



**Pëlqimi
I PËRGJITHSHËM,
TRAJTIMI DHE ZBULIMI
I INFORMACIONIT
Faqe 1 nga 6**

Patient Name
DOB
Numri i regjistrimit mjekësor (MRN)
Physician
CSN

SHËNIM:

Për këtë formular, Corewell Health nënkupton çdo dhe të gjitha objektet dhe qendrat e Corewell Health.

NJOFTIM PËR MOSDISKRIMINIMIN:

Corewell Health vepron në përpunje me ligjet në fuqi për të drejtat e qytetarëve dhe nuk diskriminon, nuk i përjashton njerëzit dhe nuk i trajton ndryshe në bazë të racës, ngjyrës së lëkurës, përkatësisë etnike, prejardhjes kombëtare, moshës, statusit HIV, gjendjes martesore, seksit (siç përcaktohet me ligj dhe sipas politikës së Corewell Health), orientimit seksual, identitetit ose shprehjes gjinore, paaftësisë, rajonit, gjendjes socioekonomike apo burimit të pagesës për shërbimin, gjatësisë, peshës, statusit të veteranit, shoqatës apo çfarëdo tjetër karakteristike të mbrojtur sipas ligjit federal, shtetëror ose vendor.

PAJTOHEM:

- Që të ekzaminohem dhe trajtohem nga mjekët, mjekët rezidentë, studentët, si dhe profesionistë të tjerë të shëndetësisë në Corewell Health. Në këtë mes mund të përfshihen vizitat ballë për ballë, vizitat e përbashkëta mjekësore, telemjekësia, incizimi i videove, fotografimi dhe përdorimi i pajisjeve të audios. Këto vegla mund të përdoren për të trajtuar dhe diagnostikuar apo për procedura që kryhen për sigurinë mjekësore, shkencore dhe/ose personale.
- Siç është diskutuar dhe është bërë marrëveshje, mjeku mund ta ndryshojë kujdesin ndaj meje dhe/ose fëmijës tim, në dobi të jetës ose shëndetit tim.
- Nëse vij këtu për të lindur, mjeku dhe profesionistë të tjerë të shëndetit, mund t'i ofrojnë kujdes foshnjës sime.
- Nëse marr pjesë në një vizitë mjekësore të përbashkët, në këtë vizitë do të jem së bashku me pacientë të tjerë. Gjatë këtyre vizitave, mjeku im mund t'ua zbulojë informacionin tim personal palëve të tjera.
- Mjeku mund të marrë mostra të gjakut, urinës, si dhe lëngjeve dhe indeve të tjera nga trupi im ("mostrat"). Unë e autorizoj mjekun që të mbledhë, të analizojë, të mbajë dhe të ruajë mostrat e këtyra për qëllime të zakonshme klinike, si dhe për përdorimin e çidentifikuar në procese siç janë kalibrimi i pajisjeve laboratorike, verifikimi i testeve dhe stërvitja e punonjësve të rinj dhe studentëve.

E KUPTOJ QË:

- Do të bëj pyetje.
- Jam në dijeni që praktika mjekësore dhe e kirurgjisë nuk është shkencë e saktë. Askush nuk më ka dhënë premtime ose garanci për rezultatet e trajtimit, kujdesit apo ekzaminimit tim në Corewell Health.
- Studentët dhe personeli mund të më kontrollojnë dhe të shikojnë dosjen time mjekësore për qëllime mësimdhënieje ose studimore.
- Personeli do të verifikojë dy herë identitetin tim. Ata do të më pyesin se cilës procedurë do t'i nënshtrohem. Kjo bëhet për të më mbrojtur.

Confidentiality of this medical record shall be maintained except when use or disclosure is required or permitted by law, regulation, or written authorization by the patient.

MBI →

DO NOT MARK BELOW THIS LINE

BARCODE ZONE

DO NOT MARK BELOW THIS LINE

X31733 1/13/26 – Page 1 of 6 - Albanian © Corewell Health
(Spanish X04879) (Vietnamese X04878) (Chinese X18629)
(Russian X30765) (Swahili X18625) (Kinyarwanda X18626)
(Arabic X28096) (Bengali X30764) (English X23481)
(Laminated Reference: English X24974, Spanish X24975)



TË PËRGJITHSHME, TRAJTIMI DHE ZBULIMI I INFORMACIONIT (VAZHDIM)

Faqe 2 nga 6

E KUPTOJ QË: (VAZHDIM)

