

شروط الإدخال

يتم إدخال المريض الموقع أدناه إلى Hoag Memorial Hospital Presbyterian "المستشفى" كمريض داخلي، أو مريض خارجي و/أو كمريض لعلاج حالة طوارئ وفقاً للشروط والأحكام التالية:

1- الموافقة على الإجراءات الطبية والجراحية

يوافق الموقع أدناه على الإجراءات التي قد يتم القيام بها أثناء وجوده في المستشفى، أو على أساس مريض خارجي، بما في ذلك علاج أو خدمات حالة طوارئ، والتي قد تشمل، ولكن ليس على سبيل الحصر، إجراءات المختبرات، أو فحوصات الأشعة السينية، أو العلاج أو الإجراءات الطبية أو الجراحية، أو خدمات الرعاية الصحية عن بعد، أو التخدير، أو خدمات المستشفى التي تقدم للمريض بموجب التعليمات العامة والخاصة من طبيب أو جراح المريض. من أجل تلبية متطلبات قانون ولاية كاليفورنيا، قد يتم إجراء تقييمات واختبارات أو تقديم علاج أثناء الإقامة في المستشفى (مثل اختبار PKU) لحسن معيشة المريض. يوافق الموقع أدناه على إجراء مثل هذه الاختبارات أو العلاج وفقاً لقانون الولاية.

2- رعاية التمريض

تقدم هذه المستشفى رعاية تمريض عامة فقط، إلا إذا كان بناء على أوامر طبيب المريض، يتم تقديم رعاية تمريض مركزية إلى المريض. إذا كانت حالة المريض تحتاج إلى خدمات تمريض خاصة، من المتوقع عليه أنه يجب ترتيب ذلك بواسطة المريض أو ممثله القانوني. لن تكون المستشفى بأي حال من الأحوال مسؤولة عن عدم تقديم هذه الخدمات، وتعفى بموجبه من أي وجميع المسؤولية التي تنشأ عن حقيقة أن المريض لا تقدم له هذه الرعاية الإضافية.

3- الأطباء هم أطباء ممارسين مستقلين

جميع الأطباء والجراحين الذين يقدمون الخدمات إلى المرضى، بما في ذلك أطباء الأشعة، وأطباء علوم الأمراض، وأطباء قسم الطوارئ، وأطباء التخدير، وأطباء المستشفى، وما شابه ذلك، هم أطباء ممارسين مستقلين وليسوا موظفين أو وكلاء للمستشفى. تم فقط منحهم حق استخدام المستشفى لرعاية وعلاج مرضاهم. يتم فوترة رسوم الأطباء بشكل منفصل عن رسوم المستشفى، ولذلك فإن المرضى قد يتلقوا فواتير متعددة.

ضع الحروف الأولى من إسمك هنا:

(Initial Here)

يكون المريض تحت رعاية وإشراف طبيبه المعالج. إنها مسؤولية طبيب أو جراح المريض الحصول على الموافقة المستنيرة من المريض، عند الاقتضاء، للعلاج الطبي أو الجراحي، أو الإجراءات التشخيصية أو العلاجية الخاصة، أو خدمات المستشفى التي تقدم للمريض بموجب تعليمات عامة أو خاصة من الطبيب.

4- الممتلكات الشخصية

يتم تشجيع المريض على ترك الأشياء الشخصية في المنزل. لدى المستشفى خزائن مقاومة للحريق لحفظ الأموال والأشياء الثمينة بأمان. المستشفى ليست مسؤولة عن فقدان أو تلف أي نقود، أو مجوهرات، أو وثائق، أو ممتلكات شخصية أخرى يتم إحضارها إلى ممتلكات المستشفى. إن مسؤولية المستشفى لفقدان أي ممتلكات شخصية مودعة لدى المستشفى لحفظها محدودة بمقتضى القانون إلى خمسمائة دولار (500 دولار) إلا إذا تم الحصول على إيصال مكتوب من المستشفى بقيمة أكبر من ذلك.

