

1. الموافقة العامة على القبول والعلاج

1, أنا، الموقع أدناه، أقدم طوعاً بموجب هذه الاتفاقية، الطلب والموافقة والتحويل للحصول على جميع أنواع الرعاية الطبية والخدمات المقدمة في المستشفى وأخولها، بما في ذلك الفحص الطبي والبدني، وإجراءات التشخيص، وإدارة تقديم الأدوية، والعلاجات الطبية، وتشمل إجراء فحص المخدرات والكحول، وفقاً لما يراه الطبيب (الأطباء) المعالج ضرورياً وأعضاء الطاقم الطبي الآخرين ومقدمي الرعاية الصحية لفروع ماكلارين للرعاية الصحية ("McLaren"). وأنا أدرك أن ممارسة مهنة الطب ليست علماً دقيقاً وأقرُّ بأنه لم يتم تقديم أية ضمانات لي في ما يتعلق بنتائج الرعاية والعلاج اللذين تلقيتهما.

أفوض بموجب هذه الاتفاقية مستشفى ماكلارين (McLaren) بالاحتفاظ بأي عينات أو أنسجة مأخوذة من جسدي أثناء زيارتي، والحفاظ عليها واستخدامها للأغراض العلمية أو التعليمية، أو بالتخلص منها وفقاً لتقديراته أو لما يناسبه. أفوض مستشفى ماكلارين بتصويري فوتوغرافياً، فيديوياً/أو تسجيلي صوتياً لغرض التشخيص و/أو التوصية بالعلاج و/أو التوثيق وتحديد الهوية أثناء العلاج. أفهم أنه قد يتم الاحتفاظ بجميع الوثائق الموجودة في السجل الطبي بما فيها الصور الفوتوغرافية و/أو الأفلام و/أو التسجيلات كجزء دائم من السجل الطبي ويمكن استخدامها لدراسات الحالات الطبية ولأغراض التعليم. لقد تم إبلاغي وأفهم أن معظم منشآت مستشفى ماكلارين هي مؤسسات تعليمية وأن الإجراءات الطبية والجراحية التي يتم إجراؤها قد تتطلب المراقبة والتعاون والخدمات من قبل العديد من مقدمي الرعاية الصحية. أنا أخول هؤلاء الأشخاص بالقيام بهذه المراقبة وتقديم الخدمة والرعاية.

2. الموافقة على إجراء اختبار التعرض للإصابة

أنا أفهم أنه إذا تعرض أحد الموظفين العاملين في استقبال حالات الطوارئ أو أخصائيي الرعاية الصحية أو أي موظف آخر في المنشأة الصحية للتلامس بدمي أو سوائ من جسدي، فسيتم إجراء الاختبارات التي تشمل على سبيل المثال لا الحصر فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو التهاب الكبد الفيروسي من النوع ب أو التهاب الكبد الفيروسي من النوع سي بدون موافقتي، وذلك وفقاً لما تنص عليه قوانين ميشيغان المجموعة تحت الرقم 333.20191.

3. الإفصاح عن المعلومات للتأمين

أنا أخول مستشفى ماكلارين (McLaren) والمؤسسات التابعة له بالإفصاح عن معلومات لأي جهة دفع كطرف ثالث، أو ممثل عنها، بما في ذلك كل من تأمين الميديكير (Medicare) والميديكيد (Medicaid) وتأمين تشامبس (Champus) وبلو شيلد/بلو كروس (Blue Cross/Blue Shield) وشركات التأمين الصحي التجارية، شركات التأمين على السيارات، شركات التأمين على تعويض إعاقة العمال، أصحاب العمل، منظمات الحفاظ على الصحة، منظمات مزود الخدمة المفضل، وخطط الرعاية المدارة، والتي قد تكون مسؤولة عن الدفع في حالتي، أو وفقاً لما يقتضيه القانون، مثل هذه المعلومات من سجلي الطبي وحسب الضرورة من أجل الحصول على تعويض عن أي فواتير مقدمة تتعلق بعلاجي بما في ذلك سجلات تعاطي الكحول والمخدرات المحمية بموجب اللوائح في الباب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR)، القسم 2، إن وجدت، وسجلات الخدمات الاجتماعية، إن وجدت، وسجلات الخدمة النفسية بما في ذلك الاتصالات التي أجريها مع عامل إجتماعي أو طبيب نفسي.

4. الإفصاح عن المعلومات الخاصة بالصحة العامة

أفوض مستشفى ماكلارين بالإفصاح عن المعلومات الواردة في سجلي الطبي، بما في ذلك المعلومات حول الأمراض المعدية و/أو العدوى، على النحو المحدد في قانون ولاية ميشيغان وقواعد إدارة الصحة العامة أو إدارة الصحة في أوهايو، والتي تشمل عدوى فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، ومتلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)، والأعراض المرتبطة بالإيدز (ARC)، والأمراض التناسلية والسل، ومعلومات عن تعاطي الكحول و/أو المخدرات، المحمية بموجب اللوائح الواردة في القسم 2 من قانون 42 من اللوائح الفيدرالية، سجلات الطب النفسي/المعالجة النفسية



820b

المريض:

السيد ##

د.

