

الموافقة على الرعاية الصحية

- 1. تلقي العلاج:** أمتح أنا، نيابة عن نفسي (عن المريض المذكور اسمه أدناه) وعن أي طفل أقوم بإيجابه، إذا كان ذلك منطبقاً، موافقتي على هذه الإجراءات التشخيصية والعلاج الطبي بما هو ضروري ومناسب لحالتي أو مرضي. وقد يشمل ذلك اختبار الكشف عن فيروس نقص المناعة البشرية (Human Immunodeficiency Virus, HIV)، ما لم أختَر تحديداً عدم الخضوع لهذا الاختبار عن طريق إبلاغ مقدم الرعاية الذي يعالجني بذلك. يحدد طبيبي (أطباي) أو أحد الممارسين المناسبين الآخرين الإجراءات التشخيصية والعلاج الطبي الذي سيتم تقديمه، وذلك حسب الضرورة أو الموصى به في وقت إجراء العلاج، على أن يتم تقديم العلاج في المستشفى أو عن طريق خدمات الرعاية الصحية عن بعد. أفهم أنه يجوز لممارسي الرعاية الصحية تحت التدريب المشاركة في علاجي وذلك تحت إشراف الموظفين المناسبين.
- 2. تنسيق الرعاية:** أفهم أن Advocate Health Care و Aurora Health Care هما الآن جزء من Advocate Health وهو نظام صحي متكامل سريريًا يتألف من العديد من المستشفيات والمجموعات الطبية وجهات تقديم الرعاية الصحية الأخرى المستقلة من الناحية القانونية التي تعمل جميعها معًا لضمان التنسيق الفعال لخدمات رعاية المرضى. أفهم أن Advocate Health سيخزن معلوماتي الصحية بصفتي مريضاً في صيغة سجل طبي إلكتروني، وأن سجلي الطبي، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر تشخيص حالتي وخطة علاجي ومعلومات وصفاتي الطبية وجدول مواعيد زياراتي ونتائج اختباراتي المعملية والتشخيصية الأخرى (بما في ذلك المعلومات المتعلقة بفيروس HIV والمعلومات الجينية وسجلات الصحة السلوكية)، سيكون قابلاً للعرض بواسطة أعضاء فريق الرعاية متعدد التخصصات المسؤول عني عبر نظام Advocate Health Care بالكامل.
- 3. الصور الفوتوغرافية:** أفهم أن مقدمي رعايتي الطبية قد يلتقطون صوراً فوتوغرافية لي و/أو يسجلون مقاطع فيديو و/أو تسجيلات صوتية، وذلك بغرض توثيق حالة طبية و/أو المساعدة في تشخيص حالة ما و/أو علاجها و/أو المساعدة في التخطيط لتفاصيل الجراحة. وأفهم أنه سيتم الاحتفاظ بحقوق ملكية هذه الصور الفوتوغرافية و/أو مقاطع الفيديو و/أو التسجيلات الصوتية من قبل مقدمي رعايتي الطبية أو المستشفى. أفهم أيضاً أنه يمكن استخدام هذه الصور لتطوير التعليم بشرط عدم الكشف عن المعلومات المُعرفة لهوية المريض.
- 4. خيار الرعاية الصحية المنزلية:** أفهم أن لدي حرية الاختيار والحق في تحديد مقدم الرعاية المنزلية المسؤول عن تزويدي بالرعاية التي قد أحتاج إليها. وسيسخدم المستشفى بشكل عام خدمات Advocate at Home للسماح باستمرار الرعاية ما لم تمنح شركة التأمين التي أتبع لها توجيهات بخلاف ذلك أو ما لم أختَر مقدم رعاية آخر. سيتم منحي قائمة بمقدمي الرعاية المنزلية عند دخول المستشفى/التسجيل. ويمكن أن يعطيني مسؤول خطة الخروج من المستشفى نسخة أخرى من القائمة عند الطلب. وستُحترم اختياراتي إذا فضّلت الاستعانة بمقدم رعاية آخر.
- 5. الوصفات الطبية الخارجية:** أصرح بالوصول إلى سجل وصفاتي الطبية الخارجية بغرض تسهيل الرعاية التي ألتفأها. لن تكون المعلومات متاحة إلا إذا تم صرف وصفاتي الطبية بواسطة إحدى الصيدليات المشاركة. لذلك، ستظل مسؤوليتي أن أقدم سجلاً دقيقاً بالأدوية.
- 6. اختيار اللغة:** لقد رُودت بالمعلومات المتعلقة بخدمات الترجمة وخدمات الترجمة الفورية. أفهم أن هذه الخدمات متاحة مجاً وأنها يمكنني طلب الحصول على هذه الخدمات في أي وقت خلال فترة بقائي في المستشفى.
- 7. الإفصاح عن المعلومات الطبية لأغراض الدفع:** أوافق بموجب هذه الوثيقة على أن يتم الإفصاح عن جميع المعلومات ذات الصلة الواردة في سجلاتي الطبية، بما في ذلك المعلومات المتعلقة بفيروس HIV والمعلومات الجينية وسجلات الصحة السلوكية، وذلك إلى الأطراف الخارجية القائمة بالدفع المسؤولة عن دفع رسوم خدمات المريض، بما في ذلك -على سبيل المثال لا الحصر- شركات التأمين، أو خطط المخصصات الصحية، أو أصحاب العمل المشاركون في إجراءات الموافقة على مطالبات المخصصات، أو الوكالات الحكومية، أو الوسطاء الذين يمثلون أيًا مما سبق.