ضع الحروف الأولى من إسمك هنا:

(Initial Here)

CONDITIONS OF ADMISSION - ARABIC

PS 1104-A

Page 1 of 4

Rev 03/24/17

Patient Identification



[1212]

5- مرضى الأمومة

إذا وضعت المريضة طفلاً (أطفالاً) عندما كانت أحد مرضى هذه المستشفى، فإن الموقع أدناه يوافق على أن نفس هذه الشروط للإدخال تنطبق على الطفل (الأطفال).

ضع الحروف الأولى من إسمك هنا:

(Initial Here)

6- المشاركة في برامج التعليم الطبي/التعليم

يقر الموقع أدناه ويدرك أن المستشفى تشارك في برامج تعليم، ولذلك فإن تدريب الأطباء الزملاء من خلال برنامج تعليم طبي، والممرضين/الممرضات وغيرهم من العاملين في مجال الرعاية الصحية، يتم في المستشفى وقد يشارك هؤلاء الأفراد في إجراءات العملية، أو التشخيص الخاص، والإجراءات العلاجية، أو العلاج المحدد أعلاه تحت إشراف مناسب، ويوافق بموجبه الموقع أدناه.

7- الموافقة على التصوير

يوافق الموقع أدناه على تصويره (ويشمل ذلك مقاطع الفيديو أو التصوير الفوتوغرافي، في شكل رقمي أو بأي شكل آخر، وأي وسيلة أخرى لتسجيل أو استنساخ الصور أثناء تلقي العلاج في المستشفى، مع العلم بأن الصور من هذا التصوير يمكن استخدامها لعلاج المريض أو لعمليات المستشفى الصحية مثل مراجعة الأقران أو التعليم الطبي، حسبما تراه المستشفى أو الطبيب المعالج للمريض مناسباً.

8- الاتفاق المالي

يوافق الموقع أدناه سواء كان يوقع بصفته وكيلًا أو المريض، أنه في مقابل الخدمات التي ستقدم للمريض، فإنه بموجبه يلزم نفسه بدفع الحساب فوراً إلى المستشفى وفقاً للأسعار والشروط العادية للمستشفى، بما في ذلك الرعاية الخيرية، وسياسات خصم الدفع، إذا كان ينطبق. يدرك الموقع أدناه أن جميع الأطباء والجراحين بما في ذلك أطباء الأشعة، وأطباء علم الأمراض، وأطباء قسم الطوارئ، وأطباء التخدير، وأطباء المستشفى، وغيرهم، سوف يقوموا بإرسال فواتير منفصلة لخدماتهم. وإذا تم إحالة أي حساب إلى محام أو وكالة تحصيل لتحصيل المبالغ، سوف يدفع الموقع أدناه أتعاب المحاماة الفعلية ونفقات التحصيل. سوف يتم فرض فوائد بالمعدل القانوني على جميع الحسابات المتأخرة الدفع.

ضع الحروف الأولى من إسمك هنا:

(Initial Here)

9- التنازل عن مخصصات التأمين

يتنازل الموقع أدناه ويخول، سواء كان يوقع كوكيل أو كمرضى، الدفع المباشر إلى المستشفى لأي مخصصات تأمين التي يتم دفعها بخلاف ذلك إلى أو نيابة عن المريض للعلاج بالمستشفى أو لخدمات المرضى الخارجيين. من المتفق عليه أن الدفعات للمستشفى، بموجب هذا التفويض، بواسطة شركة تأمين سوف تخلي مسؤولية شركة التأمين من أي وجميع الالتزامات المنصوص عليها في السياسة لمثل هذه الدفعات. يدرك الموقع أدناه أنه مسؤول مالياً عن الرسوم التي لم تسدد وفقاً لهذا التنازل.

10- التزام الخطة الصحية (التأمين)

تحتفظ المستشفى بقائمة بالخطط الصحية التي تتعاقد معها. تتوفر قائمة هذه الخطط عند طلبها من مكتب الإدخال والتسجيل. ليس لدى المستشفى أي عقود صريحة أو ضمنية مع أي خطة لا تظهر في القائمة. يقع على عاتق المريض الالتزام بالتأكد من أن الخطة الصحية للمريض قد خولت الخدمات التي سوف تقدمها المستشفى. يوافق الموقع أدناه بأنه ملتزم بدفع حساب المستشفى وفقاً لأسعار وشروط المستشفى العادية، بما في ذلك سياسات المساعدة المالية إذا كان مشترك في خطة لا تظهر على القائمة المذكورة أعلاه، أو إذا فشل المريض في الحصول على تحويل من الخطة الصحية.

