

ملحوظة:

يجوز لمقدم الخدمة التخلص من هذه العينات على النحو الذي يختاره.

إشعار عدم التمييز:

تلتزم Corewell Health بالامتثال لقوانين الحقوق المدنية المعمول بها، ولا تمارس التمييز، ولا تستبعد الأفراد، ولا تعاملهم على نحو مختلف على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل العرقي، أو الأصل الوطني، أو العمر، أو حالة الإصابة بفيروس عوز المناعة البشرية (HIV)، أو الحالة الاجتماعية، أو الجنس (كما هو معرف بموجب القانون وسياسات Corewell Health)، أو التوجه الجنسي، أو الهوية الجندرية أو التعبير عنها، أو الإعاقة، أو الدين، أو الوضع الاجتماعي-الاقتصادي أو المصدر الذي يُستخدم لسداد مصروفات الخدمة، أو الطول، أو الوزن، أو صفة المحارب القديم، أو الانتماء، أو أي صفة أخرى محمية بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية أو القوانين المحلية.

أوافق على:

- الفحص والعلاج من قبل مقدمي الخدمات، والأطباء المناوبين، والطلاب، وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية في Corewell Health. وقد يتضمن هذا الحضور الشخصي، وموعد طبي مشترك، والتطبيب عن بُعد، وتصوير الفيديو، والتصوير الفوتوغرافي، والأجهزة الصوتية. قد يتم استخدام هذه الأدوات للعلاج/التشخيص أو للإجراءات التي يجب تنفيذها للسلامة الطبية، والعلمية والشخصية.
- وفقًا لما تمت مناقشته والموافقة عليه، قد يغير مقدم الخدمة رعايتي و/أو رعاية طفلي لتحقيق منفعة لحياتي أو لصحتي.
- إذا كنت هنا للولادة، يجوز لمقدم الخدمة ومتخصصي الرعاية الصحية الآخرين تقديم الرعاية للمولود.
- إذا كنت أشارك في موعد طبي مشترك، فسأحضر هذا الموعد مع مرضى آخرين. في أثناء هذه المواعيد، يجوز لمقدم الخدمة مشاركة معلومات شخصية عني مع الآخرين.
- يجوز للجهة التي تقدم الخدمة الحصول على عينات من دمي وبولي وسوائل/أنسجة جسمية أخرى ("العينات"). أفوض الجهة التي تقدم الخدمة بجمع هذه العينات وتحليلها والاحتفاظ بها وحفظها لأغراض سريرية اعتيادية، وكذلك لاستخدامها بعد إزالة أي بيانات تعريفية في عمليات مثل معايرة أجهزة المختبر، والتحقق من صحة الاختبارات، وتدريب الموظفين والطلاب الجدد.

أتفهم ما يلي:

- سأطرح أسئلة.
- أدرك أن ممارسة الطب والجراحة ليست علمًا دقيقًا. لم يقدم لي أحد وعودًا أو ضمانات بخصوص نتائج علاجي أو الرعاية أو الفحص في Corewell Health.
- يمكن للطلاب والموظفين رؤيتي والاطلاع على سجلي الطبي لأغراض البحث والتعليم.
- سيتحقق الموظفون جيدًا من هويتي. وسيسألونني عن الإجراءات التي خضعت لها. وذلك لحمايتي.
- بعض مقدمي الخدمة والموظفين ليسوا موظفين في Corewell Health. أعرف أن Corewell Health ليست مسؤولة عن رعايتهم أو تصرفاتهم الأخرى. أعرف أيضًا أنني سألتقي فواتير منفصلة منهم على الرغم من أنهم يقدمون لي الخدمات في موقع Corewell Health، سأتعاون مع مكاتبهم للإجابة عن الأسئلة المتعلقة بالتأمين.
- يسمح قانون ولاية ميشيغان Michigan لمقدمي الرعاية الصحية بفحص دمي للتحقق من إصابتي بـHIV (فيروس AIDS) أو التهاب الكبد دون موافقتي إذا تعرض أحد ممن يساعدون في رعايتي إلى دمي أو سوائل جسيمة.
- تتوفر نسخة من سياسة الأهلية للمساعدة المالية الصحية من Corewell Health عند الطلب في جميع مناطق التسجيل وعلى موقعنا الإلكتروني.

