



**ОБЩАЯ ФОРМА
СОГЛАСИЯ НА
ЛЕЧЕНИЕ И ПЕРЕДАЧУ
ИНФОРМАЦИИ**
Страница 1 из 7

Patient Name
DOB
MRN
Physician
CSN

ПРИМЕЧАНИЕ:

В этой форме «Corewell Health» означает любые учреждения и отделения Corewell Health.

УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕДОПУСТИМОСТИ ДИСКРИМИНАЦИИ:

Corewell Health соблюдает требования действующего законодательства о защите гражданских прав и не допускает дискриминации, отказа в обслуживании или несправедливого отношения к людям по признаку цвета кожи, расовой или этнической принадлежности, национального происхождения, возраста, ВИЧ-статуса, семейного положения, пола (в соответствии с определением законодательства и политикой Corewell Health), сексуальной ориентации, гендерной идентичности или самовыражения, инвалидности, религии, социально-экономического статуса или источника оплаты услуг, роста, веса, статуса ветерана, принадлежности к какой-либо ассоциации или любого другого признака, защищенного федеральным, местным или региональным законодательством.

Я ДАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:

- Обследование и лечение, проводимое поставщиками медицинских услуг, врачами-ординаторами, студентами-медиками и другими медицинскими сотрудниками Corewell Health. Среди прочего это могут быть очные индивидуальные и совместные медицинские консультации, удаленное медицинское обслуживание с применением фото- и видеосъемки, а также звукозаписывающих устройств. Такие средства могут использоваться для лечения или диагностики, а также для выполнения процедур в медицинских, научных целях и/или для обеспечения персональной безопасности.
- В соответствии с обсуждением и договоренностью для улучшения моего качества жизни или состояния здоровья поставщик медицинских услуг может изменить мой план лечения или план лечения моего ребенка.
- Если я нахожусь здесь с целью родов, медицинский персонал и другие специалисты могут осуществлять уход за моим новорожденным ребенком.
- При участии в совместном медицинском приеме, я буду находиться на этом приеме одновременно с другими пациентами. Во время таких приемов мои персональные данные могут стать известны другим присутствующим.
- Поставщик медицинских услуг может взять образцы моей крови, мочи и других биологических жидкостей и тканей («образцы»). Я разрешаю поставщику медицинских услуг собирать, анализировать, хранить и сохранять эти образцы для стандартных клинических целей, а также для использования (с невозможностью идентификации моей личности) в таких процессах, как калибровка лабораторного оборудования, проверка методов тестирования и обучение новых сотрудников и студентов-медиков.

МНЕ ПОНЯТНО СЛЕДУЮЩЕЕ:

- Я буду задавать вопросы, если мне что-то непонятно.

СЛЕДУЮЩАЯ СТРАНИЦА →

DO NOT MARK BELOW THIS LINE

BARCODE ZONE

DO NOT MARK BELOW THIS LINE

X30765 1/13/26 – Page 1 of 7 - Russian © Corewell Health
(Spanish X04879) (Vietnamese X04878) (Albanian X31733)
(Chinese X18629) (Swahili X18625) (Kinyarwanda X18626)
(Arabic X28096) (Bengali X30764) (English X23481)
(Laminated Reference:English X24974, Spanish X24975)



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.

ОБЩАЯ ФОРМА СОГЛАСИЯ НА ЛЕЧЕНИЕ И ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ).

Страница 2 из 7

МНЕ ПОНЯТНО СЛЕДУЮЩЕЕ: (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- Мне известно, что практика медицины и хирургии не являются точной наукой. Никто не давал мне обещаний или гарантий относительно результатов моего лечения, ухода или обследования в Corewell Health.
- Студенты и сотрудники могут осматривать меня и просматривать мою медицинскую карту в образовательных или исследовательских целях.
- Сотрудники дважды проверят мои персональные данные. Они спросят, какую процедуру мне проводят. Это делается для моей защиты.
- Некоторые поставщики медицинских услуг и сотрудники не состоят в штате Corewell Health. Я знаю, что Corewell Health не несет ответственности за осуществляемый ими уход или другие действия. Мне также известно, что я получу от них отдельные счета, несмотря на то, что услуги оказываются в учреждении Corewell Health. Я буду обращаться в их офисы для разъяснения вопросов по моей страховке.
- Законодательство штата Мичиган разрешает поставщикам медицинских услуг проводить анализ моей крови на ВИЧ (вирус СПИДа) или гепатит без моего согласия, если кто-либо из участвовавших в моем лечении подвергся контакту с моей кровью или биологическими жидкостями.
- Копию политики предоставления финансовой помощи Corewell Health Financial Assistance Eligibility Policy можно получить по запросу в любой регистратуре учреждения и на веб-сайте <https://corewellhealth.org/billing/financial-assistance>.
- Corewell Health не допустит дискриминации в отношении моего поставщика медицинских услуг, других медицинских сотрудников или персонала по признаку расовой принадлежности, цвета кожи, гендерной идентичности, национального происхождения, возраста, инвалидности, пола или любого другого признака, запрещенного федеральным, местным или региональным законодательством.
- Я понимаю, что если мое состояние потребует направления к узкопрофильному специалисту, меня спросят о предпочтительном поставщике медицинских услуг. Я смогу попросить сотрудников Corewell Health связаться с выбранным мной специалистом, а если предпочтений нет — мне назначат прием у независимого поставщика медицинских услуг из списка дежурных врачей Corewell Health. Я даю согласие своей страховой компании на выставление счета за услуги этого поставщика медицинских услуг, даже если он не входит в сеть моей программы страхования.
- Это согласие действительно в течение 1 (одного) года с даты моей подписи.