سوف يقوم جميع الأطباء والجراحين، بما في ذلك أطباء الأشعة، وأطباء علوم الأمراض، وأطباء قسم الطوارئ، وأطباء التخدير، وأطباء المستشفى، وغيرهم سوف يقوموا بإرسال فواتير منفصلة لخدماتهم. تقع على عاتق الموقع أدناه معرفة ما إذا كان الأطباء الذين يقدموا خدمات للمريض متعاقدين مع الخطة الصحية للمريض، إن وجدت.

ضع الحروف الأولى من إسمك هنا:

(Initial Here)

CONDITIONS OF ADMISSION - ARABIC

Patient Identification

11- الإقرارات

أ- يقر الموقع أدناه أنه قد تلقى كتيب معلومات المريض الذي يشرح حقوق المريض وكيفية تقديم شكوى، ومسؤوليات المريض، وحقك في اتخاذ قرارات بخصوص العلاج الطبي (معلومات التوجيه المسبق للرعاية الصحية) وغيرها من المعلومات.

ب- يقر الموقع أدناه ويدرك أنه من وقت لآخر، قد تقدم المستشفى خدمات إلى مرضى المستشفى من خلال استخدام موارد خارجية أو في إطار ترتيبات مع أطراف ثالثة، بما في ذلك، على سبيل المثال، الخدمات التي تقدم لمرضى المستشفى بواسطة المختبرات المرجعية المتخصصة أو معهد Hoag Orthopedic Institute. وفي هذه الظروف فإن المستشفى تحتفظ بالمسؤولية المهنية والإدارية لجميع الخدمات المقدمة لمرضى المستشفى بواسطة هذه الموارد الخارجية.

ضع الحروف الأولى من إسمك هنا:

(Initial Here)

12- إقرار نتائج المختبر

أطلب بموجبه وأوافق على أنه يمكن تقديم نتائج المختبر الخاصة بي إلى Patient Portal (بوابة المريض) حتى يمكننا الوصول إليها إلكترونياً كجزء من سجلي الصحي السريري. أدرك أن نتائج المختبر المتاحة من خلال Patient Portal لن تتضمن نتائج اختبارات HIV (فيروس نقص المناعة البشرية)، والتهاب الكبد، وتعاطي المخدرات، والأورام الخبيثة.

ضع الحروف الأولى من إسمك هنا:

لا نعم
[no] [yes]

(Initial Here)

13- سجل التطعيم في كاليفورنيا

قد تشارك Hoag سجلات اختبارات فحص TB (السل) أو التطعيمات الخاصة بك مع سجل التطعيم في كاليفورنيا (CAIR) وهي قاعدة بيانات آمنة وسرية على مستوى الولاية عن معلومات تطعيمات المرضى. يستخدم CAIR المهنيين في مجال الرعاية الصحية، والهيئات، والمدارس، لتتبع جميع الحقن واختبارات TB التي تخضع لها، ويمكن أن تقدم إثباتات عن التطعيمات المطلوبة لبدء رعاية الطفل، أو لبدء المدرسة، أو لوظيفة جديدة. إذا كنت لا تريد مشاركة سجلات التطعيم أو TB مع المستخدمين الآخرين للسجل، الرجاء إرسال النموذج "Decline or Start Sharing/Immunization Information Request Form," (نموذج طلب الحصول على رفض أو بدء المشاركة/معلومات التطعيم) الذي يمكن الحصول عليه من موقع CAIR على الانترنت <http://cairweb.org/cair-forms/> عن طريق الفاكس أو البريد الإلكتروني إلى CAIR Help Desk (مكتب مساعدة كير) على الرقم 436-8320-1-888 أو عن طريق البريد الإلكتروني إلى CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov

ضع الحروف الأولى من إسمك هنا:

(Initial Here)

14- حماية مستخدم الهاتف وأفعال CAN-SPAM

من خلال توفير رقم هاتف خلوي أو جهاز لاسلكي آخر لنا، فإنك توافق على أنه يتسنى لنا أو لمقدمي الخدمات التابعين لنا خدمة حسابك (حساباتك) (بما في ذلك الاتصال بك بخصوص كيفية الحصول على المساعدة المالية لحسابك (لحساباتك)، أو لتحصيل أي مبالغ قد تكون مدان بها، قد نقوم نحن، أو وكلائنا، أو ممثلينا، أو مقدمي الخدمات الآخرين بالاتصال بك مما قد يسفر عن رسوم تفرض عليك. أنت توافق صراحة على أن طرق الاتصال قد تشمل استخدام الرسائل المسجلة مسبقاً ورسائل الأصوات الاصطناعية و/أو استخدام جهاز اتصال تلقائي، كما ينطبق. تنطبق هذه الموافقة على جميع الخدمات والفواتير المرتبطة برقم حسابك (حساباتك) وليست شرطاً لشراء ممتلكات، أو سلع، أو خدمات. لا يتطلب منك وضع الحروف الأولى من إسمك على هذا القسم كشرط لإدخالك.

ضع الحروف الأولى من إسمك هنا:

إذا اخترت الخروج، ضع علامة هنا:

(Initial Here)

يشهد الموقع أدناه بأنه قد قرأ شروط الإدخال، وحصل على نسخة، وأنه المريض، أو الممثل القانوني للمريض، أو أنه مخول حسب الأصول من قبل المريض بأنه الوكيل العام للمريض لتنفيذ ما سبق وقبول شروطه.

صباحا/مساء

[Time] [الوقت]

[Date] [التاريخ]

[توقيع المريض/ولي الأمر/الراعي/الوصي]

[Signature of Patient/Parent/Conservator/Guardian]

[ممثل المستشفى]

[Hospital Representative]

[إذا تم التوقيع بواسطة شخص آخر غير المريض، أذكر العلاقة]

[If signed by other than patient, indicate relationship]

اتفاقية المسؤولية المالية بواسطة شخص آخر غير المريض أو الممثل القانوني للمريض
أوافق على تحمل المسؤولية المالية للخدمات المقدمة للمريض وقبول شروط الاتفاقية المالية، والتنازل عن مخصصات التأمين،
وأحكام التزام الخطة الصحية أعلاه.

FINANCIAL RESPONSIBILITY AGREEMENT BY PERSON OTHER THAN THE PATIENT OR THE PATIENT'S LEGAL REPRESENTATIVE

I agree to accept financial responsibility for services rendered to the patient and to accept the terms of the Financial Agreement, Assignment of Insurance Benefits, and Health Plan Obligation provisions above.

صباحا/مساء

[ممثل المستشفى]

[Hospital Representative]

[Time] [الوقت]

[Date] [التاريخ]

[توقيع الطرف المسؤول ماليا]

[Signature of Financially Responsible Party]

بيان المترجم الفوري

تم ترجمة الوثيقة أعلاه بواسطة المترجم الفوري (المذكور أدناه) للمريض أو للممثل القانوني باللغة الأساسية للمريض أو الممثل القانوني (اذكر اللغة): _____ . وقد فهم جميع الشروط وأقر بموافقة على الوثيقة أعلاه.

 خدمات المترجم الفوري

Interpreter Service

[اسم المترجم الفوري ورمز التعريف - بخط واضح]

[Interpreter Name and Identification Code - Print]

Interpreter's Statement:

The foregoing document was translated by the interpreter (listed below) to the patient or legal representative in the patient's or legal representative's primary language (indicate language): _____. He/she understood all of the terms and conditions and acknowledged his/her agreement with the above document.

صباحا/مساء

[Time] [الوقت]

[Date] [التاريخ]

[Witness] [الشاهد]

CONDITIONS OF ADMISSION - ARABIC

Patient Identification