

شرایط پذیرش بیمار

بیمار فوق جهت بستری شدن، درمان سرپایی و / یا اورژانسی مطابق با ضوابط و شرایط زیر در بیمارستان هوگ مریال هاسپیتال پرسبیتریان Hoag Memorial Hospital Presbyterian پذیرفته می شود:

1. رضایت نامه جهت اقدامات پزشکی و جراحی

امضا کننده این رضایت نامه خود را با اقداماتی که در زمان بستری بودن در بیمارستان و یا درمان سرپایی صورت می گیرد، اعلام می دارد. امضای این رضایت نامه شامل درمان یا خدمات اورژانسی و امکانات الزامی شامل روش های آزمایشگاهی، معاینات اشعه ایکس، درمان یا اقدام پزشکی و جراحی، بی هوشی، خدمات پزشکی تلفنی و سایر خدمات بیمارستانی ارائه شده به بیمار تحت نظر و دستور پزشک و یا جراح بیمار می باشد، اعلام می دارد. بمنظور تبعیت از قوانین کالیفرنیا، ممکن است جهت رفاه بیمار، ارزیابی ها و آزمایشاتی (مانند آزمایش پی ک یو PKU) در زمان حضور وی در بیمارستان انجام شود و خدمات درمانی نیز در همین زمان ارائه گردد. امضا کننده، رضایت خود را با چنین آزمایشات یا خدمات درمانی مطابق با قانون ایالتی می باشد، اعلام می دارد.

2. مراقبت های پرستاری

این بیمارستان صرفاً خدمات پرستاری عمومی را ارائه می دارد، مگر آنکه به دستور پزشک معالج، بیمار به مراقبت های پرستاری ویژه نیاز داشته باشد. چنانچه وضعیت بیمار به نحوی است که به مراقبت های پرستاری ویژه و خصوصی نیاز دارد، هماهنگی های لازم باید توسط بیمار یا نماینده قانونی او به عمل آید. بیمارستان به هیچ وجه مسئولیت عدم ارائه خدمات مذکور را به عهده نخواهد گرفت و بدینوسیله خود را از هر نوع مسئولیتی در قبال عدم ارائه خدمات مذکور مبرا می داند.

3. پزشکان بیمارستان، پزشکی مستقل می باشند

همه پزشکان و جراحانی که با بیماران کار می کنند، شامل رادیولوژیست، پاتولوژیست، پزشک بخش اورژانس، متخصص بیهوشی، متخصص بستری و امثال آنها، پزشکی مستقل می باشند و استخدام یا کارمند بیمارستان نمی باشند. آنها صرفاً مجاز به استفاده اختصاصی از بیمارستان برای درمان و معالجه بیماران خود می باشند. صورتحساب پزشکان مجزا از هزینه های بیمارستان می باشد و یعنی ممکن است بیماران چندین صورت حساب بغیر از صورتحساب بیمارستان دریافت بدارند.

تخصیص حروف نام و نام خانوادگی خود را در اینجا بنویسید (Initial Here):

بیمار تحت درمان و نظارت پزشک معالج خود می باشد. پزشک معالج یا جراح بیمار موظف است رضایت نامه امضاء شده مطلع بودن بیمار را از او دریافت کند و در صورت لزوم، برای معالجه پزشکی یا جراحی، آزمایشات یا روش های تشخیصی ویژه یا خدمات بیمارستانی که بر اساس دستورات عمومی و یا ویژه پزشک بیمار به او ارائه می شود. پزشک معالج موظف است رضایت نامه را به اعضای مریض برساند.

4. اموال شخصی

به بیمار توصیه می شود لوازم شخصی خود را در منزل بگذارد. بیمارستان دارای یک صندوق ضد حریق برای نگهداری از پول و اشیاء با ارزش می باشد. بیمارستان هیچگونه مسئولیتی در قبال گم شدن یا آسیب دیدن پول، جواهر، اسناد یا سایر اموال شخصی که همراه بیمار می باشد، ندارد. مسئولیت فقدان هر نوع اموال شخصی تحویل داده شده به بیمارستان، مطابق با قانون به حداکثر پانصد دلار (\$500) محدود می شود مگر اینکه قبلاً یک رسید کتبی جهت دریافت مبلغ بیشتر از بیمارستان دریافت شده باشد.

