



**ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ,
ОБРАБОТКА И РАСКРЫТИЕ
ИНФОРМАЦИИ**
Страница 1 из 4

Patient Name
DOB
MRN
Physician
CSN

ПРИМЕЧАНИЕ:

В данной форме под Corewell Health подразумеваются любые или все учреждения и филиалы Corewell Health.

УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕДИСКРИМИНАЦИИ:

Corewell Health соблюдает применимые федеральные законы о гражданских правах и не допускает дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола. Corewell Health не исключает людей и не относится к ним по-разному из-за расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности, пола или любого другого признака, запрещенного законом.

Я СОГЛАШАЮСЬ:

- На обследование и лечение силами врачей, ординаторов, студентов и других специалистов здравоохранения в Corewell Health. Это может включать личные встречи, совместные медицинские приемы, телемедицину, видеозапись, фотографирование и использование аудиоустройств. Эти инструменты могут использоваться для лечения/диагностики или для процедур, выполняемых в целях медицинской, научной и/или личной безопасности.
- По согласованию и обсуждению поставщик услуг может изменить уход за мной и/или моим ребенком в целях улучшения моей жизни или здоровья.
- Если я собираюсь рожать, врач и другие специалисты могут оказать помощь моему ребенку.
- Если я участвую в общем медицинском приеме, я пойду на этот прием вместе с другими пациентами. Во время этих приемов мой поставщик медицинских услуг может передавать личную информацию обо мне другим лицам.
- Поставщик медицинских услуг может получить образцы моей крови, мочи и других биологических жидкостей/тканей («образцы»). Я разрешаю поставщику медицинских услуг оставлять себе и сохранять эти образцы для исследовательских и учебных целей, а также выполнять на этих образцах другие тесты, не связанные с моим диагнозом. Поставщик медицинских услуг может распоряжаться этими образцами по своему усмотрению.

Я ПОНИМАЮ ЧТО:

- Я буду задавать вопросы.
- Я знаю, что медицинская практика и хирургия не являются точными науками. Никто не давал мне обещаний или гарантий относительно результатов моего лечения, ухода или обследования в Corewell Health.
- Студенты и сотрудники могут видеться со мной и просматривать мою медицинскую карту в учебных или исследовательских целях.
- Сотрудники повторно проверят, кто я. Они спросят, что мне делают. Это чтобы защитить меня.
- Некоторые поставщики услуг и персонал не являются сотрудниками Corewell Health. Я знаю, что Corewell Health не несет ответственности за их лечение или другие действия. Я также знаю, что буду получать от них отдельные счета, даже если они предоставляют мне услуги в филиале Corewell Health. Я буду работать с их офисами, чтобы ответить на вопросы о моей страховке.
- Закон штата Мичиган разрешает поставщикам медицинских услуг проводить анализ моей крови на ВИЧ (вирус СПИДа) или гепатит без моего согласия, если кто-либо, кто помогал за мной ухаживать, подвергся воздействию моей крови или биологических жидкостей.
- Копию Политики предоставления финансовой помощи Corewell Health можно получить по запросу во всех регистрационных зонах и на нашем веб-сайте по адресу <https://corewellhealth.org/billing/financial-assistance>.
- Corewell Health не потерпит дискриминации в отношении моего поставщика услуг, других медицинских работников или персонала по признаку расы, цвета кожи, пола, национального происхождения, возраста, инвалидности или по любому другому признаку, запрещенному федеральным, государственным или местным законодательством.
- Я понимаю, что если мое состояние потребует направления к специалисту, мне будет предложено выбрать поставщика услуг. У меня будет возможность обратиться к Corewell Health, чтобы связаться с поставщиком по моему выбору или, если у меня нет предпочтений, к независимому поставщику из списка «дежурных» Corewell

ДАЛЕЕ →

DO NOT MARK BELOW THIS LINE

BARCODE ZONE

DO NOT MARK BELOW THIS LINE



* X 2 3 4 8 1 *

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.

