

Больницы и клиники Salem Health Salem Health Hospitals and Clinics



Условия приема на стационарное/амбулаторное лечение Conditions of Admission Inpatient/Outpatient Services

МЕДИЦИНСКОЕ СОГЛАСИЕ. Я даю согласие на уход и лечение, которые я могу получать во время этой госпитализации или амбулаторно. Это может включать неотложную помощь, медицинское или хирургическое лечение, анализы (например, лабораторные и диагностические исследования), а также другие услуги, рекомендованные моими лицензированными поставщиками услуг. При необходимости мой лечащий врач получит мое информированное согласие на хирургическое вмешательство, специализированные процедуры или определенные виды лечения. Я понимаю, что буду находиться под наблюдением лечащих врачей Salem Health (SH), а медперсонал будет выполнять их указания. Я понимаю, что каждый лицензированный поставщик услуг несет ответственность за назначенное лечение, но не может гарантировать результаты такого лечения.

СОГЛАСИЕ НА ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ. Я даю согласие на использование телемедицины для оказания медицинских услуг. Телемедицина может включать использование аудио-, видео- или других электронных средств связи для взаимодействия со мной/моим выбранным представителем, консультацией с поставщиками медицинских услуг и (или) изучения моей медицинской информации в целях диагностики, терапии, последующего наблюдения и (или) обучения.

ФОТОГРАФИРОВАНИЕ, ВИДЕОЗАПИСЬ И АУДИОЗАПИСЬ. Я понимаю, что меня могут фотографировать или записывать на аудио/видео для обеспечения моего ухода, безопасности или контроля качества. Я также понимаю, что любая запись, инициированная пациентом или его семьей, является привилегией, а не правом. Перед использованием личных устройств для фотографирования или записи любой части процесса лечения или ухода, мне нужно получить разрешение от поставщика услуг.

НЕЗАВИСИМЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ. Я понимаю, что некоторые из поставщиков услуг, участвующих в моем лечении, такие как врачи скорой помощи, реаниматологи, специалисты лабораторной диагностики, рентгенологи и другие, могут быть независимыми практикующими врачами, а не сотрудниками или агентами SH. Эти поставщики услуг могут отдельно выставять счета за свои услуги.

ФИНАНСОВОЕ СОГЛАШЕНИЕ. Я соглашаюсь оплатить все оказанные мне услуги и предоставленные расходные материалы в соответствии с тарифами и финансовыми правилами, действующими на день (дни) получения мною медицинского ухода. Я понимаю, что несу ответственность за расходы, не покрываемые моей страховкой. Я понимаю, что несу ответственность за любые вычеты, доплаты и сострахование.

ПРАВА ВЫСТАВЛЕНИЕ СЧЕТОВ БЕЗ НЕОЖИДАННОСТЕЙ. Я понимаю, что в соответствии с федеральным законом у меня есть защита от определенных непредвиденных медицинских расходов. Если я получаю неотложную помощь или услуги от внесетевого поставщика в сетевом учреждении, как правило, мне не будет выставлен счет, превышающий мою сумму участия в расходах внутри сети. Я понимаю, что могу запросить обоснованную смету ожидаемых расходов и имею право оспаривать определенные счета.

ПЕРЕДАЧА ПРАВА НА СТРАХОВОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ. Я передаю SH право получать выплаты страховой суммы непосредственно с моей медицинской страховки или от плана медицинского страхования для возмещения расходов стационарного лечения, услуг от поставщиков услуг и других услуг, которые я получаю в SH. Я разрешаю осуществлять прямые платежи поставщикам услуг и лабораториям за соответствующие расходы. Я несу ответственность за все расходы, не покрываемые моим страховым полисом. Если я имею право на получение выплат по программам Medicare или Medicaid в соответствии с Разделом XVIII закона О социальном обеспечении (Social Security Act), я прошу перечислить эти выплаты непосредственно в SH. Я понимаю, что это окончательная передача права.

МЕДИЦИНСКОЕ ФИНАНСОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ. Я понимаю, что мне доступны консультации по финансовым вопросам, которые помогут определить мою платежеспособность и возможность получения финансовой помощи. Для проверки финансовой информации может использоваться кредитная история. Оплата производится в полном объеме, за исключением случаев, предусмотренных действующей страховкой. Помощь в прохождении скрининга и регистрации в программе Oregon Health Plan можно получить через сертифицированных общественных партнеров-помощников. Если моя страховка не покрывает расходы, я понимаю, что могу нести ответственность за оплату оставшейся суммы. Если суммы, которые мне нужно оплатить, не будут оплачены вовремя, я соглашаюсь оплатить разумные расходы по взысканию долга, которые могут включать гонорары адвокатов.