سجلات العمل الاجتماعي ومنها المراسلات مع العاملين الاجتماعيين أو الطبيب أو المعالج النفسي.

5. تخصيص منافع التأمين

أفوض وأصرح بالدفع المباشر لمستشفى ماكلارين (McLaren) مقابل كافة المنافع الصحية وغيرها من طرق الدفع المتعلقة بالرعاية التي قدمها لي موظفيه. أنا أتحمّل المسؤولية المالية الكاملة لدفع كافة النفقات المرتبطة برعايتي وعلاجي، بما في ذلك أي رسوم لم يدفعها التأمين. قد تشمل هذه النفقات، على سبيل المثال لا الحصر، الرسوم اليومية للمكالمات الهاتفية، الغرفة الخاصة التي يطلبها المريض، وأي مبالغ قابلة للخصم والتأمين المشترك.

6. قانون حماية المستهلك عبر الهاتف

أفهم أنه من وقت لآخر، قد يتصل بي مستشفى ماكلارين (McLaren)، والمؤسسات التابعة له وفروعه (المشار إليها مجتمعة بـ "مستشفى ماكلارين") بهدف (1) مناقشة أية خدمات قدمها المستشفى في الماضي، حالياً أو في المستقبل وعلى النحو المسموح به بموجب قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة (HIPAA)؛ (2) ومناقشة المحاسبة أو تقديم الفواتير أو المعلومات المالية الأخرى (مثل معلومات التأمين ورسوم الخدمة) للخدمات السابقة أو الحالية أو المستقبلية التي يقدمها مستشفى ماكلارين؛ و (3) مناقشة عمليات تحصيل أي مبالغ مستحقة أو أهليتي للحصول على برامج المساعدة في الدفع أو الإعفاء.

أوافق على أن يتواصل مستشفى ماكلارين (McLaren) ومقدمي الخدمات التابعين له معي على أي عنوان (بما في ذلك البريد الإلكتروني) أو رقم الهاتف (بما في ذلك الرقم اللاسلكي أو رقم الهاتف الأرضي المنقول) الذي يمكنني تقديمه إلى المستشفى؛ (ب) أن يستخدم أنظمة الاتصال الهاتفي الآلية أو مكالمات الرسائل المسجلة مسبقاً عند الاتصال بي؛ (ج) وأن يتم إرسال رسائل نصية إلى رقم هاتفي لتحقيق الأغراض التي حددها مستشفى ماكلارين أعلاه. وأوافق على مشاركة مستشفى ماكلارين (McLaren) لمعلومات الاتصال الخاصة بي، بما في ذلك رقم الاتصال اللاسلكي وعنوان البريد الإلكتروني الخاص بي، مع مزودي الخدمة (بما في ذلك وكالة تحصيل الفواتير) الذين يتعاقد معهم من أجل مساعدتهم في تحقيق هذه المصالح، لكنني أفهم أنّ المستشفى لن يقوم بمشاركة رقم (أرقام) هاتفي مع أطراف ثالثة لأغراضهم الخاصة بدون موافقتي. أتفهم أنه قد يتم تطبيق رسوم دقيقة على المكالمات الهاتفية والرسائل النصية.

كما أفهم أنه لا يتعين عليّ الموافقة على تلقي مكالمات أو رسائل يتم طلبها تلقائياً أو مسجلة مسبقاً كي أحصل على خدمات مستشفى ماكلارين. قد أختار إلغاء موافقتي على تلقي مكالمات أو رسائل يتم طلبها تلقائياً أو مسجلة مسبقاً عن طريق الاتصال بممثل عملاء مستشفى ماكلارين لإبلاغهم بتفضيلاتي باستخدام الرقم المجاني التالي أو عنوان البريد الإلكتروني: 839-3884 (844) أو phonecalloptout@mclaren.org.

7. تواريخ متعددة للخدمة

أفهم أنّ علاجي قد يتطلب أكثر من تاريخ واحد للخدمة، وبالتالي فإنّ هذه الموافقة يجب أن تكون سارية المفعول بالكامل من تاريخ التوقيع حتى تنتهي فترة علاجي؛ وأفهم أنّه يمكن تقديم العلاج لي في أي منشأة تابعة لمستشفى ماكلارين.

8. التحويل بالحصول على سجلات الأدوية لتنسيق تقديم الرعاية

وأفهم أنه من المهم لمقدمي الرعاية معرفة الأدوية التي أتناولها حالياً، حتى يقوموا بوصفها ويقدموا العلاج المناسب لي. لذلك أعطي التحويل لمستشفى ماكلارين/كارمانوس (McLaren/Karmanos) للحصول على السجلات من أي صيدلية (أو صيدليات) أشتري منها الأدوية حالياً ولمراجعتها.