- Disa mjekë dhe pjesëtarë të personelit nuk janë punonjës të Corewell Health. E di që Corewell Health nuk mban përgjegjësi për kujdesin që më ofrojnë apo veprime të tjera. E di po ashtu që do të marr fatura të veçanta prej tyre, edhe pse më ofrojnë shërbime në mjediset e Corewell Health. Do të bashkëpunoj me zyrat e tyre për t'iu përgjigjur pyetjeve në lidhje me sigurimin tim shëndetësor.
- Ligji në Michigan i lejon ofruesit e kujdesit shëndetësor që të më testojnë gjakun për prani të virusit HIV (AIDS) ose hepatitit, pa pëlqimin tim, nëse dikush që ka ndihmuar në kujdesin ndaj meje ka rënë në kontakt me gjakun tim ose lëngje të tjera trupore.
- Një kopje e politikës së pranueshmërisë për ndihmë financiare të Corewell Health është e disponueshme sipas kërkesës, në të gjitha zonat e regjistrimit dhe në faqen tonë të internetit, në <https://corewellhealth.org/billing/financial-assistance>.
- Corewell Health nuk toleron diskriminim ndaj mjekut tim, profesionistëve të tjerë të shëndetit ose pjesëtarëve të personelit, për shkak të racës, ngjyrës së lëkurës, gjinisë, prejardhjes kombëtare, moshës, paaftësisë, seksit apo ndonjë baze tjetër të ndaluar sipas ligjit federal, shtetëror ose vendor.
- Nëse gjendja ime kërkon vizitë të specialisti, e kuptoj se do të më kërkohet të zgjedh mjekun. Do të kem mundësinë që Corewell Health të kontaktojë me mjekun që zgjedh ose, nëse nuk kam ndonjë preferencë, do të thirret një mjek i pavarur nga lista e personelit në gatishmëri të Corewell Health. Jam pëlqim që kompania e sigurimit shëndetësor të faturohet për shërbimet profesionale të ofruara nga ky mjek, pa marrë parasysh nëse mjeku është pjesë ose jo e programit tim të sigurimit.
- Ky pëlqim është i vlefshëm për një (1) vit nga data e nënshkrimit tim.

TË DHËNAT E MIA MJEKËSORE:

- COREWELL HEALTH MUND T'U ZBULOJË TË DHËNAT E MIA MJEKËSORE PALËVE NË VIJIM:
 - Kompanive të sigurimit, planeve shëndetësore dhe administratorëve, për pagimin e shërbimeve që marrim unë ose fëmija im.
 - Agjencive qeveritare si Medicare dhe Medicaid ose siç kërkohet sipas ligjit.
 - Mjekëve të mi ose të tjerëve të përfshirë në kujdesin ndaj meje, tani dhe në të ardhmen.
 - Punëdhënësit tim, nëse të dhënat e mia lidhen me kujdesin ose shërbimet e paguara nga punëdhënësi im, ose për qëllime të tjera që lejohen sipas ligjit.
 - Çdo person ose subjekt përgjegjës për pagimin e tërësishëm ose të pjesshëm të faturës sime.
- Pajtohem që Corewell Health mund të na nxjerrë në fotografi mua dhe fëmijën tim, si dhe ta ruajë atë në dosjen time mjekësore elektronike. E kuptoj që Corewell Health do ta përdorë fotografinë time për qëllime identifikimi dhe për përmirësimin e përvojës së pacientit.
- E kuptoj që Corewell Health do të mbajë të dhënat mjekësore të mia ose të fëmijës tim, sipas ligjit shtetëror, ligjit federal dhe politikës. E kuptoj gjithashtu që të dhënat e mia mjekësore mund të ruhen në mënyrë elektronike dhe mund të dërgohen ose të merren nga ofrues të kujdesit shëndetësor ose pages të tjerë në rrugë elektronike. Këtu përfshihen diagnoza (çfarë problemi kam), trajtimet (çfarë po ndërmerret për të më përmirësuar gjendjen) dhe informacioni për barnat dhe recetat mjekësore. Këtu do të përfshihen gjithashtu edhe të dhënat mbi shëndetin tim mendor, sëmundjet infektive (si HIV) dhe probleme të tjera, si çrregullimi i përdorimit të drogës ose alkoolit.

