

الموافقة على الرعاية الصحية

- 1. لتلقي العلاج:** أوافق بموجب هذا نيابة عن نفسي (أو المريض المذكور أدناه)، ونيابة عن أي رضيع ألدّه إذا انطبق الأمر، على هذه الإجراءات التشخيصية والعلاجات الطبية حسبما يلزم ويلتزم حالتي أو مرضي، وهو ما قد يتضمن اختبارات فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، إلا إذا اخترت تحديدًا عدم إجراء اختبارات HIV من خلال إبلاغ مقدم الرعاية الذي يعالجني أنني أرفض الخضوع لهذه الاختبارات. يجب أن يقوم طبيبي (أطباي) أو غيره من الممارسين المناسبين بتحديد الإجراءات التشخيصية والعلاجات الطبية التي يتعين تقديمها، حسب الضرورة أو ما يُنصح به في وقت إجراء العلاج، ويجب تقديمه في المستشفى أو عن طريق خدمات الرعاية الصحية عن بعد، من قبل الأطباء الموظفين في الطاقم الطبي بالمستشفى والمرمضات ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين. أفهم أن مقدمي الرعاية الصحية قيد التدريب يمكن أن يشاركوا في علاجي، تحت إشراف الموظفين المناسبين.
- 2. تنسيق الرعاية:** أفهم أن Advocate Health Care هو نظام صحي متكامل سريريًا يتكون من العديد من المستشفيات والمجموعات الطبية وجهات تقديم الرعاية الصحية الأخرى التي تعمل جميعها معًا لتقديم رعاية عالية الجودة للمرضى وضمان التنسيق الفعال لخدمات رعاية المرضى. أفهم أن Advocate سيخزن معلوماتي الصحية كمرريض في صيغة سجل طبي إلكتروني وأن سجلي الطبي، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر تشخيص حالتي وخطة علاجي ومعلومات وصفاتي الطبية وجدول مواعيدي ونتائج اختباراتي المعملية والتشخيصية الأخرى (بما في ذلك المعلومات المتعلقة بـ HIV والمعلومات الجينية والسجلات الصحية السلوكية)، سيكون قابلاً للعرض بواسطة الأفراد أعضاء فريق الرعاية متعدد التخصصات المسؤول عن عير نظام Advocate Health Care بأكمله. يتكون فريق الرعاية متعدد التخصصات من الموظفين والمتعاقدين والكلاء وأفراد الطاقم الطبي في Advocate Health Care والشركات التابعة لها ومجموعة Advocate Medical Group، إلى جانب آخرين، الذين يعملون معًا من أجل أغراض دخول المستشفى أو العلاج أو التخطيط أو تنسيق الرعاية أو الخروج من المستشفى أو لأغراض إعداد تقارير الصحة العامة التي تفرضها الحكومة.
- 3. التصوير الفوتوغرافي:** أفهم أن مقدم الرعاية الخاص بي قد يحتاج إلى التقاط صور لي و/أو مقاطع فيديو و/أو تسجيل مقاطع صوتية لتوثيق حالة طبية و/أو المساعدة في تشخيص و/أو علاج حالة ما و/أو المساعدة في تخطيط تفاصيل الجراحة. أفهم أن مقدم الرعاية الخاص بي أو المستشفى سيحتفظ بحقوق ملكية هذه الصور و/أو مقاطع الفيديو و/أو المقاطع الصوتية. أفهم أيضًا أنه يمكن استخدام هذه الصور لتعزيز التعليم بشرط عدم الكشف عن معرفات المريض.
- 4. خيار الرعاية الصحية المنزلية:** أفهم أن لدي حرية الاختيار والحق في تحديد مقدم الرعاية المنزلية الخاص بي لتوفير الرعاية التي قد أحتاج إليها. وأعلم أنه، بهدف تحسين استمرارية وجودة الرعاية، سيستعين المستشفى غالبًا بشركة Advocate at Home ما لم أحدد مقدم رعاية آخر أو وفقًا لتوجيهات شركة التأمين الخاصة بي. سألتقى قائمة بمقدمي الرعاية المنزلية عند دخول المستشفى/التسجيل. وعند الطلب يمكن أن يقدم لي مسؤول خطة الخروج من المستشفى نسخة أخرى من القائمة. وسُحِّرتم اختياري إذا فضلت الاستعانة بمقدم رعاية آخر.
- 5. الوصفات الطبية الخارجية:** أُمْنَحُ حق الوصول إلى تاريخ وصفاتي الطبية الخارجية بغرض تسهيل الرعاية التي ألتقاهَا. لن تكون المعلومات متاحة إلا إذا تم تعبئة وصفاتي الطبية بواسطة إحدى الصيدليات المشاركة. لذا ستظل مسؤوليتي أن أقدم تاريخًا دقيقًا بالأدوية.
- 6. اختيار اللغة:** اللغة التي أفضل تلقي المعلومات الصحية بها هي (Arabic). لقد تم تزويدي بمعلومات بخصوص خدمات الترجمة وخدمات مترجم فوري. أفهم أن هذه الخدمات متاحة مجانًا وأنه يمكنني طلب هذه الخدمات في أي وقت عند دخولي المستشفى.
- 7. الكشف عن المعلومات الطبية للدفع:** أوافق بموجب هذا على الكشف عن أي وجميع المعلومات ذات الصلة الواردة في سجلاتي الطبية، بما في ذلك المعلومات المتعلقة بفيروس HIV والمعلومات الجينية والسجلات الصحية السلوكية، إلى الأطراف الثالثة القائمة بالدفع المسؤولة عن دفع تكاليف المريض، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر شركات التأمين أو خطط المخصصات الصحية أو أصحاب العمل المشاركين في إجراءات الموافقة على مطالبات المخصصات أو الوكالات الحكومية أو الوسطاء الذي يمثلون أيًا مما سبق.
- 8. التنازل عن المخصصات:** في مقابل الخدمات المقدمة في المستشفى فإنني بموجب هذا أتنازل للمستشفى والأطباء المعالجين وأصرّح بأن يُدْفَعُ لهم مباشرة أي تأمين أو مخصصات خطة صحية أو مخصصات من أطراف ثالثة قائمة بالدفع تكون خلاف ذلك مستحقة الدفع لي أو بالنيابة عني مقابل تلك الإقامة في المستشفى أو الرعاية بغرفة الطوارئ أو خدمات المرضى الخارجيين.



