Corewell Health™

Idhini
MAELEZO YA JUMLA, MATIBABU NA UTOAJI WA TAARIFA

Patient Name

DOB

MRN

Physician

CSN

KUMBUKA:

Kwa fomu hii, Corewell Health inamaanaisha yoyote au vituo na maeneo yote vya Corewell Health.

ILANI YA KUTOBAGUA:

Corewell Health inazingatia sheria zinazohusika za haki za kiraia na haibagui, haiwatengi watu, au kuwatendea tofauti kwa misingi ya mbari, rangi, kabila, taifa asili, umri, hali ya VVU, hali ya ndoa, jinsia (kama ilivyoainishwa na sheria na sera ya Corewell Health), mwelekeo wa kingono, utambulisho au udhihirisho wa kijinsia, ulemavu, dini, hali ya kijamii na kiuchumi au chanzo cha malipo ya huduma, kimo, uzito, hali ya ustaafu, ushirika au sifa nyingine yoyote inayolindwa kulingana na sheria ya serikali kuu, jimbo, au sheria mahalia.

NINAKUBALI:

- Kufanyiwa uchunguzi na kupokea matibabu kutoka kwa watoa huduma, wakaazi, wanafunzi na wataalamu wengine wa huduma ya afya katika Corewell Health. Hii inaweza kujumuisha miadi ya ana kwa ana, miadi ya matibabu ya pamoja, huduma ya matibabu kupitia simu, kurekodi video, kupiga picha na vifaa vya kurekodi sauti. Zana hizi zinaweza kutumiwa kutibu au kubaini ugonjwa au katika taratibu zitakazotekelezwa kwa madhumuni ya matibabu, sayansi na/au usalama wa kibinafsi.
- Kama ilivyojadiliwa na kukubaliwa, mtoa huduma anaweza kubadilisha huduma yangu ya afya na/au ya mtoto wangu kwa manufaa ya maisha au afya yangu.
- Iwapo niko hapa kujifungua, mtoa huduma na wataalamu wengine wa huduma ya afya wanaweza kutoa huduma kwa mtoto wangu.
- Iwapo ninashiriki katika miadi ya pamoja ya matibabu, nitahudhuria miadi hii na wagonjwa wengine. Wakati wa miadi hii, taarifa za kibinafsi kunihusu zinaweza kushirikiwa na mtoa huduma wangu kwa wengine.
- Mtoa huduma anaweza kupata sampuli za damu yangu, mkojo na majimaji/tishu nyingine za mwili ("sampuli"). Nampa mtoa huduma ruhusa ya kukusanya, kuchambua, kushikilia, na kuhifadhi hizi sampuli kwa madhumuni ya kawaida ya kimatibabu na kwa matumizi yasiyobainishwa katika michakato kama vile kurekebisha vifaa vya maabara, kuthibitisha vipimo, na kufundishia wafanyakazi na wanafunzi wapya.

NINAFAHAMU KUWA:

- Nitauliza maswali.
- Ninafahamu kuwa shughuli ya upasuaji na matibabu si sayansi kikamilifu. Hamna mtu yeyote aliyenipa ahadi au hakikisho kuhusu matokeo ya matibabu, utunzaji au uchunguzi wangu katika Corewell Health.
- Wanafunzi na wafanyakazi wanaweza kuniona na kuangalia rekodi yangu ya matibabu kwa madhumuni ya mafunzo au utafiti.
- Wafanyakazi watahakikisha mimi ni nani. Watauliza ninachofanya. Hii ni kwa ajili ya kunilinda.
- Baadhi ya watoa huduma na wafanyakazi hawajaajiliwa na Corewell Health. Ninajua kuwa Corewell Health haiwajibikii huduma au vitendo vyao vingine. Ninafahamu pia kuwa nitapokea bili tofauti kutoka kwao hata kama wananipa huduma katika kituo cha Corewell Health. Nitashirikiana na ofisi zao ili kujibu maswali kuhusu bima yangu.
- Sheria ya Michigan inawaruhusu watoa huduma wa afya kupima damu yangu ili kubaini HIV (virusi vya AIDS) au Homa ya ini bila idhini yangu iwapo mtu ambaye amenisaidia kupokea huduma ameathiriwa na damu au ugiligili wa mwili wangu.
- Nakala ya Sera ya Kustahiki Usaidizi wa Kifedha ya Corewell Health inapatikana inapoombwa katika maeneo yote ya usajili na kwenye tovuti yetu katika https://corewellhealth.org/billing/financial-assistance.
- Corewell Health haitaruhusu ubaguzi dhidi ya mtoa huduma wangu, wataalamu wengine wa huduma ya afya, au wafanyakazi kwa misingi ya mbari, rangi, jinsia, asili ya nchi, umri, ulemavu, ngono au misingi mingine yoyote iliyopigwa marufuku kwa mujibu wa sheria ya shirikisho, jimbo au ya mahali ulipo.
- Iwapo hali yangu itahitaji kuelekezwa kwa mtaalamu, ninafahamu kuwa nitaombwa kuchagua mtoa huduma. Nitakuwa na fursa ya kuruhusu Corewell Health kuwasiliana na mtoa huduma niliyemchagua au iwapo sijamchagua yeyote, mtoa huduma huru kutoka kwenye orodha ya "wanaosubiri simu" kutoka Corewell Health ataitwa. Ninatoa idhini kwa kampuni yangu ya bima kufanya malipo kutokana na huduma za kitaalamu zinazotolewa na mtoa huduma