TË DHËNAT E MIA MJEKËSORE: (VAZHDIM)

- Unë lejoj që të dhënat e mbrojtura shëndetësore të dërgohen në llogarinë time në MyChart (portali i pacientëve). MyChart është një portal i sigurt në internet, që më lejon të shikoj, të marr dhe të menaxhoj informacionin mbi shëndetin tim.
- E kuptoj që të dhënat e mbrojtura shëndetësore mund të përfshijnë informacion tejet personal (p.sh., sëmundjet fizike/mendore, abuzimi me alkool/drogë, infeksionet e transmetuara me rrugë seksuale (STI), HIV/AIDS etj.). Nëse i jap dikujt qasje në llogarinë time në portalin MyChart ose nëse kërkoj që të dhënat e mbrojtura shëndetësore t'u zbulohen një pale të tretë, pala e tretë në fjalë do të mund të shohë të dhënat e mbrojtura shëndetësore (që mund të përfshijnë informacion tejet personal). Duke u lejuar të tjerëve që të qasen në të dhënat e mbrojtura personale, pajtohem që mund të shohin informacionin tim tejet personal, duke përfshirë statusin HIV/AIDS.
- Në disa raste, mund të kërkohet me ligj që Corewell Health t'i raportojë të dhënat mjekësore një agjencie, si departamenti i shëndetësisë. Në të mund të përfshihet informacion mbi virusin HIV, tuberkulozin dhe sëmundje të tjera.
- Nëse dërgohem në një tjetër qendër, mjekët dhe mjekët rezidentë të Corewell Health mund të qasen në të dhënat e mia mjekësore për të ndjekur më tej kujdesin tim dhe/ose të përdorin informacionin tim për hulumtime mjekësore.

NJOFTIM PËR PRIVATËSINË:

- Kur unë ose fëmija im përfitojmë shërbime, unë kam të drejta dhe përgjegjësi. Unë kam pasur mundësinë të marr një kopje të njoftimit për praktikën e privatësisë dhe kam pasur mundësinë të bëj pyetje në lidhje me informacionin në njoftim.

SENDET ME VLERË:

- Pajtohem që Corewell Health nuk mban përgjegjësi për mbrojtjen e sendeve të mia me vlerë, prandaj do t'i lë në shtëpi.

TË DREJTAT DHE ANKESAT E PACIENTËVE:

- E kuptoj që mund të paraqes një shqetësim ose ankesë, pa frikë për hakmarrje ose kundërpërgjigje. Do të bëhen përpjekje që shqetësimi im të zgjidhet menjëherë ose brenda një afati kohor të përshtatshëm. Nëse kam pyetje për të drejtat e mia si pacient, mund të bëj pyetje. Numri i telefonit për thirrje është 855.613.2262. Veç kësaj, unë mund t'i shpreh shqetësimin përfaqësuesit për përvojën e pacientëve dhe familjeve, në qendrën ku trajtohem.

PËLQIMI PËR T'U KONTAKTUAR:

- I kam dhënë Corewell Health numër telefoni fiks dhe/ose celular dhe adresën e emailit. Jap pëlqimin që të marr telefonata nga Corewell Health, telefonata automatike ose të regjistruara paraprakisht, mesazhe me tekst dhe/ose emaille nga Corewell Health dhe/ose agjentët e tyre ose palët e treta. Në këto komunikime mund të përfshihet edhe faturimi. Unë mbaj përgjegjësi për shpenzimet e telefonit nga operatori im telefonik. Ky autorizim është vullnetar. Unë mund të trajtohem edhe nëse nuk jap "pëlqimin për t'u kontaktuar".
- Mesazhet me tekst nga Corewell Health mund të përfshijnë datën dhe orën e vizitës sime, emrin e mjekut, emrin dhe adresën e qendrës ku më është caktuar vizita, si dhe çfarë duhet të di për t'u përgatitur për vizitën, shumat për t'u shlyer apo informacion të kufizuar shëndetësor.

TË PËRGJITHSHME, TRAJTIMI DHE ZBULIMI I INFORMACIONIT (VAZHDIM)

Faqe 4 nga 6

PËLQIMI PËR T'U KONTAKTUAR: (VAZHDIM)

- E autorizoj Corewell Health për të dërguar mesazhe të paenkriptuara në telefonin celular që e kam të shënuar në dosjen mjekësore në Corewell Health. E kuptoj që:
 - Mesazhet me tekst janë të paenkriptuara. Informacioni shëndetësor i dërguar në një mesazh të paenkriptuar, mund të përgjohet ose të shihet nga të tjerët. Kur është fjala për mesazhet e paenkriptuara, ka edhe rreziqe të tjera, si mesazhet e dërguara gabimisht, mesazhet pasuar të tjerëve, si dhe mesazhet që ruhen në serverë pa siguri. Duke zgjedhur të merrni të dhënat shëndetësore me mesazh të paenkriptuar, do të thotë se jeni të vetëdijshëm dhe i pranoni këto rreziqe.
 - Ky autorizim është i vlefshëm derisa të revokoj ose të tërheq lejen për të marrë mesazhe me tekst.
 - Unë mund ta revokoj ose ta tërheq këtë autorizim, përveç nëse janë ndërmarrë masa përpara marrjes së revokimit ose tërheqjes, në zyrën e mjekut tim ose duke telefonuar në 877.308.5083.