9. **مدفوعات Medicare والتنازل عن الميزات (إذا كان ينطبق):** أطلب دفع مخصصات Medicare المصرح بها نيابة عني مقابل خدمات المستشفى والأطباء المقدمة لي في المستشفى وأتنازل عن هذه المخصصات إلى المستشفى والأطباء الذين يقدمون مثل هذه الخدمات. أشهد بصحة المعلومات التي أعطيها عند التقدم بطلب للحصول على هذه المخصصات وأني أكملت استبيان Medicare. وأصرح لأي جهة لديها معلومات طبية أو معلومات أخرى خاصة بي بأن تكشف لمراكز خدمات Medicare و Medicaid ووكلائها عن أي معلومات لازمة لمدفوعات هذه المخصصات. أصرح لإدارة الضمان الاجتماعي (Social Security Administration) بالكشف عن معلومات حول أحقيتي في المخصصات للمستشفى والأطباء الذين يقدمون لي الخدمات.
10. **المتعلقات الشخصية:** أتحمّل المسؤولية كاملة عن جميع عناصر الممتلكات الشخصية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر النظارات ووسائل المساعدة السمعية وأطقم الأسنان والمجوهرات والنقود وجميع الممتلكات الثمينة الأخرى. أفهم أنه يمكن الاحتفاظ بالممتلكات الثمينة في خزنة المستشفى بناءً على طلبي وبموجب هذا أعفي المستشفى من المسؤولية والالتزام تجاه هذه الممتلكات الثمينة وعناصر الممتلكات الشخصية غير المودعة.
11. **المساعدات المالية:** في مقابل الخدمات التي ستقدم في المستشفى، وبصفتي المريض أو الممثل القانوني للمريض، يوافق المريض على أن يدفع للمستشفى مقابل جميع الخدمات والمرافق والمستلزمات المقدمة للمريض والأسعار المحددة، بما في ذلك أي مبالغ مقطوعة أو مدفوعات مشتركة أو رسوم لا تغطيها الأطراف الثالثة القائمة بالدفع. أفهم أن فاتورة المستشفى لا تشمل خدمات الطبيب وسيتلقى المريض فواتير طبيب منفصلة من الأطباء مقابل خدماتهم. أدرك أن بعض الأطباء قد لا يشاركون في الخطة الصحية أو برنامج الدفع الذي يدفع مقابل رعايتي، وبالتالي، قد أخضع لرسوم إضافية. يقبل المريض تحمل المسؤولية عن أي تكاليف متكبدة في تحصيل هذه الرسوم، بما في ذلك أتعب المحاماة. أفهم أنه إذا لم أوافق على الكشف عن السجلات أو ألغيت هذه الموافقة لاحقاً فإن المريض مسؤول تماماً عن دفع جميع الرسوم مقابل التشخيص والعلاج المتلقى. أشهد أن المعلومات التي قدمتها لأغراض الدفع مقابل هذا العلاج بالمستشفى كاملة ودقيقة على حد علمي. وأفهم أنه إذا كان المريض يواجه صعوبة في الوفاء بمسؤولياته في الدفع للمستشفى فإن المعلومات المتعلقة بالمساعدة المالية، بما في ذلك خطط الدفع المعقولة والمساعدات المالية، متاحة عند الطلب كجزء من خدمات الاستشارة المالية التي تقدمها المستشفى. أفهم أنه يجب توجيه الأسئلة المتعلقة بالتغطية أو مستويات المزايا إلى خطة الرعاية الصحية للمريض وشهادة تغطية المريض. إضافةً إلى ذلك فقد عُرضت عليّ نسخة من ملخص المساعدات المالية مكتوباً بلغة بسيطة، وهو يصف سياسة المساعدات المالية وطلب الحصول عليها.