8. **وسائل التواصل الإلكترونية:** أصرح لنظام Advocate Health وممثلي (بما في ذلك الوكلاء من الأطراف الخارجية) بالتواصل معي عبر الهاتف عن طريق الرسائل المسجلة مسبقاً و/أو أنظمة الاتصال الآلية على أي رقم هاتف مرتبط بي أو بمن يمثلوني، وذلك فيما يتعلق بأي مسألة تخص علاجي أو الدفع أو الحساب أو أنشطة البحث، أو لإعلامي بالمنتجات أو الخدمات التي قد تهمني. ولا يمكنني رفض تلقي المزيد من المكالمات أو الرسائل إلا باتباع التعليمات التي يقدمها نظام Advocate Health لهذا الغرض خصيصاً. وأدرك أنني لست ملزماً بالموافقة على تلقي الرسائل والمكالمات الهاتفية من أجل تلقي العلاج أو أي خدمات أخرى من Advocate Health. بتقديم عنوان بريد إلكتروني ورقم هاتف محمول، فإنني أعطي الإذن لنظام Advocate Health (بما في ذلك المتعاقدون المستقلون معه) بإرسال معلومات وتذكيرات ورسائل إلي باستخدام وسائل التواصل هذه للأسباب الموضحة أعلاه.

9. **نقل الحق في المخصصات:** في مقابل الخدمات المقدمة في المستشفى، فإنني أوافق بموجب هذه الوثيقة على نقل الحق في مخصصات أي تأمين أو خطة صحية أو أطراف خارجية قائمة بالدفع، سواء كانت مستحقة لي أو لشخص آخر نيابةً عني، وأصرح بدفعها مباشرةً إلى المستشفى والأطباء المعالجين وذلك بغرض سداد تكاليف خدمات الإقامة في المستشفى أو الرعاية بغرفة الطوارئ أو خدمات المرضى الخارجيين.

10. **مدفوعات Medicare ونقل الحق في المخصصات (إذا كان ذلك منطبقاً):** أطلب دفع مخصصات Medicare المصرح بها نيابةً عني لسداد تكاليف خدمات المستشفى والأطباء المقدمة لي في المستشفى وأوافق على نقل الحق في هذه المخصصات إلى المستشفى والأطباء الذين يقدمون مثل هذه الخدمات. أقر بصحة المعلومات التي قدمتها عند التقدم بطلب للحصول على هذه المخصصات، وبأنني أكملت استبيان Medicare. وأصرح لأي جهة تحتفظ بمعلوماتي الطبية أو أي معلومات أخرى تخصني بأن تفصح لمراكز خدمات Medicare و Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services) ووكلائها عن أي معلومات لازمة لمعالجة عملية دفع هذه المخصصات. أصرح لإدارة الضمان الاجتماعي (Social Security Administration) بالإفصاح عن المعلومات المتعلقة بأحقيتي في الحصول على المخصصات للمستشفى والأطباء الذين يقدمون لي الخدمات.

