

**الموافقة على العلاج والدفع والإشعار بممارسات  
الخصوصية  
(استخدام للخدمات الإسعافية والخدمات غير المتعلقة  
بالمستشفى)**

**للعلاج:**

أوافق أنا، لنفسي، (أو المريض المذكور أدناه) بموجب ذلك وأصرح بالعلاج الطبي الذي قد يشمل إجراء الفحوصات والعلاجات والإجراءات التشخيصية التي نصحني بها الأطباء أو غيرهم من مقدمي الخدمات المناسبين في Advocate Aurora Health وتعتبر ضرورية طبيًا. أفهم أنه يجوز لمقدمي الرعاية الصحية في التدريب، تحت إشراف الموظفين المناسبين، المشاركة في علاجي.

**الكشف عن المعلومات:**

أفوض Advocate Aurora Health بالإفصاح عن أي معلومات طبية تعتبر ضرورية لمعالجة مطالبات التأمين (بما في ذلك المعلومات المتعلقة بعلاج تعاطي المخدرات أو تعاطي الكحول أو المرض العقلي).

**تفويض الدفع:**

كما أفوض بدفع أي مخصصات للتأمين الصحي مباشرة إلى Advocate Aurora Health مقابل الخدمات المقدمة لي أو لمن أعول. ينطبق هذا التفويض على أي مخصصات تأمينية كانت سارية وقت تقديم الخدمات.

**الدفع:**

أوافق بموجب هذا على دفع أي رصيد في حسابي بالكامل وفقًا لسياسات الدفع والائتمان الخاصة بشركة Advocate Aurora Health، والتي قد تتضمن أنعاب المحاماة المعقولة. يتضمن الرصيد المستحق المخصصات التي حددتها شركة التأمين الخاصة بي مثل المدفوعات المشتركة والخصومات والبدلات "المعتادة والعرفية". تحتفظ شركة Advocate Aurora Health بالحق في تغيير الرسوم والسياسات دون إشعار.

**خدمات مقدم الخدمة المستقل:**

أقر وأدرك تمامًا أن هؤلاء الأطباء/مقدمي الخدمة الذين تم تحديدهم بوضوح على أنهم موظفو Advocate Aurora Health هم وكلاء لشركة Advocate Aurora Health. الأطباء/مقدمو الخدمات غير الموظفين هم مقدمو خدمات مستقلون يُسمح لهم باستخدام منشآت Advocate Aurora Health لتقديم الرعاية الطبية والعلاج. يمارس هؤلاء الأطباء/مقدمو الخدمات المستقلون حكمهم الطبي في علاجي أو تقديم الخدمات التخصصية لي. أفهم أنه ينبغي أن أسأل طبيبي أي أسئلة لدي حول وضعه الوظيفي. لا يستند قراري في طلب الرعاية الطبية إلى أي فهم أو تمثيل أو إعلان أو حملة إعلامية أو استدلال أو افتراض أو اعتماد على أن الأطباء/مقدمي الرعاية هم موظفون أو وكلاء لشركة Advocate Aurora Health.

**إشعار ممارسات الخصوصية:**

أقر بأن Advocate Aurora Health قد زودتني بنسخة من إشعار ممارسات الخصوصية. أفهم أن الإشعار يصف ممارسات الخصوصية في Advocate Aurora Health فيما يتعلق باستخدام و/أو الكشف عن معلومات صحة المريض.

من خلال توقيع أدناه، أقر بأنني قرأت وفهمت وأوافق على الالتزام بشروط نموذج الموافقة هذا، بما في ذلك الشروط المحددة المتعلقة بخدمات الطبيب المستقل. لقد أتيت لي الفرصة لطرح الأسئلة، وأنه قد تم الإجابة على أسئلتي بشكل مرض.

\_\_\_\_\_  
Date التاريخ Time الوقت Patient Signature توقيع المريض

\_\_\_\_\_  
Date التاريخ Time الوقت Legal Representative الممثل القانوني Relationship to Patient العلاقة بالمريض

Interpreter Assistance: If an interpreter assisted, please complete the following: Language: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Date التاريخ Time الوقت Interpreter Name #ID