تخصیص حروف نام و نام خانوادگی خود را در اینجا بنویسید (Initial Here):

5. بیماران یاردار

چنانچه بیمار یاردار در زمان بستری در بیمارستان صاحب فرزندی شود، امضا کننده رضایت نامه بالا توافق خود را با تمام ضوابط پذیرش در مورد نوزد خود را نیز اعلام می دارد.

تخصیص حروف نام و نام خانوادگی خود را در اینجا بنویسید (Initial Here):



6. مشارکت در آموزش پزشکی / برنامه های آموزشی

امضا کننده رضایت می دهد مشارکت بیمارستان در برنامه های آموزشی مانند حضور دستیاران پزشکی در برنامه های آموزش پزشکی، آموزش پرستاران و سایر پرسنل مراقبتی بهداشتی بیمارستان و احتمال مشارکت این افراد در اعمال جراحی، روش های تشخیصی یا درمانی ویژه یا درمان های مشخص شده تحت نظارت مناسب، شرکت می کند. امضاء کننده ضروریات آن را درک نموده و رضایت خود را اعلام می دارد.

7. موافقت یا تصویربرداری

امضا کننده رضایت خود با عکسبرداری و فیلمبرداری از خود (به صورت دیجیتال یا هر نوع فرمتی دیگر و هر روش دیگر ضبط فیلم و عکس) در حین معالجه در بیمارستان اعلام می دارد و درک می کند که چنین تصویربرداری هایی ممکن است در مواردی که بیمارستان یا پزشک(ان) معالج بیمار ضروری تشخیص دهند، برای اعمال درمانی بیمار یا فعالیت های درمانی بیمارستان از قبیل بررسی بیمار با وضعیت مشابه یا آموزش پزشکی مورد استفاده قرار گیرند.

8. تعهدات مالی

بدین وسیله امضا کننده، اعم از اینکه خود یا نماینده اش این فرم را امضا کند، متعهد می شود در رابطه با خدماتی که از بیمارستان دریافت می کند، شخصا هزینه های بیمارستان را مطابق با قوانین و ضوابط بیمارستان شامل بخش مراقبت های درمانی خیریه و سیاست های تخفیف باید در اسرع وقت پرداخت نماید. امضا کننده درک می کند که همه پزشکان و جراحان، شامل رادیولوژیست، پاتولوژیست، پزشک بخش اورژانس، متخصص بیهوشی، متخصص بستری و سایرین، دستمزد خود را جداگانه دریافت خواهند کرد. چنانچه حسابهای پرداخت نشده به یک وکیل یا سازمان گرفتن حسابهای داده نشده فرستاده شود، امضا کننده متعهد می شود دستمزد واقعی وکیل یا هزینه های جمع آوری حسابهای داده نشده را پرداخت نماید. همچنین سود مربوط به حسابهای مختلف نیز باید بر مبنای قانونی پرداخت شود..
تختین حروف تام و تام خانوادگی خود را در اینجا بنویسید (Initial Here): _____

9. واگذاری کمک هزینه های بیمه

امضا کننده، اعم از اینکه خود یا نماینده اش این فرم را امضا کند، شرکت بیمه یا هر عامل پرداخت کننده دیگر را مجاز می دارد که به نیابت از وی کمک هزینه های بیمه یا هر مبلغ قابل پرداخت دیگری را مستقیماً به بیمارستان پرداخت نماید. ضمناً امضاء کننده موافقت می کند که پرداخت هزینه به بیمارستان مطابق با این مجوز شرکت بیمه را از هر گونه دخل و تصرفی در مبلغ پرداختی مذکور میرا می دارد. تعهدات مالی هزینه هایی که در این چارچوب پرداخت نشده است به مسئولیت او خواهد بود.

