаю, что Advocate будет хранить мою медицинскую информацию в формате электронной медицинской карты, и что моя медицинская карта, включая, помимо прочего, мой диагноз, план лечения, информацию о рецептах, график посещений врача, а также результаты лабораторных и других диагностических анализов (в том числе информацию о тестировании на ВИЧ, генетическую информацию и записи о психическом здоровье), будет доступна для просмотра лицам, которые являются членами моей междисциплинарной медицинской бригады из всей системы Advocate Health Care. Междисциплинарная медицинская бригада состоит из сотрудников, подрядчиков, агентов и членов медицинского персонала Advocate Health Care, а также дочерних и ассоциированных предприятий и Advocate Medical Group, среди прочих, кто работает в целях приема, лечения, планирования, координации медицинского обслуживания, выписки или отчетности о здравоохранении, санкционированной государством.
- 3. ФОТОГРАФИЯ:** Я понимаю, что моему поставщику медицинского обслуживания могут понадобиться фотографии, видео- и/или аудиозаписи со мной, чтобы задокументировать медицинское состояние, помочь с диагнозом и/или лечением заболевания и/или помочь спланировать детали операции. Я осознаю, что мой поставщик медицинского обслуживания или больница сохранит права собственности на эти фотографии, видео- и/или аудиозаписи. Я понимаю, что эти изображения будут храниться таким образом, чтобы защитить мою конфиденциальность, и что они будут храниться в течение определенного времени, обозначенного в политике конкретного поставщика медицинского обслуживания или больницы. Я признаю, что камеры наблюдения могут находиться на территории больницы и размещаться на месте для обеспечения безопасности пациентов, персонала и посетителей. Я понимаю, что записи могут производиться в любое время.
- 4. ВЫБОР МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НА ДОМУ:** Я осознаю, что у меня есть свобода выбора и право выбрать для себя поставщика медицинского обслуживания на дому, в котором я нуждаюсь. Мне известно, что в целях улучшения непрерывности и качества оказания медицинского обслуживания, если я не выберу другого поставщика, больница, как правило, воспользуется услугами Advocate at Home или поступит в соответствии с указаниями моей страховой компании. Список поставщиков медицинского обслуживания на дому был предоставлен мне при поступлении / регистрации. Менеджер по организации лечения после выписки из больницы может по запросу предоставить еще одну копию списка. Если я предпочту другого поставщика медицинского обслуживания, мои предпочтения будут выполнены.
- 5. ВНЕШНИЕ ПРЕДПИСАНИЯ:** Я разрешаю доступ к моей истории предписаний с целью облегчения предоставления мне медицинского обслуживания. Информация будет доступна, только если мои предписания были заполнены сопричастной аптекой. Поэтому, моей обязанностью остается предоставление точного лекарственного анамнеза.
- 6. ВЫБОР ЯЗЫКА:** Я предпочитаю получать медицинскую информацию на (русский язык). Мне была предоставлена информация относительно услуг письменного и устного перевода. Я понимаю, что эти услуги доступны бесплатно, и что я могу запросить эти услуги в любое время моего пребывания.



Patient Label

7. **ОГРАНИЧЕННЫЙ ДОСТУП ДЛЯ ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ ОБ ОПЛАТЕ И О СТРАХОВКЕ:** Подписываясь ниже, я прошу больницу раскрыть информацию о состоянии претензий по страхованию и об остатке задолженности указанному ниже лицу, которое участвует в оплате моего медицинского обслуживания. Я понимаю, что этот доступ ограничен только страховым анамнезом и статусом фактуры за лечение, предусмотренное в данной согласии на медицинское обслуживание. В случае какого-либо последующего лечения, я обязан заново разрешить данному лицу доступ к информации. Это разрешение может быть отозвано в любое время путем направления письменного уведомления в департамент по вопросам управления медицинской информацией / архив медицинской документации (без влияния на предварительные раскрытия информации).