AUTORIZIMI PËR TË MARRË PAGESË DHE FATURIMI:

- Corewell Health ka autorizimin për të kërkuar pagesë nga çdo palë e tretë dhe nga unë. E autorizoj Corewell Health që të veprojë në emrin tim për të marrë përfitime nga të tjerët dhe të nënshkruajë çeqet për pagesë që më takon mua dhe/ose Corewell Health.
- E autorizoj çdo kompani sigurimesh, të përgjegjshme për pagimin e kujdesit dhe trajtimit tim mjekësor, që të paguajë Corewell Health për shërbimet e dhëna. E kuptoj që unë mbaj përgjegjësi për çdo tarifë që nuk mbulohet nga sigurimi.
- Unë kërkoj që pagesa që më takon nga përfitimet e autorizuara të Medicare, t'i paguhet (në emrin tim) Corewell Health për çdo shërbim që kam përfituar nga Corewell Health ose në mjediset e saj.
- Unë pajtohem që, nëse llogaria ime nuk paguhet sipas afatit, Corewell Health mund të angazhojë një avokat dhe/ose agjenci përmbarimi për mbledhjen e detyrimeve. Unë do të mbaj përgjegjësi që ta rimburoj Corewell Health për të gjitha kostot, shpenzimet dhe tarifat e lidhura me mbledhjen e shumave të pashlyera. Kjo përfshin, por nuk kufizohet në, normën e arsyeshme të interesit, kostot ligjore nëse hapet çështje gjyqësore dhe tarifat e arsyeshme të avokatit dhe/ose tarifat e arsyeshme të agjencisë së përmbarimit, duke përfshirë ato që bazohen në përqindjen e borxhit.
- Unë pajtohem që informacioni që kam dhënë për pagesë është i saktë. E di që certifikimi dhe autorizimi paraprak për shërbimet është përgjegjësia ime.
- Pajtohem që kam përgjegjësinë financiare për pagesat shtesë, pjesëmarrjen në sigurim dhe zbritjet për shërbimet e përfshira, si dhe për shërbimet që e tejkalojnë kufirin e përfitimeve. Kam gjithashtu përgjegjësinë për të gjitha shërbimet që nuk përfshihen, siç përcaktohet nga kontrata ime për planin shëndetësor. Me këtë jap pëlqimin dhe pajtohem që të paguaj shumën e plotë për çdo shërbim të tillë të papërfshirë, për të cilin faturohem. E kuptoj që mund të kërkoj një përlllogaritje të kostove për shërbimet përpara përfitimit të tyre dhe se kam të drejtën që të refuzoj shërbimet, nëse zgjedh të mos mbaj përgjegjësinë financiare.
- Nëse nuk dëshiroj që Corewell Health ta faturojë kompaninë e sigurimit, e kam për detyrë që ta njoftoj Corewell Health në kohën e kryerjes së shërbimit.
- Corewell Health mund të marrë raport krediti për të përcaktuar se nëse i plotësoj kushtet për ulje të caktuara për pacientët pa sigurim (që paguajnë vetë) dhe për programe të asistencës financiare. Kjo nuk do të ndikojë në pikët kreditit.

Patient Name

DOB

Numri i regjistrimit mjekësor (MRN)

Physician

CSN

AUTORIZIMI PËR TË MARRË PAGESË DHE FATURIMI: (VAZHDIM)

- Prindërit e divorcuar të pacientëve të mitur:
 - Sistemi i të dhënave mjekësore i Corewell Health lejon që një prind/kujdestar ligjor të caktohet si garantues (individ i përgjegjës për pagimin e faturës). Prindërit janë përgjegjës për komunikimin (mes vete) me njëri-tjetrin për pagimin e çdo tarife që nuk mbulohet nga sigurimi.
- Pacientët e Medicare që trajtohen jashtë spitalit:
 - E di që rregullat e Medicare ma lënë mua përgjegjësinë për barnat që i merr vetë pacienti dhe që më jepen ndërsa trajtohem si pacient jashtë spitalit. Barnat që i merr vetë pacienti janë zakonisht barna që i marr vetë, pa ndihmë profesionale, por që mund të administrohen nga personeli i klinikës në mjedisin ambulator, siç është departamenti ambulator i urgjencës ose gjatë vëzhgimit. Medicare kërkon nga spitalet që të faturojnë pacientët e Medicare ose pagesit e tretë për këto barna. Përfituesit e Medicare Pjesa D mund të faturojnë Medicare Pjesa D për rimbursimin e mundshëm të këtyre barnave, në përputhje me materialet e regjistrimit në planin e barnave të Medicare.