11. **المتعلقات الشخصية:** أتحمل المسؤولية كاملة عن جميع أغراض الممتلكات الشخصية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر النظارات ووسائل المساعدة السمعية وأطقم الأسنان والمجوهرات والنقود وجميع الممتلكات الثمينة الأخرى. وأدرك أنه قد يتم الاحتفاظ بالممتلكات الثمينة في خزانة المستشفى بناءً على طلبي، وبموجب ذلك، أعفي المستشفى من المسؤولية والالتزام الكامل حول تلك الممتلكات الثمينة وأغراض الممتلكات الشخصية التي لا يتم الاحتفاظ بها في خزانة المستشفى، بما في ذلك أي ضرر يلحق بالممتلكات الشخصية أو الأغراض المفقودة.

12. **المساعدات المالية:** في مقابل الخدمات التي سَتَقَدَّم في المستشفى، أوافق -بصفتي المريض أو الممثل القانوني للمريض- على الدفع للمستشفى مقابل جميع الخدمات والمرافق والمستلزمات المقدمة بالأسعار المحددة، بما في ذلك أي مبالغ مقطوعة أو مدفوعات مشتركة أو رسوم لا تغطيها الأطراف الخارجية القائمة بالدفع. أدرك أن فاتورة المستشفى لا تتضمن الخدمات التي يقدمها الطبيب/الممارس المستقل، وأنني سألتقي فواتير منفصلة من مقدمي الرعاية الطبية هؤلاء مقابل خدماتهم. وأدرك أن بعض الأطباء قد لا يشاركون في الخطة الصحية أو برنامج الدفع الذي يتحمل تكاليف رعايتي، وبالتالي، فقد أتحمل رسوماً إضافية. ويتحمل المريض مسؤولية سداد أي تكاليف متكبدة خلال عملية تحصيل هذه الرسوم، بما في ذلك أتعاب المحاماة. أدرك أنه في حالة عدم موافقتي على الإفصاح عن السجلات أو إذا ألغيت هذه الموافقة لاحقاً، فإن المريض سيتحمل المسؤولية الكاملة عن دفع جميع رسوم التشخيص والعلاج الذي تلقاه. وأشهد أن المعلومات التي قدمتها لأغراض تسديد تكاليف هذا العلاج بالمستشفى، على حد علمي، كاملة ودقيقة. أدرك أيضاً أنه في حال واجه المريض صعوبة في الوفاء بالتزاماته المالية تجاه المستشفى، فإن المعلومات المتعلقة بالمساعدة المالية، بما في ذلك خطط السداد المعقولة والمساعدة المالية متاحة عند الطلب باعتبارها جزءاً من خدمات الاستشارات المالية التي يقدمها المستشفى. وأدرك أنه ينبغي توجيه الأسئلة المتعلقة بالتغطية أو مستويات المخصصات إلى خطة الرعاية الصحية للمريض وشهادة تغطية المريض. بالإضافة إلى ذلك، لقد تلقيت نسخة من ملخص المساعدة المالية بلغة مبسطة، وهو يصف سياسة المساعدة المالية وإجراءات تقديم الطلب.

13. **التفويض والإفصاح عن المعلومات لأغراض التغطية التأمينية:** أفوض Advocate Health وموظفيه المختصين بتقديم الاستشارات المالية أو المساعدة في التغطية التأمينية (ويُشار إليهم بمصطلح "الممثل") بصفتهم وكلاء وممثلين لي وللمريض، لغرض ممارسة أي حقوق أو مسؤوليات أملكها أنا أو المريض أو قد نكتسبها لاحقاً، حسب تقديرهم، فيما يتعلق بالتقدم للحصول على المخصصات أو التغطية الصحية الممولة من جهات محلية أو حكومية أو فيدرالية، بما في ذلك البرامج الخاضعة لقانون الضمان الاجتماعي (Social Security Act)، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر برنامج Medicaid والإعفاءات المرتبطة به ("المساعدة")، أو الطعن فيها أو استلامها أو التسجيل للحصول عليها أو التوقف عن الاستفادة منها أو طلب استمرارها أو الاستئناف ضد قرارات تتعلق بها. و"الممثل" مصرح له أيضاً بالإطلاع على أي سجلات أو معلومات أو إشعارات قد أكون أنا أو المريض مخولين بالوصول إليها، وفحصها، والحصول على نسخ منها، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، المعلومات المالية والضريبية ومعلومات التوظيف والتأمين والمعلومات الصحية، وأي معلومات أخرى ذات صلة