Инициалы: _____ **Уполномоченное лицо:** _____ **Взаимосвязь:** _____

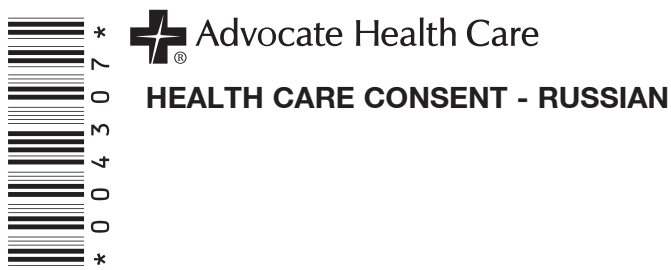
8. **РАЗРЕШЕНИЕ НА ВЫДАЧУ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ДЛЯ СОВЕРШЕНИЯ ОПЛАТЫ:** Настоящим я соглашаюсь на выдачу любой информации, имеющей отношение к делу и содержащейся в моей медицинской карте, включая информацию о тестировании на ВИЧ, генетическую информацию и записи о психическом здоровье, сторонним плательщикам, ответственным за оплату расходов пациентов, в том числе, помимо прочего, страховым компаниям, составителям схем обеспечения льгот при медицинском обслуживании, сотрудникам, участвующим в утверждении требований на получение льгот, государственным органам или посредникам, представляющим кого-либо из вышеперечисленных.

9. **ВОЗМЕЩЕНИЕ СТРАХОВЩИКОМ ПОНЕСЕННЫХ РАСХОДОВ НЕПОСРЕДСТВЕННО УЧРЕЖДЕНИЮ, ОКАЗЫВАЮЩЕМУ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ:** Принимая во внимание услуги, оказываемые в больнице, я настоящим назначаю и разрешаю непосредственную оплату больнице и лечащим врачам любых страховых выплат, выплат согласно плану медицинского страхования или выплат сторонними плательщиками, по иным причинам причитающихся мне или на мое имя за эту госпитализацию, оказание неотложной помощи или амбулаторные услуги.

10. **ОПЛАТА MEDICARE И ВОЗМЕЩЕНИЕ СТРАХОВЩИКОМ ПОНЕСЕННЫХ РАСХОДОВ НЕПОСРЕДСТВЕННО УЧРЕЖДЕНИЮ, ОКАЗЫВАЮЩЕМУ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ (если применимо):** Я прошу, чтобы оплата пособия, выплачиваемого в соответствии с программами государственного страхования по болезни, была сделана от моего имени за услуги больницы и врачей, предоставленные мне в больнице, и я назначаю такие выплаты больнице и врачам, предоставляющим такие же услуги. Я подтверждаю, что информация, предоставленная мной при подаче заявления на получение такого пособия, верна и что я заполнил опросник Medicare. Я разрешаю любому держателю медицинской или иной информации обо мне передать любую информацию, необходимую для оплаты такого пособия, в центры предоставления услуг по программам Medicare и Medicaid. Я разрешаю Администрации социального обеспечения передать информацию о моем праве на получение пособия больнице и врачам, предоставляющим мне услуги.

11. **ЛИЧНЫЕ ВЕЩИ:** Я беру на себя полную ответственность за все предметы личной собственности, в том числе, помимо прочего, очки, слуховые аппараты, зубные протезы, ювелирные изделия, валюту и все другие ценные предметы. Я понимаю, что ценные предметы могут храниться в больнице в неприкосновенности по моей просьбе, и настоящим я освобождаю больницу от юридической и материальной ответственности за ценные вещи и предметы личной собственности, которые не отданы на хранение.

12. **ФИНАНСОВАЯ ПОДДЕРЖКА:** Принимая во внимание услуги, оказываемые в больнице, пациент, от своего имени или от имени своего уполномоченного представителя, соглашается заплатить больнице за все услуги, помощь и материалы, предоставленные пациенту по установленным ставкам, включая любые отчисления, совместные оплаты или сборы, не покрываемые сторонними плательщиками. **Я осознаю, что в больничный счет не включены услуги врача, и пациент получит отдельные медицинские счета от врачей за их услуги.** Некоторые врачи из медицинского персонала могут не участвовать в тех же планах медицинского страхования, что и больница, и я понимаю, что пациенту возможно придется заплатить больше, чем сумма, указанная в медицинском счете от врача, как за услуги поставщика «вне сети». Пациент принимает на себя ответственность за любые издержки, включая расходы на адвоката, понесенные при взимании этих сборов. Я понимаю, что если я не соглашусь на разглашение записей или позднее отменю свое согласие, пациент понесет полную ответственность за оплату всех издержек за диагностику и лечение. Я подтверждаю, что информация, предоставленная мной для оплаты этого стационарного лечения, является, насколько мне известно, полной и точной. Я осознаю, что если пациент испытывает трудности с выполнением своих обязанностей по оплате услуг больницы, информация о финансовой помощи, включая уместные планы выплат, и финансовая поддержка