<https://corewellhealth.org/billing/financial-assistance>

- لن تتسامح Corewell Health مع التمييز ضد مقدم الخدمة الخاص بي، أو متخصصي الرعاية الصحية الآخرين، أو الموظفين بسبب العرق، أو اللون، أو النوع، أو الأصل القومي، أو العمر، أو الإعاقة، أو الجنس، أو على أي أساس آخر يحظره القانون الفيدرالي، أو قانون الولاية، أو القانون المحلي.
- إذا كانت حالتني تتطلب الإحالة إلى متخصص، فأنا أفهم أنه سيطلب مني اختيار مقدم الخدمة. ستتاح لي الفرصة أن أطلب من Corewell Health الاتصال بمقدم الخدمة الذي أختاره أو إذا لم يكن لدي تفضيل، فسيتم الاتصال بأحد مقدمي الخدمة المستقلين من قائمة "تحت الطلب" في Corewell Health. أوافق على تحصيل شركة التأمين للفواتير عن الخدمات المتخصصة التي يقدمها مقدم الخدمة هذا سواء كان مقدم الخدمة هذا مشاركًا في برنامج التأمين الخاص بي أم لا.

أقلب الصفحة ←

DO NOT MARK BELOW THIS LINE

BARCODE ZONE

DO NOT MARK BELOW THIS LINE



أتفهم ما يلي: (تابع)

- تعتبر هذه الموافقة صالحة لمدة عام واحد (1) من تاريخ توقيعي.

معلوماتي الطبية:

- يجوز لـ COREWELL HEALTH نشر معلوماتي الطبية لـ:

- شركات التأمين والخطط الصحية والمسؤولين عن دفع الخدمات التي ألتاها أنا أو طفلي.
- الوكالات الحكومية مثل Medicare و Medicaid أو حسب ما يتطلبه القانون.
- مقدمي الخدمة لي وغيرهم من المشتركين في رعايتي الآن أو في المستقبل.
- صاحب العمل، إذا كانت السجلات متعلقة بالرعاية أو الخدمات التي يدفعها صاحب العمل، أو لأغراض أخرى مسموح بها بموجب القانون.
- أي شخص أو كيان مسؤول عن دفع فاتورتي بالكامل أو جزء منها.
- أوافق على أن Corewell Health بإمكانها أخذ صورتي، أو صورة طفلي وحفظها في سجلي الطبي الإلكتروني. أتفهم أن Corewell Health ستستخدم هذه الصورة لأغراض التعريف بهدف تحسين تجربة المريض.
- أتفهم أن Corewell Health ستحتفظ بمعلوماتي الطبية أو معلومات طفلي الطبية وفقًا لقانون الولاية والقانون الفيدرالي والسياسة. وأتفهم أيضًا أنه يجوز حفظ معلوماتي الطبية إلكترونيًا ويجوز إرسالها إلى مقدمي الرعاية الصحية الآخرين و/أو جهات الدفع إلكترونيًا أو تلقاها منهم. ويشمل هذا تشخيصي (ما مشكلتي) وعلاجي (ما يتم القيام به لتحسين حالتي) والدواء أو معلومات الوصفة الطبية. وسيتضمن هذا أيضًا أي تفاصيل عن صحتي العقلية والأمراض المعدية (مثل HIV) والمشكلات الأخرى مثل اضطرابات تعاطي المخدرات أو الكحول.
- أصرح بإرسال معلوماتي الصحية المحمية (PHI) إلى حسابي على MyChart (بوابة المرضى). MyChart هي بوابة على الإنترنت تسمح لي بالاطلاع على معلومات عن صحتي وتلقي تلك المعلومات وإدارتها.
- أتفهم أن معلوماتي الصحية المحمية (PHI) قد تتضمن معلومات شخصية للغاية (مثل الأمراض الجسدية/العقلية، وإدمان الكحول/المخدرات، والعدوى المنقولة جنسيًا (STIs)، HIV/AIDS، وما إلى ذلك). إذا أعطيت شخصًا ما حق الوصول إلى بوابة MyChart الخاصة بي أو طلبت مشاركة معلوماتي الصحية المحمية PHI مع جهة خارجية، فسيكون بإمكان تلك الجهة الخارجية الاطلاع على معلوماتي الصحية المحمية PHI (التي قد تتضمن معلومات شخصية للغاية). وعند السماح للآخرين بالوصول إلى معلوماتي الصحية المحمية PHI، فأنا أوافق على أنهم يمكنهم رؤية معلوماتي الشخصية للغاية بما فيها حالتي من حيث الإصابة بفيروس HIV/AIDS.
- في بعض الحالات، يطلب القانون من Corewell Health الإبلاغ بأي معلومات طبية إلى أي وكالة مثل وزارة الصحة. قد يتضمن هذا معلومات عن HIV و TB وأمراض أخرى.
- إذا تم نقلتي إلى منشأة أخرى، فيجوز لمقدمي الخدمة/مقدمي الخدمة المناوبين التابعين لـ Corewell Health الاطلاع على سجلاتي الطبية لمتابعة رعايتي و/أو استخدام المعلومات لأغراض الأبحاث الطبية.