10. الزامات طرح بیمه درمانی (بیمه)

بیمارستان با تعدادی طرح بیمه درمانی قرارداد دارد. بیمار می تواند از دفتر پذیرش بیمارستان و یا دفتر ثبت، نام یک کپی از این طرح را دریافت نماید. بیمارستان هیچ نوع قراردادی، مکتوب یا تلویحی، با طرح هایی که در این لیست ذکر نشده است، ندارد. بنابراین بیمار موظف است اطمینان حاصل کند که طرح بیمه درمانی از خدمات ارائه شونده در بیمارستان می پردازد. چنانچه بیمارستان با طرح بیمه درمانی وی قرارداد ندارد یا بیمار موفق به دریافت مجوزی از بیمه درمانی خود نمی شود، امضا کننده متعهد می شود شخصا هزینه های بیمارستان را مطابق با قوانین و ضوابط بیمارستان شامل سیاست های کمک مالی، پرداخت نماید.
همه پزشکان و جراحان، شامل رادیولوژیست، پاتولوژیست، پزشک بخش اورژانس، متخصص بیهوشی، متخصص بستری و سایرین، دستمزد خود را جداگانه دریافت می کنند. امضا کننده موظف است بررسی کند که آیا پزشکان ارائه دهنده خدمات در بیمارستان با بیمه درمانی او قرارداد دارند یا خیر. تختین حروف تام و تام خانوادگی خود را در اینجا بنویسید (Initial Here): _____

11. گواهی بدین وسیله تأیید می‌شود فردی که یابین این برگه را امضا کرده است پروتور اطلاعات بیمار (patient information) که حقوق بیمار و نحوه ارائه شکایت، و مسئولیت های بیمار، و حقوق شما برای تصمیم گیری درباره درمان پزشکی (اطلاعات پیشرفته مراقبت های پزشکی) و اطلاعاتی از این دست را دریافت کرده است
 امضاء کننده زیر اعلام می نماید و درک می کند که در زمانهایی، بیمارستان ممکن است خدماتی را از طریق استفاده از منابع خارجی و یا تحت ترتیبات با اشخاص ثالث، از جمله، به عنوان مثال، خدمات ارائه شده توسط آزمایشگاه تخصصی مرجع یا انستیتو ارتوپدی هوگ (Hoag Orthopedic Institute) را به بیماران بستری در بیمارستان ارائه دهد. در چنین شرایطی بیمارستان مسئولیت حرفه ای و اداری را برای تمام خدمات ارائه شده توسط این منابع خارجی به بیماران بیمارستان را می پذیرد. (Initial Here):

12. تأییدیه نتایج آزمایش

من بدین وسیله درخواست می‌کنم و موافق هستم که نتایج آزمایش‌های من در پورتال بیمار (patient portal) قرار داده شود تا بتوانم به صورت الکترونیکی و به عنوان بخشی از سابقه پزشکی خود به آنها دسترسی داشته باشم. من می‌دانم که نتایج آزمایش‌های مربوط به HIV، هپاتیت، سوء مصرف مواد، یا موارد وخیم در پورتال بیمار (patient portal) قرار نخواهد گرفت.

تخصیص حروف نام و نام خانوادگی خود را در اینجا بنویسید (Initial Here): _____
 بله ریخ
 [yes] [no]

13. نام‌نویسی ایمن سازی کالیفرنیا

هنگام ممکن است سوابق ایمن سازی و یا سوابق آزمایشات سل (TB) شما را با نام‌نویسی ایمن سازی کالیفرنیا (CAIR) که یک پایگاه داده ها در سطح ایالت است و اطلاعات ایمن سازی بیماران را امن و محرمانه نگهدارند در میان بگذارد. متخصصان مراقبت‌های پزشکی، آژانسها و مدارس از CAIR برای پیگیری تمام واکسن ها و آزمایشات سل شما استفاده می کنند و می توانند مدارک مورد نیاز در مورد ایمن سازی برای مهد کودک ها، مدارس، یا شغل جدید را در دسترس بگذارند. اگر شما مایل نیستید که سوابق آزمایشات سل (TB) شما با دیگر استفاده کنندگان این پایگاه در میان گذاشته شود، لطفاً (فرم درخواست رد یا شروع در میان نهادن اطلاعات ایمن سازی) "Decline or Start Sharing/Immunization Information Request Form" که در نامی CAIR به آدرس <http://cairweb.org/cair-forms/> موجود است را به دفتر کمک CAIR به شماره 1-888-436-8320 فکس یا به آدرس CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov ایمیل کنید. (Initial Here): _____