MWISHO ➔

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.

NINAFAHAMU KUWA:*(KUENDELEA)*

huyu, iwe mtoa huduma huyu anashiriki katika mpango wangu wa bima au la.

- Idhini hii inatumika kwa mwaka mmoja (1) kuanzia tarehe ninapotia saini yangu.

MAELEZO YANGU YA MATIBABU:

- COREWELL HEALTH INAWEZA KUTOA MAELEZO YANGU YA MATIBABU KWA:
  - Kampuni za bima, mipango ya afya na wasimamizi kwa ajili ya malipo ya huduma ambazo mimi au mtoto wangu hupokea.
  - Mashirika ya serikali kama vile Medicare na Medicaid au kwa mujibu wa sheria.
  - Watoa huduma wangu na wengine wanaohusika katika huduma yangu sasa au baadaye.
  - Mwajiri wangu, iwapo rekodi zinahusiana na utunzaji au huduma zinazolipiwa na mwajiri wangu, au kwa madhumuni mengine ambayo yanaruhusiwa na sheria.
  - Mtu au shirika lolote lililo na wajibu wa kunilipia bili yote au sehemu yake.
- Ninakubali kuwa Corewell Health inaweza kunipiga picha au mtoto wangu na kuihifadhi katika rekodi yangu ya matibabu ya kielektroniki. Ninafahamu kuwa Corewell Health itatumia picha hii kwa madhumuni ya utambulisho kwa lengo ya kuboresha hali ya mgonjwa.
- Ninafahamu kuwa Corewell Health itahifadhi maelezo yangu ya matibabu au ya mtoto wangu kwa mujibu wa sera, sheria ya jimbo, sheria ya shirikisho. Ninafahamu pia kuwa maelezo yangu ya matibabu yanaweza kuhifadhiwa kwa njia ya kielektroniki na yanaweza kutumwa au kupokelewa kutoka kwa watoa huduma wengine wa afya na/au walipaji kwa njia ya kielektroniki. Hii ni pamoja na maelezo ya uchunguzi (tatizo langu), ya matibabu (kinachofanywa ili kunipa nafuu), na ya dawa au ya daktari. Hii pia itajumuisha maelezo yoyote kuhusu afya yangu ya akili, magonjwa ya kuambukizana (kama vile HIV), na matatizo mengine kama vile matatizo ya matumizi ya dawa za kulevya au pombe.
- Ninaidhinisha maelezo yangu ya afya yanayolindwa (PHI) yatumwe kwenye akaunti yangu ya MyChart (tovuti ya wagonjwa). MyChart ni tovuti salama ya intaneti inayoniruhusu kuona, kupokea na kudhibiti maelezo kuhusu afya yangu.
- Ninafahamu kuwa maelezo yangu ya afya yanayolindwa (PHI) yanaweza kujumuisha taarifa za kibinafsi zaidi (k.m., ugonjwa wa mwili au wa akili, matumizi mabaya ya pombe au dawa za kulevya, magonjwa yanayosambazwa kingono (STIs), HIV/AIDS, nk.). Iwapo nitampa mtu uwezo wa kufikia akaunti ya tovuti yangu ya MyChart au kuomba maelezo yangu ya PHI yatumwe kwa mshirika mwingine, mshirika huyo mwingine ataweza kuona maelezo yangu ya PHI (ambayo yanaweza kujumuisha taarifa za kibinafsi zaidi). Kwa kuwaruhusu wengine kufikia maelezo yangu ya PHI, ninakubali kuwa wanaweza kuona taarifa zangu za kibinafsi zaidi ikiwa ni pamoja na hali yangu ya HIV/AIDS.
- Katika hali fulani, Corewell Health inahitajika kisheria kuripoti maelezo ya matibabu kwa shirika kama vile idara ya afya. Haya yanaweza kujumuisha maelezo kuhusu HIV, TB na magonjwa mengine.
- Iwapo nimehamishiwa mahali pengine, watoa huduma wa Corewell Health/watoa huduma za waakazi wanaweza kufikia rekodi zangu za matibabu ili kufuatilia huduma yangu na/au kutumia maelezo haya kwa ajili ya utafiti wa kimatibabu.