12. **خدمات الأطباء/مقدمي الرعاية المستقلين:** أقر وأفهم تماماً أن الأطباء/مقدمي الرعاية المحددين بوضوح أنهم موظفون في Advocate هم فقط الموظفون أو الوكلاء التابعون لنظام Advocate Health Care. والأطباء/مقدمو الرعاية غير الموظفين هم مقدمو رعاية مستقلون يُسمح لهم باستخدام منشآت المستشفى لتقديم الرعاية الطبية والعلاج. يشمل الأطباء غير الموظفين، على سبيل المثال لا الحصر، أولئك الذين يمارسون طب الطوارئ وطب الصدمات وطب القلب وطب التوليد والجراحة والطب الإشعاعي وطب التخدير وعلم الأمراض وغيرها من التخصصات. ويطبق هؤلاء الأطباء/مقدمو الرعاية المستقلون حكمهم الطبي الخاص في علاجي أو تقديم الخدمات التخصصية لي بشكل آخر. أفهم أنه ينبغي أن أ طرح على طبيبي أي أسئلة قد تكون لدي بشأن حالته الوظيفية. لا يستند قراري بطلب الرعاية الطبية في المستشفى إلى أي فهم أو تمثيل أو إعلان أو حملة إعلامية أو استنتاج أو افتراض أو اعتماد على أن الأطباء الذين يقدمون الرعاية والعلاج لي هم موظفون أو وكلاء للمستشفى أو Advocate Health Care.
- من خلال توقيعك أدناه، أؤكد أنني أقر وأفهم أن المستشفى يستخدم مقاولين أو ممارسين مستقلين لتقديم خدمات مختلفة كما هو موضح أعلاه. وأقر أيضاً أنني قرأت نموذج الموافقة هذا، بما في ذلك المكتوب بلغة محددة فيما يتعلق بخدمات الأطباء المستقلين، وأتاحت لي فرصة طرح الأسئلة، وأتيتبت إجابات مرضية عن أي أسئلة.





توقيع المريض <i>(Signature of Patient)</i>	الوقت <i>(Time)</i>	التاريخ <i>(Date)</i>
العلاقة بالمريض <i>(Relationship to patient)</i>	توقيع الوكيل (الوكلاء) المعتمد قانوناً <i>(Signature of Legally Authorized Agent(s))</i>	الوقت <i>(Time)</i>
		التاريخ <i>(Date)</i>

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

Date: _____ Time: _____ Interpreter Name: _____ ID #: _____

لاستخدام موظفي Advocate فقط
(For Advocate Personnel Use Only)

Brochures Offered:

Notice of Privacy Practices:	<input type="checkbox"/> Accepted <input type="checkbox"/> Declined	Patient Rights	<input type="checkbox"/> Accepted <input type="checkbox"/> Declined
Payment Policy	<input type="checkbox"/> Accepted <input type="checkbox"/> Declined	No Surprise Billing Disclosure	<input type="checkbox"/> Accepted <input type="checkbox"/> Declined

Date	Time	Signature of Teammate
------	------	-----------------------