بالمساعدات، بالإضافة إلى إشعارات الرفض أو القبول وطلبات الحصول على المعلومات والقرارات التي تؤثر سلباً في إمكانية الحصول على المخصصات وإشعارات تسوية المطالبات. أصرح للممثل، حسب تقديره وعلى نفقته الخاصة، بالحصول على تمثيل قانوني يتمتع بنفس الصلاحيات الممنوحة للممثل. وفي حال اتخذ الممثل بالفعل إجراءات تتفق مع هذا التفويض، فإنني أقر بمراجعتها والموافقة عليها. ويظل هذا التفويض والتصريح لأغراض التغطية التأمينية ساريًا ما لم أقم أنا أو المريض بإلغائه خطياً وتسليم هذا الإلغاء إلى الممثل، ولا يتأثر بوفاتي أو وفاة المريض أو فقدي أو فقده للأهلية القانونية.

14. **الالتزام والضمان بالسداد:** أوافق على سداد جميع الرسوم المستحقة لنظام Advocate Health مقابل الخدمات التي تلقاها المريض. يتطلب هذا الالتزام والضمان التعاقدية دفع كامل تكاليف جميع الخدمات المقدمة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، جميع الرسوم التي يتكبدها المريض وفقاً للأسعار والشروط المعتمدة لدى Advocate Health والمُبنية في "دليل الأسعار" ("chargemaster") المعمول به وقت تقديم العلاج، ويلتزم نظام Advocate Health بالإبقاء عليه وتحديثه بموجب البند 18(e)-300g من المادة 42 من قانون الولايات المتحدة. وللتوضيح، فإن هذا الالتزام والضمان التعاقدية يلزم بدفع جميع الرسوم غير المغطاة من التأمين، بغض النظر عن سبب رفض التغطية. وفي حال لم أتمكن من سداد هذه الرسوم، ولجأ نظام Advocate Health أو أي شخص أو كيان آخر أدين له بمدفوعات إلى توكيل محامٍ للحصول على المستحقات غير المدفوعة، فإنني أوافق على دفع الأتعاب المعقولة لخدمات المحامي بالإضافة إلى المبالغ المستحقة. وأيضاً أوافق وأصرح لنظام Advocate Health والأطباء/الممارسين غير الموظفين لديه بالتواصل مع أي مصادر خارجية للبيانات من اختيارهم، بما في ذلك وكالات تصنيف الائتمان، لتقييم وضعي الائتماني وأهليتي للحصول على المساعدة المالية وإمكانية تحصيل أي مبالغ مستحقة مني، سواء في الوقت الحالي أو في زيارات لاحقة. وأدرك أن Advocate Health لديه الحق في تحويل الحسابات إلى أي جهة يراها مناسبة لأغراض تحصيل المبالغ المستحقة، بما في ذلك وكالات التحصيل والمحامين، وأوافق على ذلك.

15. **إشعار قانوني بشأن خدمات الأطباء/الممارسين المستقلين:** أقر وأفهم تماماً ما يلي: الأطباء وغيرهم من الممارسين الطبيين (أو "الممارسين") الذين يقدمون الخدمات الطبية لي في هذا المستشفى ليسوا موظفين أو وكلاء لدى المستشفى أو نظام ADVOCATE HEALTH، بل هم متعاقدون مستقلون أو ممارسون مستقلون. يشمل هؤلاء المتعاقدون/الممارسون المستقلون، على سبيل المثال لا الحصر، الأطباء وغيرهم من مقدمي الرعاية الطبية مثل مساعدي الأطباء، وممرضي التخدير المسجلين المعتمدين، والممرضين الممارسين، والممرضين. أما الأطباء/الممارسون الذين يعرفون أنفسهم بشكل صريح وواضح على أنهم موظفون في المستشفى، فهم وحدهم من يُعتبرون موظفين أو وكلاء للمستشفى. يُطلب من الأطباء/الممارسين المستقلين ارتداء بطاقات تعريف أمنية تحمل اسم Advocate Health و/أو تذكر اسم مستشفى/منشأة Advocate بشكل محدد. ولا تُستخدم هذه البطاقات للتعريف بالوضع الوظيفي للطبيب/الممارس، بل تُستخدم حصراً لأغراض أمنية. أفهم أنه ينبغي لي سؤال الطبيب/الممارس إذا كان لدي أي استفسار بشأن وضعهم الوظيفي.