МОЯ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

- COREWELL HEALTH МОЖЕТ ПЕРЕДАВАТЬ МОЮ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ СЛЕДУЮЩИМ ЛИЦАМ/ ОРГАНИЗАЦИЯМ:
 - страховые компании, планы медицинского страхования и их администраторы с целью оплаты услуг, которые получаю я или мой ребенок;
 - государственные организации, такие как программы Medicare и Medicaid, или в случаях, предусмотренных законодательством;
 - мои поставщики медицинских услуг и другие специалисты, участвующие в моем уходе сейчас или в будущем;
 - мой работодатель, если он оплачивает мои медицинские услуги, или в иных целях, разрешенных законодательством;

МОЯ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

- любое лицо или организация, которые оплачивают весь счет или его часть.
- Я даю согласие сотрудникам Corewell Health сделать мою фотографию или фотографию моего ребенка и хранить ее в электронной медицинской карте. Я понимаю, что сотрудники Corewell Health будут использовать эту фотографию только для идентификации пациента в целях улучшения качества обслуживания.
- Я понимаю, что Corewell Health будет хранить медицинские данные обо мне или моем ребенке в соответствии с законодательством штата, федеральным законодательством и внутренними правилами. Я также понимаю, что моя медицинская информация может храниться в электронном виде и может быть отправлена другим поставщикам медицинских услуг и/или плательщикам или получена от них в электронной форме. Это касается диагноза (моих проблем со здоровьем), лечения (как и что делают для улучшения моего самочувствия), назначенных лекарств и рецептов на препараты. К таким данным также относятся сведения о моем психическом здоровье, инфекционных заболеваниях (например, ВИЧ) и расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ.
- Я разрешаю загружать мою защищенную медицинскую информацию (ЗМИ) в мою учетную запись MyChart (портал пациента). MyChart — это безопасный интернет-портал, через который я могу просматривать, получать и управлять данными о своем состоянии здоровья.
- Я понимаю, что моя защищенная медицинская информация (ЗМИ) может содержать очень личные сведения (например, о физических или психических заболеваниях, злоупотреблении алкоголем или наркотиками, инфекциях, передающихся половым путем (ИППП), ВИЧ/СПИДе и т. д.). Если я предоставлю кому-либо доступ к своему portalу MyChart или попрошу передать ЗМИ третьему лицу, это лицо сможет увидеть всю мою ЗМИ, в том числе очень личную. Предоставляя доступ другим лицам к моей ЗМИ, я соглашаюсь с тем, что они смогут увидеть мою очень личную информацию, в том числе мой ВИЧ/СПИД-статус.
- В некоторых случаях Corewell Health обязан по закону сообщать медицинскую информацию в соответствующие органы, такие как департамент здравоохранения. Сюда может входить информация о ВИЧ, туберкулезе и других заболеваниях.
- В случае моего перевода в другое медицинское учреждение, поставщики медицинских услуг/врачи-ординаторы Corewell Health смогут просматривать мою медицинскую карту для продолжения наблюдения и (или) использовать данные в медицинских исследованиях

УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ИНФОРМАЦИИ:

- Я имею права и обязанности, когда я или мой ребенок получаем медицинские услуги. Мне предоставили возможность получить копию документа «Уведомления о принципах обеспечения конфиденциальности» (Notice of Privacy Practices) и задать вопросы по его содержанию.

ЦЕННЫЕ ВЕЩИ:

- Я соглашаюсь с тем, что сотрудники Corewell Health не несут ответственности за сохранность моего имущества, и я обязуюсь оставить ценные вещи дома.

ОБЩАЯ ФОРМА СОГЛАСИЯ НА ЛЕЧЕНИЕ И ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ).