إشعار الخصوصية:

- لدي حقوق ومسؤوليات عندما ألتقي أنا أو طفلي خدمات. لقد سنحت لي الفرصة لتلقي نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية وسنحت لي الفرصة لطرح أسئلة بشأن المعلومات الواردة في الإشعار.

الممتلكات الثمينة:

- أوافق على أن Corewell Health ليست مسؤولة عن حماية ممتلكاتي وسأترك ممتلكاتي الثمينة في المنزل.

حقوق المرضى والشكاوى:

- أتفهم أنه يجوز لي إرسال مخاوفي أو شكواي بدون الخوف من الثأر أو الانتقام. سيتم بذل جهود لحل مخاوفي على الفور أو في أثناء الإطار الزمني المناسب. إذا كانت لدي أسئلة بخصوص حقوقي كمرضى، فيمكنني طرح أسئلة. رقم الهاتف المطلوب الاتصال به هو 855.613.2262. ويمكنني أيضًا الإعراب عن مخاوفي إلى ممثل تجربة المريض والأسرة في الموقع الذي ألتقي فيه الرعاية.

الموافقة على الاتصال:

- لقد قدمت أرقام هواتف منزلية و/أو خلوية وعنوان بريد إلكتروني إلى Corewell Health. أوافق على تلقي مكالمات هاتفية من Corewell Health، بما في ذلك المكالمات الآلية و/أو المسجلة مسبقًا، وكذلك الرسائل النصية و/أو رسائل البريد الإلكتروني من Corewell Health و/أو من وكلائها/أطراف ثالثة. قد تشمل هذه المراسلات فواتير. أنا مسؤول عن أي رسوم اتصالات من شركة (أو شركات) الهاتف الخاص بي. هذا التصريح تطوعي. سيظل بإمكانني تلقي العلاج حتى إذا لم أقدم "إقرار بموافقتي على التواصل معي".
- قد تتضمن الرسائل النصية من Corewell Health تاريخ ووقت موعدي، أو اسم مقدم الخدمة، أو اسم وعنوان الموقع الذي تحدد به موعدي وما أحتاج لمعرفته للاستعداد للموعد أو المبالغ المستحقة، أو معلومات صحية محدودة.
- أصرح لـ Corewell Health بإرسال رسائل نصية غير مشفرة إلى الهاتف الخليوي المسجل في ملفي الطبي في Corewell Health.