يُسمح للأطباء/الممارسين غير الموظفين باستخدام المستشفى لتقديم الرعاية الطبية والعلاج لمرضاهم. ويشمل هؤلاء، على سبيل المثال لا الحصر، أطباء الرعاية الأولية، والأطباء المعالجين، ومساعدي الأطباء، وممرضي التخدير المسجلين المعتمدين، والممرضين الممارسين، والعاملين في طب الطوارئ، والصدمات، وأمراض القلب، والتوليد، والجراحة، والأشعة، والتخدير، وعلم الأمراض، وغيرها من التخصصات غير المذكورة. المستشفيات و Advocate Health لا يتحكمان في القرارات الطبية التي يتخذها هؤلاء الأطباء/الممارسون المستقلون. فهؤلاء الأطباء/الممارسون المستقلون يعملون وفقاً لحكمهم الطبي المستقل عند تقديم العلاج أو الخدمات المهنية لي، وهم وحدهم من يتحملون المسؤولية القانونية عن خدمات الرعاية والعلاج التي يقدمونها. المستشفيات و Advocate Health غير مسؤولين قانونياً عن خدمات الرعاية والعلاج المقدمة من هؤلاء الأطباء/الممارسين المستقلين. سأسلم فاتورة منفصلة من كل من هؤلاء الأطباء/الممارسين المستقلين مقابل خدمات الرعاية والعلاج التي قدموها لي، وسأكون مسؤولاً وحدي عن دفعها.

إن قراري بالحصول على الرعاية الطبية في المستشفى أو لدى نظام Advocate Health ليس مستنداً إلى أي فهم أو تمثيل أو إعلان أو حملة إعلامية أو استدلال أو افتراض أو اعتماد على أن الأطباء/الممارسين الذين يقدمون لي الرعاية والعلاج هم موظفون أو وكلاء للمستشفى أو لنظام Advocate Health. وهذا لأنهم، كما هو موضح أعلاه، ليسوا كذلك ما لم يُصرحوا لي بذلك بوضوح وصراحة.

الأحرف الأولى من اسم المريض/ممثل المريض (Patient/Representative Initials): _____

16. **إشعار ممارسات الخصوصية وحقوق المريض:** أقر بأن المستشفى قد زدوني بنسخة من إشعار ممارسات الخصوصية وحقوق المريض. وأفهم أن هذه الإشعارات تصف ممارسات الخصوصية بالمستشفى فيما يتعلق باستخدام و/أو الكشف عن المعلومات الصحية، وسياسة الدفع بالمستشفى فيما يتعلق برسوم خدمات المستشفى، والتحصيل، والرعاية الخيرية وبرامج المساعدة في الدفع، وحقوق المرضى الأخرى. ومن المحتمل أنني اخترت عدم الاحتفاظ بهذه الكتيبات.



Advocate Health Care

Arabic



Aurora Health Care

Patient Name: _____

MRN: _____

Date of Birth: _____

or Affix Label

بتوقيعي أدناه، أؤكد أنني أقر وأفهم أن المستشفى يستعين بمتعاقدين مستقلين أو ممارسين مستقلين لتقديم مختلف الخدمات كما هو موضح أعلاه. وأقر أيضاً أنني قد قرأت هذا النموذج الخاص بالموافقة، بما في ذلك الصياغة المحددة المتعلقة بخدمات الأطباء/الممارسين المستقلين، وقد أتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة، وقد تم الرد عليها بما يرضيني. وأقر أيضاً بأن توقيعي على منصة إلكترونية قد يبدو مختلفاً عن توقيعي الفعلي، لكنني أؤكد أن توقيعي صحيح، وملزم، ونافذ.

التاريخ (Date)	الوقت (Time)	توقيع المريض (Signature of Patient)
-------------------	-----------------	--

التاريخ (Date)	الوقت (Time)	توقيع الوكيل المعتمد قانوناً (Signature of Legally Authorized Agent)	العلاقة بالمريض (Relationship to Patient)
-------------------	-----------------	---	--

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

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