CAKTIMI:

- Unë i caktoj Corewell Health:
 - Të gjitha përfitimet, kërkesat dhe çdo të drejtë tjetër, duke përfshirë të drejtën për të faturuar dhe biseduar me ndonjë palë të tretë, me qëllim të kërimit të pagesës për detyrimet e mia ndaj Corewell Health.
 - Të drejtën për të hapur çështje gjyqësore ose për të ndërhyrë në çdo padi ose procedurë gjyqësore që ka të bëjë me detyrimet e mia ndaj Corewell Health.
 - Të drejtën për të ndërmarrë masa të tjera për të kërkuar pagesën për detyrimet e mia ndaj Corewell Health.
- Ky caktim përfshin, por nuk kufizohet vetëm në, të drejtën për të apeluar refuzimin e pagesës së detyrimeve të mia ndaj Corewell Health nga çdo pagesë, duke përfshirë çdo plan përfitimesh të sponsorizuar nga punëdhënësi, çdo policë sigurimi ose mbulim sigurimi të parashikuar me ligj ose kontratë.
- Unë gjithashtu i caktoj Corewell Health dhe pajtohem që heq dorë, nga të gjitha dhe çdo të drejtë për të shlyer, lëshuar dhe mbajtur pagesën për detyrimet e mia ndaj Corewell Health, ose për të ndërmarrë të tjera masa, të cilat do të cenonin në çfarëdo mënyrë pagesën ose rimbursimin e detyrimeve të mia ndaj Corewell Health.
- Unë gjithashtu e emëroj Corewell Health si përfaqësuesin tim të autorizuar për kërkimin e pagesës për detyrimet e mia ndaj Corewell Health. Unë e autorizoj Corewell Health që të veprojë në emrin tim për të ndjekur çdo kërkesë për përfitime, përfshirë atë sipas Ligjit për Sigurinë e Pensioneve të Punonjësve të vitit 1974, si dhe për të apeluar një vendim të pafavorshëm mbi përfitimet. Unë pajtohem që të ndihmoj Corewell Health në ndjekjen e të gjitha përfitimeve të sigurimit dhe pajtohem të shlyej të gjitha pagesat shtesë, pjesëmarrjen në sigurim dhe zbritjet e përcaktuara nga plani i sigurimit.
- Unë e autorizoj dhe e udhëzoj Corewell Health që të përdorë të ardhurat nga çdo rikuperim i mundshëm, për detyrimet e mia ndaj Corewell Health.

TË PËRGJITHSHME, TRAJTIMI DHE ZBULIMI I INFORMACIONIT (VAZHDIM)

Faqe 6 nga 6

PËRKTHIMET:

- E kuptoj që në këtë dokument mund të qasem edhe në gjuhë të tjera, sipas kërkesës. Një kopje e këtij dokumenti dhe përkthimeve të tij mund të gjenden në faqen tonë të internetit, në <https://corewellhealth.org/generalconsent>.

NËNSHKRIMI I PACIENTIT:

E kam lexuar këtë formular dhe e kuptoj atë. Kam marrë përgjigje për të gjitha pyetjet.

ORA ☐ PD ☐ MD **DATA** _____ Nënshkrimi i pacientit _____

Pacienti është nën 18 vjeç dhe nuk është në gjendje të japë pëlqimin sepse _____

ORA ☐ PD ☐ MD **DATA** _____ Nënshkrimi i prindit/kujdestarit ligjor _____
Emri me shkronja shtypi _____

STAFF SIGNATURE(S):

Witness signature _____

Second witness needed for Verbal Consent:

Witness signature _____

INTERPRETING SERVICES:

I certify that I have interpreted, to the best of my ability, into and from the patient's stated primary language, everything said during the informed consent discussion.

TIME ☐ AM ☐ PM **DATE** _____ Interpreter signature _____

Interpreter name (print) _____