Страница 4 из 7

ПРАВА ПАЦИЕНТА И ПОРЯДОК ПОДАЧИ ЖАЛОБ:

- Я понимаю, что могу подать жалобу или выразить обеспокоенность, не опасаясь ответных мер или преследования. Сотрудники постараются рассмотреть мою жалобу быстро или в обоснованные сроки. Если у меня возникнут вопросы о правах пациента, я могу их задать. Номер телефона: 855-613-2262. Я также могу обратиться к представителю по работе с пациентами и их семьями в том учреждении (Patient and Family Experience Representative), где получаю медицинское обслуживание.

СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ УВЕДОМЛЕНИЙ:

- Я предоставил(-а) сотрудникам Corewell Health номера домашнего и (или) мобильного телефона, а также адрес электронной почты. Я даю согласие на получение телефонных звонков от Corewell Health, автоматических и/или предварительно записанных телефонных звонков, текстовых сообщений и/или электронных писем от Corewell Health и/или его агентов/третьих сторон. Такие сообщения могут содержать информацию об оплате счетов. Я несу ответственность за любые расходы на связь, взимаемые моим оператором(-ами) телефонной связи. Это согласие добровольное. Мне могут оказывать медицинскую помощь, даже если я не предоставляю «согласие на связь».
- Текстовые сообщения от Corewell Health могут содержать дату и время моего визита, имя моего поставщика медицинских услуг, название и адрес учреждения, где запланирован прием, информацию о том, как подготовиться к приему, суммы задолженности или ограниченные сведения о состоянии здоровья.
- Я разрешаю Corewell Health отправлять незашифрованные текстовые сообщения на номер мобильного телефона, указанный в моей медицинской карте Corewell Health. Мне понятно следующее.
 - Текстовые сообщения не шифруются. Информацию о состоянии здоровья, отправленную в незашифрованном текстовом сообщении, могут перехватить и прочитать посторонние лица. С незашифрованными текстовыми сообщениями связаны и другие риски, такие как отправка сообщения не по адресу, пересылка его другим лицам и хранение на серверах без защиты. Выбирая получение информации о состоянии здоровья через незашифрованные текстовые сообщения, я осознаю и принимаю эти риски.
 - Это разрешение действует до тех пор, пока я не отзову или не отменю свое согласие на получение текстовых сообщений.
 - Я могу отозвать или отменить это разрешение, за исключением случаев, когда действия уже были выполнены до получения отзыва в кабинете моего поставщика медицинских услуг или по номеру 877-308-5083.

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ОПЛАТЫ И ВЫСТАВЛЕНИЕ СЧЕТОВ:

- Corewell Health имеет право требовать оплату от любого третьего лица и от меня лично. Я разрешаю Corewell Health действовать от моего лица для взыскания возмещений от любого третьего лица и подписывать чеки, выписанные на мое имя или на имя Corewell Health.
- Я разрешаю любой страховой компании, несущей ответственность за оплату моего медицинского обслуживания и лечения, осуществлять платежи Corewell Health за оказанные услуги. Я понимаю, что самостоятельно несу ответственность за все расходы, не покрываемые страховкой.

Patient Name

DOB

MRN

Physician

CSN

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ОПЛАТЫ И ВЫСТАВЛЕНИЕ СЧЕТОВ: (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- Я прошу, чтобы причитающаяся мне выплата по утвержденным льготам Medicare была перечислена Corewell Health (от моего имени) за любые услуги, оказанные мне Corewell Health или в его учреждениях.
- Я даю согласие на то, что в случае неоплаты моего счёта в установленный срок, Corewell Health вправе нанять адвоката и (или) агентство по взысканию задолженности. Я обязуюсь возместить Corewell Health все обоснованные расходы, сборы и платежи, связанные со взысканием причитающейся суммы, в частности законные пени, судебные издержки (в случае передачи дела в суд), гонорары адвоката и (или) комиссии агентства по взысканию задолженности (в том числе рассчитанные в процентах от суммы долга).
- Я подтверждаю правильность предоставленных мною данных для оплаты. Я знаю, что предварительное согласование или предварительная авторизация услуг является моей ответственностью.
- Я соглашаюсь, что я несу финансовую ответственность за доплаты, совместное страхование и франшизы по покрываемым услугам, а также за услуги, превышающие лимиты покрытия. Я также несу финансовую ответственность за все услуги, не покрываемые моим планом медицинского страхования. Настоящим я даю согласие полностью оплатить любые такие не покрываемые услуги, за которые мне выставят счет. Я понимаю, что могу заранее запросить оценку стоимости услуг до их получения и имею право отказаться от них, если не хочу самостоятельно их оплачивать.
- Если я не хочу, чтобы Corewell Health выставял счет моей страховой компании, я обязуюсь сообщить об этом Corewell Health во время получения услуги.
- Corewell Health может получить кредитный отчет, чтобы установить мое право на некоторые льготы для незастрахованных пациентов (самостоятельных плательщиков) или участие в программах финансовой помощи. Это не повлияет на мой кредитный рейтинг.
- Разведенные родители несовершеннолетних пациентов:
 - система ведения медицинских записей Corewell Health позволяет назначить только одного родителя / законного опекуна в качестве гаранта (лица, ответственного за оплату счетов). Родители обязаны самостоятельно общаться друг с другом по вопросам оплаты любых расходов, не покрываемых страховкой.
- Амбулаторные пациенты-участники программы Medicare:
 - я знаю, что по правилам программы Medicare я несу ответственность за лекарства для самостоятельного приема, предоставленные мне в амбулаторных условиях. Лекарства для самостоятельного приема — это обычно препараты, которые я принимаю без профессиональной помощи, но их могут выдавать сотрудники поставщика медицинских услуг в амбулаторных условиях, например, в отделении неотложной помощи или во время наблюдения.