ЛИЧНОЕ ИМУЩЕСТВО. Я понимаю, что SH рекомендует пациентам оставлять все личные вещи дома. Я несу ответственность за свое личное имущество, включая, помимо прочего: ценные вещи (например, деньги, дебетовые карты, ювелирные изделия); личные вещи (например, очки, зубные протезы, одежда); документы (например, удостоверения личности, страховые полисы); электронные устройства (например, мобильные телефоны, ноутбуки, видеоигры); и все остальное, что я принесу в SH и что не указано выше.

Я не буду брать с собой личные медицинские устройства. Я понимаю, что для хранения вещей может быть доступен сейф. SH не несет ответственности за утерянное или поврежденное личное имущество и не может гарантировать работоспособность персональных электронных устройств. Все оставленные вещи необходимо забрать в течение 30 дней, в противном случае они могут быть утилизированы. SH оставляет за собой право осматривать личные вещи в соответствии с установленными правилами.

НА ТЕРРИТОРИИ БОЛЬНИЦЫ И КЛИНИКИ НЕ КУРЯТ. Я понимаю, что в SH нельзя курить или пользоваться электронными сигаретами. Это правило распространяется на наружные пешеходные дорожки, тротуары, парковки и сооружения. Если я решу покурить, я должен (-на) покинуть территорию SH. Если я покину территорию, я буду самостоятельно нести ответственность за свою безопасность.

ВОЗДЕЙСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ/АНАЛИЗ КРОВИ. В случае контакта любого члена медицинского персонала с моей кровью или другими биологическими жидкостями, я разрешаю SH провести анализы. Я понимаю, что SH проведет анализы на такие заболевания, как гепатит B/C, ВИЧ или другие инфекционные заболевания.

ЛИЦА, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ПОДДЕРЖКУ. Я понимаю, что если мне потребуется помощь в общении, принятии медицинских решений или выполнении повседневных действий в связи с инвалидностью, я могу назначить как минимум трех лиц, оказывающих поддержку, и как минимум одному из них разрешено находиться со мной в отделении неотложной помощи и во время моего пребывания в больнице. Я понимаю, что лица, оказывающие поддержку, должны соблюдать протоколы безопасности больницы.

ЯЗЫКОВАЯ ПОМОЩЬ И ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА. Я понимаю, что если мне потребуется помощь в общении в связи с инвалидностью или ограниченным знанием английского языка, я могу запросить бесплатные услуги языковой поддержки или вспомогательные средства. Эти услуги могут включать в себя услуги устных переводчиков, переведенные материалы и другие средства поддержки общения. Я понимаю, что могу запросить эти услуги в любое время.

РАЗГЛАШЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ/ПЕРЕДАЧА МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ. Я разрешаю SH передавать информацию или копии моей медицинской документации моему лечащему врачу, любому направляющему врачу, специализированному учреждению по уходу за больными или другому медицинскому учреждению, в которое меня могут перевести, в соответствии с положениями Уведомления о правилах обращения с конфиденциальной информацией.

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВИЛАХ ОБРАЩЕНИЯ С КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ. Мне предложили ознакомиться с Уведомлением о правилах обращения с конфиденциальной информацией, в котором описывается, как SH может использовать и раскрывать информацию о моих медицинских данных. Я понимаю, что мои данные могут быть раскрыты в электронном виде. Я могу обратиться к сотруднику, ответственному за защиту персональных данных, если у меня возникнут вопросы или жалобы.

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ. Мне предложили ознакомиться с информационным листком о правах и обязанностях пациентов.

Я ПРОЧИТАЛ (-А), ПОНЯЛ (-А) ИЗЛОЖЕННЫЕ ВЫШЕ УТВЕРЖДЕНИЯ И СОГЛАШАЮСЬ С НИМИ.

Подпись пациента или его представителя (Signature of Patient or Representative)

Дата/время (Date/Time)

Имя и фамилия печатными буквами (Print Name)

Подпись свидетеля (Signature of Witness)

Дата/время (Date/Time)

Имя и фамилия печатными буквами (Print Name)

- Если вы не являетесь пациентом, укажите, кем вы приходитесь пациенту.
- ☐ Доверенное лицо по доверенности на принятие медицинских решений
 - ☐ Супруг(-а)
 - ☐ Совершеннолетний ребенок
 - ☐ Родитель
 - ☐ Законный опекун