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ОБРАБОТКА И РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Страница 2 из 4

Health. Я даю согласие на то, чтобы моя страховая компания выставляла мне счета за профессиональные услуги, предоставленные этим поставщиком, независимо от того, участвует ли этот поставщик в моей программе страхования.

- Настоящее согласие действительно в течение одного (1) года с даты подписания мной.

МОЯ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

- COREWELL HEALTH МОЖЕТ РАСКРЫТЬ МОЮ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ СЛЕДУЮЩИМ:
 - Страховым компаниям, планам медицинского страхования и администраторам для оплаты услуг, которые получаю я или мой ребенок.
 - Государственным учреждениям, таким как Medicare и Medicaid, или в соответствии с требованиями закона.
 - Моим поставщикам услуг и другим лицам, участвующим в уходе за мной в настоящее время или в будущем.
 - Моему работодателю, если данные связаны с уходом или услугами, оплаченными моим работодателем, или с другими целями, разрешенными законом.
 - Любому лицу или организации, ответственным за оплату всего моего счета или его части.
- Я соглашаюсь с тем, что Corewell Health может сфотографировать меня или моего ребенка и сохранить фотографию в моей электронной медицинской карте. Я понимаю, что Corewell Health будет использовать эту фотографию в целях идентификации с целью улучшения качества обслуживания пациентов.
- Я понимаю, что Corewell Health будет хранить мою медицинскую информацию или медицинскую информацию моего ребенка в соответствии с законами штата, федеральными законами и политикой. Я также понимаю, что моя медицинская информация может храниться в электронном виде и может отправляться или получаться от других поставщиков медицинских услуг и/или плательщиков в электронном виде. Сюда входит мой диагноз (что со мной не так), лечение (что делается для того, чтобы мне стало лучше), а также информация о лекарствах или рецептах. Сюда также будут включены любые сведения о моем психическом здоровье, инфекционных заболеваниях (например, ВИЧ) и других проблемах, таких как расстройства, связанные с употреблением наркотиков или алкоголя.
- Я разрешаю отправку моей защищенной медицинской информации (ЗМИ) на мою учетную запись MyChart (портал пациентов). MyChart — это безопасный интернет-портал, который позволяет мне просматривать, получать и управлять информацией о моем здоровье.
- Я понимаю, что моя защищенная медицинская информация (ЗМИ) может включать в себя очень личную информацию (например, сведения о физических/психических заболеваниях, злоупотреблении алкоголем/наркотиками, инфекциях, передающихся половым путем (ИППП), ВИЧ/СПИД и т. д.). Если я предоставлю кому-либо доступ к своему portalу MyChart или попрошу предоставить мою защищенную информацию о состоянии здоровья третьей стороне, эта третья сторона сможет увидеть мою защищенную информацию о состоянии здоровья (которая может включать в себя очень личную информацию). Предоставляя другим лицам доступ к моей защищенной информации о состоянии здоровья, я соглашаюсь с тем, что они могут видеть мою личную информацию, включая мой статус ВИЧ/СПИД.
- В некоторых случаях Corewell Health по закону обязаны сообщать медицинскую информацию такому органу, как департамент здравоохранения. Сюда может входить информация о ВИЧ, туберкулезе и других заболеваниях.
- Если меня переведут в другое учреждение, поставщики услуг / резиденты Corewell Health могут получить доступ к моим медицинским записям для контроля за моим лечением и/или использовать эту информацию для медицинских исследований.

УВЕДОМЛЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ:

- У меня есть права и обязанности при получении услуг мной или моим ребенком. У меня была возможность получить копию Уведомления о порядке использования конфиденциальной информации и задать вопросы относительно информации, содержащейся в Уведомлении.

ЦЕННОСТИ:

- Я соглашаюсь с тем, что Corewell Health не несет ответственности за сохранность моего имущества, и я оставляю свои ценные вещи дома.