ОБЩАЯ ФОРМА СОГЛАСИЯ НА ЛЕЧЕНИЕ И ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ).

Страница 6 из 7

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ОПЛАТЫ И ВЫСТАВЛЕНИЕ СЧЕТОВ: (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Согласно условиям Medicare больницам необходимо выставлять счета пациентам-участникам программы Medicare или другим плательщикам за такие лекарства. Участники Medicare Части D могут выставить счет своей программе Medicare Части D для возможного возмещения стоимости этих лекарств в соответствии с материалами о зачислении в план лекарственных препаратов Medicare Drug Plan.

ПЕРЕДАЧА ПРАВ.

- Я передаю Corewell Health:
 - право на получение всех выплат за покрываемые услуги, страховых требований и любые другие связанные права, в том числе право выставлять счета и общаться с любой третьей стороной в целях получения оплаты за мои расходы в Corewell Health;
 - право подавать в суд или вмешиваться в любой судебный процесс или разбирательство касательно моих расходов в Corewell Health;
 - право предпринимать любые другие действия для получения оплаты моих расходов в Corewell Health.
- Такая передача прав дает Corewell Health, в том числе, право обжаловать отказ в оплате моих расходов со стороны любого плательщика. В частности, это касается планов покрываемых услуг, спонсируемых работодателем, страховых полисов, а также любого страхового покрытия, предусмотренного законодательством или договором.
- Я также передаю Corewell Health право и отказываюсь от любых прав самостоятельно урегулировать, освободить от оплаты или удерживать суммы, предназначенные для оплаты моих расходов в Corewell Health. Я также отказываюсь от любых других действий, которые могли бы помешать полной оплате или возмещению этих расходов в пользу Corewell Health.
- Я также назначаю Corewell Health своим уполномоченным представителем для получения оплаты моих расходов в пользу Corewell Health. Я даю согласие Corewell Health действовать от моего имени: подавать любые требования на страховые выплаты, в том числе по Закону о пенсионном обеспечении сотрудников 1974 года (Employee Retirement Income Security Act of 1974), и обжаловать отказы в выплатах. Я даю согласие помогать Corewell Health в получении всех страховых выплат и даю согласие оплатить все доли в совместном страховании, доплаты и франшизы (не покрываемые страховкой минимумы), требуемые условиями любого плана медицинского страхования.
- Я уполномочиваю и поручаю Corewell Health применить средства, полученные в результате любого возмещения для оплаты моих счетов в Corewell Health.

ПЕРЕВОДЫ ДОКУМЕНТА:

- Я понимаю, что могу запросить этот документ на другом языке. Копия этого документа и его переводов доступна на веб-сайте по адресу: <https://corewellhealth.org/generalconsent>.



**ОБЩАЯ ФОРМА
СОГЛАСИЯ НА
ЛЕЧЕНИЕ И ПЕРЕДАЧУ
ИНФОРМАЦИИ
(ПРОДОЛЖЕНИЕ).**

Страница 7 из 7

Patient Name _____

DOB _____

MRN _____

Physician _____

CSN _____

ОДПИСЬ(-И) ПАЦИЕНТА:

Я ознакомился(-лась) с этой формой, и мне понятна изложенная информация. На все мои вопросы даны ответы.

ВРЕМЯ утро вечер **ДАТА** _____ Подпись пациента _____

Пациент младше 18 лет или не может дать согласие по причине _____

ВРЕМЯ утро вечер **ДАТА** _____ Подпись родителя / законного опекуна _____

Ф. И. О. (печатными буквами) _____

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) _____

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.