ILANI YA FARAGHA:

- Nina haki na wajibu wakati mimi au mtoto wangu tunapokea huduma. Nimepata fursa ya kupokea nakala ya Ilani ya Desturi za Faragha na nimepata fursa ya kuuliza maswali kuhusu maelezo yaliyo kwenye Ilani hii.

VITU VYA THAMANI:

- Ninakubali kuwa Corewell Health haina jukumu la kulinda mali yangu na nitaacha vitu vyangu vya thamani nyumbani.

HAKI NA MALALAMIKO YA WAGONJWA:

- Ninafahamu kuwa ninaweza kuwasilisha suala au malalamiko bila hofu ya kudhulumiwa au kulipiza kisasi. Juhudi zitafanywa ili kusuluhisha suala langu kwa wakati au ndani ya muda unaofaa. Iwapo nina maswali kuhusu haki zangu kama mgonjwa, ninaweza kuuliza maswali. Nambari ya simu ya kupiga ni 855.613.2262. Ninaweza pia kuwasilisha masuala yangu kwa Mwakilishi wa Huduma kwa Familia na Wagonjwa katika eneo ambako ninapokea huduma.

IDHINI YA KUWASILIANA:

- Nimewapa Corewell Health nambari ya makazi na/au ya simu ya kiganjani na anwani ya barua pepe. Nakubali kupokea simu kutoka Corewell Health, simu zinazopigwa kiotomatiki na/au zilizorekodiwa awali, ujumbe mfupi na/au barua pepe kutoka Corewell Health na/au mawakala wake/watu wengine. Mawasiliano haya yanaweza kujumuisha malipo. Nawajibika kwa ada zozote za mawasiliano kutoka kwa mtandao wangu wa simu. Idhini hii ni ya hiari. Bado naweza kutibiwa hata kama sitatoa "idhini ya kuwasiliana".
- Ujumbe mfupi kutoka Corewell Health unaweza kujumuisha tarehe na wakati wa miadi yangu, jina la mtoa huduma wangu, jina na anwani na eneo ambako miadi yangu imeratibiwa, na ninachohitaji kufahamu ili kujiandaa kwa ajili ya miadi yangu, pesa ninazodaiwa au maelezo machache ya afya.

YANAENDELEA KWENYE UKURASA WA 3 ➔

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.