Patient Label

доступны по запросу в рамках услуг финансового консультирования больницы. Я понимаю, что вопросы по поводу уровней покрытия расходов или льгот должны быть оговорены в плане медицинского обслуживания пациента и сертификате о покрытии расходов пациента. Мне была дополнительно предоставлена копия краткого отчета о финансовой поддержке, написанного доступным языком, которая описывает политику финансовой поддержки и процесс подачи заявления.

13. УСЛУГИ НЕЗАВИСИМОГО ВРАЧА / ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ: Я ПОДТВЕРЖДАЮ И ПОЛНОСТЬЮ ПОНИМАЮ, ЧТО ТОЛЬКО ТЕ ВРАЧИ / ПОСТАВЩИКИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ, КОТОРЫЕ ВНЕ ВСЯКОГО СОМНЕНИЯ ИДЕНТИФИЦИРОВАНЫ КАК СОТРУДНИКИ ADVOCATE, ЯВЛЯЮТСЯ СОТРУДНИКАМИ ИЛИ АГЕНТАМИ ADVOCATE HEALTH CARE. ВСЕ ОСТАЛЬНЫЕ ВРАЧИ / ПОСТАВЩИКИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ НЕЗАВИСИМЫМИ ПОСТАВЩИКАМИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ, КОТОРЫМ РАЗРЕШЕНО ПОЛЬЗОВАТЬСЯ БОЛЬНИЧНЫМ ОБОРУДОВАНИЕМ ДЛЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ЛЕЧЕНИЯ. Среди таких врачей присутствуют в том числе, помимо прочих, лица, осуществляющие экстренную медицинскую помощь, помощь при травмах, занимающиеся кардиологией, акушерством, хирургией, радиологией, анестезией, патологиями, и другие специалисты. Эти независимые врачи / поставщики медицинского обслуживания предоставляют свое собственное врачебное мнение о моем лечении или предоставляют мне профессиональные услуги иным образом. Я понимаю, что я должен задавать своему врачу любые вопросы, которые могут возникнуть по поводу его или ее статуса занятости. Мое решение обратиться за медицинской помощью в больницу НЕ ОСНОВАНО НА КАКОМ-ЛИБО ПОНИМАНИИ, ПРЕДСТАВЛЕНИИ, ОБЪЯВЛЕНИИ, РЕКЛАМНОЙ КАМПАНИИ ЧЕРЕЗ СРЕДСТВА МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ, ВЫВОДА, ПРЕДПОЛОЖЕНИЯ ИЛИ УВЕРЕННОСТИ, ЧТО ВРАЧИ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИЕ МНЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ, ЯВЛЯЮТСЯ СОТРУДНИКАМИ ИЛИ АГЕНТАМИ БОЛЬНИЦЫ ИЛИ ADVOCATE HEALTH CARE.

Своей подписью ниже я подтверждаю, что я признаю и понимаю, что в больнице работают независимые подрядчики или медицинские работники, предоставляющие различные услуги, как описано выше. Я также признаю, что я прочитал эту форму согласия, включая конкретные формулировки, связанные с услугами независимых врачей, и имел возможность задать вопросы, а также что на все вопросы я получил удовлетворительный ответ.

Я прочитал и понял вышеприведенные условия лечения и подтверждаю, что я являюсь пациентом или что я уполномочен поставить подпись от имени пациента.

Дата: _____ Время: _____ Имя пациента: _____

Дата: _____ Время: _____ Подпись пациента: _____
(или группы лиц:
Родитель / законный опекун / личный представитель)

Дата: _____ Время: _____ Заверенная подпись: _____

Свидетельство об интерпретации:
Я подтверждаю, что я разъяснил вышесказанное для лица, участвующего в настоящем соглашении, на _____ языке.

Дата: _____ Время: _____ Синхронный переводчик: _____
Имя / Идентификатор

For Advocate Personnel Use Only

Brochures Offered:

Notice of Privacy Practices: Accepted Declined Patient Rights Accepted Declined

Payment Policy: Accepted Declined

Date: _____ Time: _____ Signature: _____