14. قوانین حفاظت از کاربر تلفن و CAN-SPAM (قانون حمله پورنوگرافی و بازاریابی ناخواسته)

شما با ارائه شماره مربوط به تلفن همراه یا دستگاه بی‌سیم دیگر خود به ما یا ارائه‌دهندگان خدماتمان می‌پذیرید که ما، مأموران، نمایندگان، یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات ما به منظور ارائه خدمات به حساب(های) شما (از جمله تماس با شما برای گرفتن کمک مالی احتمالی برای حساب(ها) خودتان)، یا وصول هر مبلغی که ممکن است به ما بدهکار باشید، می‌توانیم با شما تماس بگیریم که ممکن است بر شما هزینه تحمیل کند. شما رضایت خود را صریحاً اعلام می‌کنید که روش‌های برقراری تماس می‌تواند در صورت لزوم شامل استفاده از پیام‌های از پیش ضبط شده و صدای ماشینی و/یا استفاده از دستگاه شماره گیری خودکار باشد. این رضایت در مورد تمام خدمات و صدور صورت‌حساب‌های مرتبط با شماره حساب(های) شما اعمال شده و مشروط به خرید ملک، کالا، یا خدمات نیست. شما به‌عنوان شرط پذیرش ملزم به درج حروف اول نام خود در این بخش نیستید.

(Initial Here)

حروف اول نام خود را اینجا بنویسید: _____ اگر تمایل ندارید، لطفاً علامت بزنید:

HOAG

MEMORIAL

HOSPITAL

PRESBYTERIAN

Irvine • Newport Beach

امضا کننده گواهی می دهد که وی ضوابط پذیرش را مطالعه و یک نسخه از آن را دریافت کرده است. امضا کننده، شخص بیمار، یا نماینده قانونی او، فردی است که بیمار او را به عنوان نماینده خود جهت انجام موارد بالا انتخاب کرده است و یا شرایط و ضوابط مربوطه موافقت دارد.

_____ [Time] [ساعت] _____ [Date] [تاریخ] _____ [Signature of Patient/Parent/Conservator/Guardian] [امضای بیمار/والد/سرپرست/حامی او]

_____ [Hospital Representative] [نماینده بیمارستان]

_____ [در صورت امضا توسط فردی به غیر از بیمار، نسبت او با بیمار] [If signed by other than patient, indicate relationship]

موافقت تعهدات مالی توسط فردی به غیر از بیمار یا نماینده قانونی بیمار من موافقت خود با پذیرش تعهدات مالی مربوط به خدماتی که بیمار دریافت می کند، اعلام می دارم و ضوابط تعهدات مالی، واکزاری کمک هزینه های بیمه و الزامات طرح بیمه درمانی ارائه شده در بالا را می پذیرم.

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.

_____ [Hospital Representative] [نماینده بیمارستان] _____ [Time] [ساعت] _____ [Date] [تاریخ] _____ [Signature of Financially Responsible Party] [امضای عامل متعهد مالی]

بیانیه مترجم حضوری:

سند فوق توسط مترجم رسمی (ذکر شده در زیر) برای بیمار یا نماینده قانونی به زبان اصلی بیمار یا نماینده قانونی او (زبان ذکر شود) ترجمه شد: _____ . او همه شرایط و ضوابط را درک کرد و موافقت خود را با سند بالا اعلام نمود.

خدمات مترجم حضوری [Interpreter Service]

_____ [Interpreter Name and Identification Code-Print] [نام و کد شناسایی مترجم - حروف بزرگ و خوانا]

_____ [Time] [ساعت] _____ [Date] [تاریخ] _____ [Witness] [شاهد]

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.

CONDITIONS OF ADMISSION - FARSI

PS 1104-F

Page 4 of 4

Rev 03/24/17

Patient Identification