Corewell Health™

MAELEZO YA JUMLA, MATIBABU NA UTOAJI WA TAARIFA *(KUENDELEA)*

Patient Name

DOB

MRN

Physician

CSN

IDHINI YA KUWASILIANA ***(KUENDELEA)***

- Ninaidhinisha Corewell Health kutuma ujumbe mfupi ambao haujasimbwa kwenye simu ya mkononi iliyo kwenye faili katika rekodi yangu ya matibabu ya Corewell Health. Ninafahamu kuwa:
  - Ujumbe mfupi hausimbwi. Maelezo ya afya yanayotumwa katika ujumbe mfupi ambao haujasimbwa yanaweza kufunguliwa na kusomwa na wengine. Kuna hatari nyingine zinazoathiri ujumbe mfupi ambao haujasimbwa ikiwa ni pamoja na ujumbe unaoelekezwa mahali kusikofaa, ujumbe unaosambazwa kwa wengine na ujumbe ambao umehifadhiwa kwenye seva ambazo hazina usalama. Kwa kuchagua kupokea Maelezo yako ya Afya kupitia ujumbe mfupi ambao haujasimbwa, unakubali hatari hizi.
  - Idhini hii itatumika hadi nitakapoondoa ruhusa yangu ya kupokea ujumbe mfupi.
  - Ninaweza kubatilisha au kuondoa Uidhinishaji huu, isipokuwa kwa kiwango ambacho hatua imechukuliwa kabla ya kupokelewa kwa ubatilishaji au uondoaji, katika ofisi ya mtoa huduma wangu au kwa kupiga simu 877.308.5083.

IDHINI YA KUPOKEA MALIPO NA BILI:

- Corewell Health imeidhinishwa kufuatilia malipo kutoka kwa shirika lolote lingine na kutoka kwangu. Ninaidhinisha Corewell Health kuchukua hatua kwa niaba yangu ili kukusanya manufaa kutoka kwa shirika lolote lingine na kuidhinisha hundi zinazolipwa kwangu na/au kwa Corewell Health.
- Ninaidhinisha kampuni yoyote ya bima, inayowajibikia malipo ya huduma na matibabu yangu, kulipa Corewell Health kwa huduma zilizotolewa. Ninafahamu kuwa ninawajibikia ada zozote ambazo hazilipwi kwa bima.
- Ninaomba malipo ninayodaiwa ya manufaa ya Medicare yalipwe (kwa niaba yangu) kwa Corewell Health kwa huduma zozote zilizotolewa kwangu na Corewell Health au katika vituo vyake.
- Ninakubali kuwa iwapo gharama yangu hailipwi muda wake ukifika, Corewell Health inaweza kutumia mwanasheria na/au shirika la ukusanyaji ili kudai malipo. Nitakuwa na wajibu wa kurejeshea Corewell Health malipo ya gharama, matozo na ada zote zinazohusishwa na ukusanyaji wa pesa zinazodaiwa. Hii inajumuisha, lakini si tu, riba inayofaa, gharama za wakili katika hali ambapo kesi inawasilishwa na ada zinazofaa za wakili na/au ada za shirika la ukusanyaji ikiwa ni pamoja na zinazotokana na asilimia ya deni.
- Ninakubali kuwa maelezo ninayotoa ya malipo ni sahihi. Nafahamu kuwa uthibitishaji au uidhinishaji wa mapema wa huduma ni wajibu wangu.
- Nakubali kwamba ninawajibika kifedha kwa malipo ya pamoja, bima ya pamoja na makato kwa huduma zinazoguswa, pamoja na huduma zile zinazozidi mipaka ya manufaa. Pia nawajibika kifedha kwa huduma zote zisizokingwa na bima kama ilivyoainishwa na mkataba wangu wa mpango wa afya. Natoa ridhaa na kukubali kulipia kikamilifu huduma zozote zisizokingwa na bima ambazo nitatozwa. Naelewa kwamba naweza kuomba makadirio ya gharama za huduma kabla ya kupokea huduma hizo na kwamba nina haki ya kukataa huduma ikiwa nitachagua kutowajibika kifedha.
- Kama sitaki Corewell Health itoze bima yangu, lazima niijulishe Corewell Health wakati wa huduma.
- Corewell Health inaweza kupata ripoti ya mkopo ili kubaini iwapo ninastahiki kupokea mapunguzo fulani yasiyolindwa kwa bima (kujilipia) au mipango ya usaidizi wa kifedha. Hii haitaathiri alama yangu ya mkopo.
- Wazazi Waliotalikiana wa Wagonjwa Wachanga:
  - Mfumo wa rekodi ya matibabu ya Corewell Health unaruhusu mzazi au mlezi mmoja wa kisheria kuwekwa kama mdhamini (mtu aliye na wajibu wa kulipa bili). Wazazi wana wajibu wa kuwasiliana (kati yao) wenyewe kuhusu malipo ya ada zozote ambazo hazilipwi kwa bima.
- Wagonjwa Wasiolazwa Wanaotumia Medicare:
  - Nafahamu kuwa sheria za Medicare zinanifanya niwajibikie dawa ninazojipatia nilizopokea nikiwa mgonjwa asiyelazw. Dawa ninazojipatia kwa kawaida huwa dawa ambazo ninatumia bila usaidizi wa kitaalamu lakini zinaweza kutolewa na Mtoa Huduma katika mazingira ya kutolazwa hospitalini kama vile Idara ya Dharura kwa wasiolazwa hospitalini au wanaofuatiliwa kwa makini. Medicare hutaka hospitali kuwatoza wagonjwa wanaotumia Medicare au wadhamini wengine kwa dawa hizi. Wanaonufaika na Medicare Part D wanaweza kutuma bili kwa Medicare Part D ili warejeshewe pesa za dawa hizi kwa mujibu wa nyenzo za kujiandikisha katika mpango wa Medicare Drug.