الموافقة على الاتصال: (تابع)

وأتفهم أن:

- الرسائل النصية غير مشفرة. قد يتم اعتراض المعلومات الصحية المرسلة في رسالة نصية غير مشفرة ورويتها من قبل آخرين. ثمة مخاطر أخرى مع الرسائل النصية غير المشفرة منها النصوص التي تم توجيهها بشكل خطأ والرسائل المعاد إرسالها إلى الآخرين والرسائل المخزنة على الخوادم الغير مؤمنة. عند اختيار تلقي معلوماتك الصحية عن طريق نص غير مشفر، فأنت تُقر بهذه المخاطر وتقبلها.
- يعتبر هذا التصريح صالحاً حتى ألغي إذني بتلقي رسائل نصية أو أسحبه.
- يجوز لي إلغاء أو سحب هذا التفويض، باستثناء الحد الذي تم فيه اتخاذ إجراء قبل استلام الإلغاء أو السحب، في مكتب مقدم الخدمة لي أو عن طريق الاتصال بالرقم 877.308.5083.

التصريح بتلقي المدفوعات والفواتير:

- يُصرح لـ Corewell Health بطلب المدفوعات من أي جهة خارجية ومني. أصرح لـ Corewell Health بالتصرف نيابةً عني لتحصيل المزايا من أي جهة خارجية والمصادقة على الشيكات القابلة للدفع لي و/أو لـ Corewell Health.
- أصرح لأي شركة تأمين، مسؤولة عن دفع تكاليف رعايتي الطبية وعلاجي، بالدفع لـ Corewell Health مقابل الخدمات المقدمة. أتفهم أنني مسؤول عن أي رسوم غير مغطاة في التأمين.
- أطالب بدفع (نيابةً عني) أي مبالغ مستحقة لي من مزايا Medicare المصرح بها إلى Corewell Health مقابل أي خدمات مقدمة لي من Corewell Health أو في منشأتها.
- أوافق على أنه إذا لم يتم دفع حسابي عند استحقاقه، فيجوز لـ Corewell Health توكيل محامٍ و/أو وكالة تحصيل لتحصيل ذلك. سأكون مسؤولاً عن تعويض Corewell Health عن جميع التكاليف والمصروفات والرسوم المقترنة بتحصيل المبالغ المستحقة. ويشمل هذا، على سبيل المثال لا الحصر، الفوائد المعقولة، والتكلفة القانونية في حال رفع الدعوى وأتعاب المحاماة المعقولة و/أو الرسوم المعقولة لوكالة التحصيل وتشمل تلك الرسوم المعتمدة على نسبة مئوية من الدين.
- أوافق على أن المعلومات التي قدمتها للدفع صحيحة. أعرف أن المصادقة المسبقة أو التصريح المسبق بالخدمات مسؤوليتي.
- أوافق على أنني أتحمل المسؤولية المالية عن المدفوعات المشتركة، والتأمين المشترك، والمبالغ المقتطعة للخدمات المشمولة بالتغطية، وكذلك عن الخدمات التي تتجاوز حدود المزايا. كما أتحمل المسؤولية المالية عن جميع الخدمات غير المشمولة بالتغطية، وفقاً لما هو محدد في عقد خطة التأمين الصحي الخاصة بي. أقر بموجب هذا المستند وأوافق على سداد كامل قيمة أي من هذه الخدمات غير المشمولة بالتغطية التي يتم إصدار فاتورة بها لي. كما أدرك أنه يحق لي طلب تقدير للتكاليف الخاصة بالخدمات قبل تلقيها، وأن لي الحق في رفض الخدمات إذا اخترت عدم تحمل المسؤولية المالية عنها.
- إذا كنت لا أرغب في أن تقوم Corewell Health بإرسال الفاتورة إلى شركة التأمين الخاصة بي، فيجب عليّ إخطار Corewell Health بذلك في وقت تقديم الخدمة.
- يجوز لـ Corewell Health الحصول على تقرير ائتمان لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً لخصومات معينة غير خاضعة للتأمين (ذاتية الدفع) أو برامج مساعدة مالية. لن يؤثر هذا على درجة الائتمان الخاص بي.
- الآباء المطلعون للمرضى القُصّر:
- يسمح نظام السجل الطبي في Corewell Health بتعيين أب/وصي قانوني واحد كضامن (الشخص المسؤول عن دفع الفاتورة). يتحمل أولياء أمور المرضى مسؤولية التواصل (بين أنفسهم) مع بعضهم عن دفع أي رسوم لا يغطيها التأمين.
- مرضى العيادات الخارجية في Medicare:
- أعلم أن قواعد Medicare تجعلني مسؤولاً عن الأدوية التي يتم أخذها ذاتياً والمقدمة لي في العيادة الخارجية. الأدوية التي يتم أخذها ذاتياً هي الأدوية التي أتناولها من دون مساعدة متخصصة ولكن قد يتم إعطاؤها من قبل أحد الموظفين لدى مقدم الخدمة في العيادة الخارجية مثل قسم العيادات الخارجية في قسم الطوارئ أو في أثناء الملاحظة. تتطلب Medicare من المستشفيات تحصيل فواتير هذه الأدوية من مرضي Medicare أو غيرهم من الجهات الخارجية الدافعة. يجوز للمستفيدين من خدمة Medicare Part D تحصيل فاتورة من Medicare Part D عن التعويضات الممكنة عن هذه الأدوية وفقاً لمواد التسجيل في خطة Medicare Drug