820b

المريض:

السيد ##

د.

9. خدمات المترجم الفوري

من أجل سلامة المرضى والتواصل الفعال في الوقت المناسب وتوافر اللغة للمرضى ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية و/أو أولئك الذين يحتاجون إلى ترجمة لغة الإشارات الأمريكية، يوفر مستشفى ماكلارين خدمات الترجمة الفورية المجانية بواسطة التكنولوجيا عند الطلب، بما في ذلك الترجمة الفورية عن بُعد عبر الفيديو (VRI) والترجمة الفورية عبر الهاتف (OTP). إذا كانت هناك صعوبات تقنية أو تتطلب احتياجات المريض مقارنة بديلة، فقد يساعد أحد أعضاء الإدارة في تنسيق خدمات الترجمة الفورية الحضورية. من خلال التوقيع على هذه الاستمارة، أوافق على استخدام الترجمة الفورية عن بُعد عبر الفيديو (VRI) والترجمة الفورية عبر الهاتف (OTP).

10. الحوامل أو المريضات الجديديات في مرحلة ما بعد الولادة

أفهم أنه مطلوب من مستشفى ماكلارين (McLaren) إجراء اختبارات كشف فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، التهاب الكبد الوبائي من النوع ب والعدوى المنقولة جنسياً عندما تقدم المريضة الحامل في البداية لتلقي العلاج قبل الولادة أو أثناء الولادة (أو بعد الولادة مباشرة إذا وُلد الرضيع خارج المستشفى) ولا تكون نتائج الاختبار متوفرة بسهولة لمقدم الرعاية. من خلال التوقيع على هذه الاستمارة، أوافق على إجراء هذه الاختبارات.

11. الإعفاء من المسؤولية: الممتلكات الشخصية الثمينة

أدرك أنّ مستشفى ماكلارين (McLaren) ليس مسؤولاً عن خسارة أو تلف أي ممتلكات شخصية أختار الاحتفاظ بها لديّ أو في غرفتي أثناء إقامتي في المستشفى، وأنني مسؤول عن اتخاذ الترتيبات اللازمة للحفاظ على الممتلكات ذات القيمة بأمان. لقد نُصحت بإرسال جميع الأغراض الثمينة الشخصية إلى المنزل. أقرّ أيضاً بأنّ فريق مستشفى ماكلارين/كارمانوس (McLaren/Karmanos) غير مسؤول عن الأغراض الشخصية التي أحضرها معي أثناء إقامتي في المستشفى.

12. الموافقة على إبلاغ أحد أفراد الأسر

أخوّل مستشفى ماكلارين (McLaren) بإبلاغ أفراد عائلتي.

_____ (نعم)؛ اسم أحد أفراد العائلة: _____ رقم الهاتف: _____
(كلا) _____

13. الموافقة على إبلاغ طبيب الرعاية الأولية الخاص بك - عند دخول المستشفى فقط

أوافق على أنه فقط عندما أدخل إلى المستشفى وأقدم اسم مقدم الرعاية الأولية (PCP)، يُعلم مستشفى ماكلارين (McLaren) مقدم الرعاية المذكور بدخولي إلى المستشفى.

14. الإبلاغ بممارسات الخصوصية

لقد تلقيت نسخة عن إشعار مستشفى ماكلارين (McLaren) المشترك بشأن ممارسات الخصوصية وإجراءات التظلم وحقوق المريض وسياسة الزيارة (عند الاقتضاء):

إعادة المريض / رفضه _____ (الأحرف الأولى من اسم مندوب للوصول إلى المريض)



820b

المريض:

السيد #

د.

15. تبادل المعلومات الصحية

أفهم أنّ مستشفى ماكلارين (McLaren) يشارك في تبادل المعلومات الصحية للعمليات التجارية ولتوفير معلومات الرعاية الصحية الخاصة بي لمقدمي الخدمات الآخرين الذين قد يعالجونني.

16. لولاية أوهايو فقط

يمكن الاستعانة بصيدلي لإدارة رعايتك ويمكنك أنت أو أي فرد مخوّل بالتصرف نيابة عنك الانسحاب من اتفاقية استشارة الصيدلي.

أقر بأنني قد قرأت استمارة الموافقة هذه، أو أنه تمت قراءتها لي. وأفهم محتوياتها وأوافق على أنني من خلال التوقيع على هذه الاستمارة، ألتزم بأحكامها، سواء وقّعتها أنا بنفسي أو وقّعها الممثل بالنيابة عني.

توقيع المريض (ولي الأمر/الوصي، إذا كان قاصراً، أو الشخص الذي يوقع نيابة عن المريض)

التاريخ/الوقت (الزامي)

العلاقة إذا كان غير المريض

التحويل للهاتف من قبل

الشاهد

التاريخ/الوقت (الزامي)

الشاهد الثاني (التحويل عن طريق الهاتف)

التاريخ/الوقت (الزامي)



820b

المريض:

السيد #/

د.