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.

MWISHO ➔

MAELEZO YA JUMLA, MATIBABU NA UTOAJI WA TAARIFA *(KUENDELEA)*
Ukurasa wa 4 kati ya 4

KUTOA WAJIBU:

- Ninaikabidhi Corewell Health:
  - Manufaa, madai na haki zote zingine, ikiwa ni pamoja na haki ya kutoza na kuzungumza na mshirika mwingine yeyote kwa madhumuni ya kudai malipo, kuhusu ada zangu katika Corewell Health.
  - Haki ya kushtaki au kuingilia kesi yoyote inayohusu ada zangu katika Corewell Health.
  - Haki ya kuchukua hatua nyingine yoyote ili kudai malipo ya ada zangu katika Corewell Health.
- Wajibu huu unajumuisha, lakini si tu, haki ya kukata rufaa dhidi ya kukataliwa kwa malipo ya ada zangu za Corewell Health kutoka kwa mdhamini yeyote, ikiwa ni pamoja na mpango wowote wa manufaa unaofadhiliwa na mwajiri, sera ya bima au mpango wa bima kwa mujibu wa sheria au mkataba.
- Ninairuhusu pia Corewell Health, na kukubali kuwa nitaondoa, haki zote na zozote za kulipa, kutoa au kuhifadhi malipo ya ada zangu za Corewell Health, au kuchukua hatua nyingine yoyote ambayo inaweza kuathiri kwa njia yoyote malipo au kurejeshwa kwa pesa za ada zangu za Corewell Health.
- Ninaiteua pia Corewell Health kuwa mwakilishi wangu aliyeidhinishwa kwa madhumuni ya kufuatilia malipo ya ada zangu za Corewell Health. Ninaidhinisha Corewell Health kuchukua hatua kwa niaba yangu ili kufuata madai yoyote ya manufaa, ikijumuisha yaliyo chini ya Sheria ya Usalama wa Malipo ya Kustaafu kwa Wafanyakazi ya 1974, na kukata rufaa dhidi ya uamuzi usiofaa wa manufaa. Ninakubali kuisaidia Corewell Health kufuatilia manufaa yote ya bima na kukubali kulipa bima ya pamoja, malipo ya pamoja na makato yote yanayohitajika katika mpango wowote wa bima.
- Ninaidhinisha na kuelekeza Corewell Health kutekeleza taratibu za urejeshaji wowote wa ada zangu za Corewell Health.

TAFSIRI:

- Ninaelewa kuwa ninaweza kupata hati hii katika lugha nyingine nikiomba.Nakala ya hati hii na tafsiri zake zinaweza kupatikana kwenye tovuti yetu katika https://corewellhealth.org/generalconsent.

SAINI YA MGONJWA:

Nimesoma fomu hii na nimeielewa. Maswali yangu yote yamejibiwa.

SAA ____________ ☐ AM ☐ PM **TAREHE** ____________ Saini ya mgonjwa ______________________________

Mgonjwa ana umri wa chini ya miaka 18 au hawezi vinginevyo kutoa idhini kwa sababu ____________________

SAA ____________ ☐ AM ☐ PM **TAREHE** ____________ Mzazi/Mlezi wa Kisheria, saini ____________________

Jina lililochapishwa ______________________________

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.