تكليف:

- أكلف Corewell Health:
- جميع المزايا والمطالبات وأي وكل حقوق أخرى، بما في ذلك الحق في تحصيل الفواتير من أي جهة خارجية والتحدث معها بغرض طلب الدفع بخصوص تكاليفي في Corewell Health.
- الحق في رفع دعوى أو التدخل في أي دعوى أو إجراء يتضمن الرسوم الواجب عليّ دفعها في Corewell Health.
- الحق في اتخاذ أي إجراء آخر لطلب دفع الرسوم الواجب عليّ دفعها في Corewell Health.
- يشمل هذا التكليف، على سبيل المثال لا الحصر، الحق في الطعن على رفض دفع الرسوم الواجب عليّ دفعها في Corewell Health من أي جهة دفع، بما في ذلك أي خطة مزايا يرعاها صاحب العمل، أو سياسة تأمين، أو تغطية تأمين مقدمة بموجب القانون أو بموجب عقد.
- وأكلف Corewell Health أيضاً، وأوافق على أن أنتازل عن أي وكل حق في تسوية دفع رسوم Corewell Health الواجب عليّ دفعها أو الإفراج عنها أو الاحتفاظ بها، أو اتخاذ أي إجراء آخر يضر بأي شكل من الأشكال بدفع أو التعويض عن الرسوم الواجب عليّ دفعها إلى Corewell Health.
- أعين أيضاً Corewell Health على أنها الممثل المفوض لي بغرض متابعة دفع الرسوم الواجب عليّ دفعها في Corewell Health. أصرح لـ Corewell Health بالتصرف نيابة عني لمتابعة أي مطالبة بمزايا، وتشمل مطالبة بموجب قانون تأمين دخل تقاعد الموظف لعام 1974، وبالطعن على قرار المزايا السلبية. أوافق على مساعدة Corewell Health في متابعة جميع مزايا التأمين وأوافق على دفع جميع التأمين المشترك والمدفوعات المشتركة والخصومات المطلوبة بموجب أي خطة تأمين.
- أصرح لـ Corewell Health وأوجهها لتطبيق إجراءات استرداد أي رسوم واجب عليّ دفعها لـ Corewell Health.

الترجمة:

- أفهم أنني بإمكانني الاطلاع على هذا المستند بلغات أخرى عند الطلب. يمكن العثور على نسخة من هذا المستند وترجماته على موقعنا الإلكتروني <https://corewellhealth.org/generalconsent>

توقيع (توقيعات) المريض:

لقد قرأت هذا النموذج وأفهمه. تمت الإجابة عن جميع أسئلتي.

الوقت _____ التاريخ _____ توقيع المريض _____

• عمر المريض أقل من 18 عام أو غير قادر على الموافقة بسبب _____

الوقت _____ التاريخ _____ ولي الأمر/الوصي القانوني التوقيع _____
الاسم المطبوع _____

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) _____