ПРАВА И ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТОВ:

- Я понимаю, что могу подать жалобу или сообщение о проблеме, не опасаясь репрессий или возмездия. Для решения моей проблемы в кратчайшие сроки или в течение соответствующего периода времени будут предприняты усилия. Если у меня возникнут вопросы о моих правах как пациента, я могу их задать. Номер телефона, по которому следует позвонить: 855.613.2262.

СОГЛАСИЕ НА КОНТАКТ:

- Я предоставил(-а) Corewell Health номера домашнего и/или мобильного телефона, а также адрес электронной



**ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ,
ОБРАБОТКА И РАСКРЫТИЕ
ИНФОРМАЦИИ
(ПРОДОЛЖЕНИЕ)
Страница 3 из 4**

Patient Name
DOB
MRN
Physician
CSN

почты. Я даю согласие на получение автоматически набранных и/или предварительно записанных телефонных звонков, текстовых сообщений и/или электронных писем от Corewell Health и/или агентов/третьих лиц. Эти сообщения могут включать счета. Я несу ответственность за любые расходы на связь, взимаемые моим(-и) оператором(-ами) телефонной связи. Данное разрешение является добровольным. Меня все равно можно лечить, даже если я не даю «согласия на контакт».

- Текстовые сообщения от Corewell Health могут включать дату и время моего приема, имя моего поставщика медицинских услуг, название и адрес места, где запланирован прием, а также то, что мне нужно знать для подготовки к приему, суммы задолженности или ограниченную медицинскую информацию.
- Я разрешаю Corewell Health отправлять незашифрованные текстовые сообщения на мой мобильный телефон, указанный в моей медицинской карте Corewell Health. Я понимаю, что:
 - Текстовые сообщения не зашифрованы. Информация о состоянии здоровья, отправленная в незашифрованном текстовом сообщении, может быть перехвачена и просмотрена третьими лицами. Существуют и другие риски, связанные с незашифрованными текстовыми сообщениями, включая отправку текстовых сообщений по неверному адресу, пересылку сообщений другим лицам и хранение сообщений на серверах, не имеющих надлежащей защиты. Выбирая получение вашей медицинской информации в незашифрованном виде, вы признаете и принимаете эти риски.
 - Настоящее Разрешение действительно до тех пор, пока я не отзову или не отзову свое разрешение на получение текстовых сообщений.
 - Я могу отозвать или отменить настоящее Разрешение, за исключением случаев, когда какие-либо действия были предприняты до получения уведомления об отзыве или аннулировании, в офисе моего поставщика услуг или по телефону 877.308.5083.

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТЕЖЕЙ И ВЫСТАВЛЕНИЕ СЧЕТОВ:

- Corewell Health имеет право требовать оплату от любого третьего лица и от меня. Я разрешаю Corewell Health действовать от моего имени с целью получения пособий от третьих лиц и подтверждать чеки, подлежащие оплате мне и/или Corewell Health.
- Я разрешаю любой страховой компании, ответственной за оплату моего медицинского обслуживания и лечения, платить Corewell Health за предоставленные услуги. Я понимаю, что несу ответственность за любые расходы, не покрываемые страховкой.
- Я прошу, чтобы причитающаяся мне оплата разрешенных льгот Medicare была выплачена (от моего имени) компании Corewell Health за любые услуги, предоставленные мне компанией Corewell Health или в ее учреждениях.
- Я соглашаюсь с тем, что если мой счет не будет оплачен в срок, Corewell Health может нанять юриста и/или коллекторское агентство для взыскания задолженности. Я обязуюсь возместить Corewell Health все расходы, сборы и комиссии, связанные с получением причитающейся суммы. Это включает в себя, помимо прочего, разумные проценты, судебные издержки в случае подачи иска, а также разумные гонорары адвокатов и/или разумные гонорары коллекторскому агентству, в том числе те, которые основаны на проценте от суммы долга.
- Я соглашаюсь с тем, что предоставленная мной информация для оплаты верна. Я знаю, что предварительная сертификация или предварительная авторизация для получения услуг входит в мои обязанности.
- Если я не хочу, чтобы Corewell Health выставяла счет моей страховой компании, мне следует уведомить об этом Corewell Health во время оказания услуги.
- Corewell Health может получить кредитный отчет, чтобы определить, имею ли я право на определенные скидки для лиц без страховки (оплачиваемых самостоятельно) или программы финансовой помощи. Это не повлияет на мой кредитный рейтинг.
- Разведенные родители несовершеннолетних пациентов:
 - Система медицинских карт Corewell Health позволяет назначить одного родителя/законного опекуна в качестве гаранта (лица, ответственного за оплату счета). Родители обязаны договариваться (между собой) друг с другом об оплате любых расходов, не покрываемых страховкой.
- Амбулаторные пациенты Medicare:

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.

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ОБРАБОТКА И РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Страница 4 из 4

- Я знаю, что правила Medicare возлагают на меня ответственность за самостоятельный прием лекарств, предоставленных мне во время амбулаторного лечения. Лекарства для самостоятельного приема обычно представляют собой препараты, которые я принимаю без профессиональной помощи, но они могут вводиться персоналом поставщика медицинских услуг в амбулаторных условиях, например в центре неотложной помощи, амбулаторном отделении или в условиях наблюдения. Medicare требует, чтобы больницы выставляли счета за эти лекарства пациентам Medicare или другим сторонним плательщикам. Участники плана D Medicare могут выставить счет Medicare Part D за возможное возмещение расходов на эти лекарства в соответствии с материалами для регистрации в плане Medicare Drug.

ПОРУЧЕНИЕ:

- Я поручаю Corewell Health:
 - Все льготы, претензии и любые другие права, включая право выставлять счета и общаться с любой третьей стороной с целью получения оплаты, в отношении моих расходов в Corewell Health.
 - Право подать иск или вмешаться в любой судебный процесс или разбирательство, которые касаются моих счетов в Corewell Health.
 - Право предпринять любые другие действия для получения оплаты моих расходов в Corewell Health.
- Это поручение включает, помимо прочего, право обжаловать отказ в оплате моих расходов Corewell Health любым плательщиком, включая любой спонсируемый работодателем план льгот, страховой полис или страховое покрытие, предусмотренное законом или договором.
- Я также уступаю Corewell Health и соглашаюсь с тем, что отказываюсь от любых прав на урегулирование, освобождение или удержание оплаты моих счетов Corewell Health или на совершение любых других действий, которые каким-либо образом могут поставить под угрозу оплату или возмещение моих счетов Corewell Health.
- Я также назначаю Corewell Health своим уполномоченным представителем с целью получения оплаты моих расходов в Corewell Health. Я уполномочиваю Corewell Health действовать от моего имени для подачи любого иска о выплате пособий, включая иск в соответствии с Законом о пенсионном обеспечении работников 1974 года, а также обжаловать неблагоприятное решение о выплате пособий. Я соглашаюсь помогать Corewell Health в получении всех страховых выплат и оплачивать все совместное страхование, доплаты и франшизы, требуемые любым страховым планом.
- Я разрешаю и поручаю Corewell Health направить любые полученные средства на покрытие моих расходов в Corewell Health.

ПЕРЕВОДЫ:

- Я понимаю, что по запросу могу получить доступ к этому документу на других языках. Копию этого документа и его переводы можно найти на нашем сайте по адресу <https://corewellhealth.org/generalconsent>.

ПОДПИСЬ(-И) ПАЦИЕНТА:

Я прочитал(-а) эту форму и понял(-а) ее. На все мои вопросы были даны ответы.

ВРЕМЯ _____ AM PM ДАТА _____ Подпись пациента _____

Пациент моложе 18 лет или по иным причинам не может дать согласие, поскольку _____

ВРЕМЯ _____ AM PM ДАТА _____ Подпись родителя/законного опекуна _____

Имя _____

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 participant's stated primary language, _____, all oral presentations made by all of those present during the informed consent discussion.

TIME _____ AM PM DATE _____ Interpreter signature _____

Interpreter name (print) _____