

نموذج الموافقة العامة على خدمات الرعاية الصحية للقاصرين

تقديم الموافقة العامة أمر اختياري، ويمكن بدلاً من ذلك إعطاؤها على أساس كل حالة على حدة. يجوز لولي الأمر سحب الموافقة الشاملة في أي وقت.

(I.C. § 32-1015(4)(a)(i).)

لجميع المرضى:

الموافقة والتفويض والإعفاء

بتوقيع هذا النموذج، أعطي موافقتي وإذني إلى مركز CHAS Health بمعالجتي. إذا كان المريض قاصراً أو غير قادر على التوقيع بنفسه، فإنني - بوصفي وصياً قانونياً أو وكيلاً رسمياً - أوافق على علاجه. قد يتضمن العلاج خدمات الرعاية الأولية وخدمات طب الأسنان وخدمات الصحة السلوكية والخدمات الصيدلانية، بما في ذلك الفحوصات والاختبارات ودراسات التصوير والمختبرات. قد تُطبق استمارات موافقة إضافية لبعض الإجراءات مثل التطعيمات أو الإجراءات المتعلقة بطب الأسنان، حيث لا تغطيها هذه الموافقة العامة على العلاج.

تسري هذه الموافقة لمدة عام من تاريخ التوقيع وتسري على جميع الزيارات خلال هذه الفترة.

أدرك ما يلي وأوافق عليه:

- أنا مسؤول مالياً عن جميع الخدمات غير المغطاة و/أو المبالغ المدفوعة بشكل مشترك و/أو الخصومات و/أو التأمين المشترك.
- أنا مسؤول مالياً عن جميع رسوم الخدمات والإمدادات والمعدات التي يقدمها أي مُقدم خدمة خارجي (مثل العمل في المختبر) ويمكن لمُقدم الخدمة الخارجي أن يرسل لي فاتورة بهذه الرسوم بشكل مباشر.
- تُخصّص مزايا التأمين الخاص بي إلى مركز CHAS Health.
- هذه الشروط غير قابلة للتفاوض. تُعد أي محاولات لتعديل هذه الشروط باطلة، ويمثل قبولي لخدمات الرعاية الصحية موافقتي على هذه الشروط بشكل كامل.
- يمكن أن تُقدم لي خدمات الرعاية الصحية عن طريق الهاتف أو مكالمات الفيديو، والتي يُشار إليها باسم خدمات الرعاية الصحية عن بُعد. بينما توفر خدمات الرعاية الصحية عن بُعد العديد من المزايا بما في ذلك زيادة قابلية الوصول لخدمات الرعاية الصحية، إلا أن هناك مخاطر تتعلق بها. لدي الحق في رفض الحصول على العلاج من خلال خدمات الرعاية الصحية عن بُعد في أي وقت. قد تؤدي المخاطر المتعلقة بتعطيل المعدات أو ضعف اتصال الهاتف أو الإنترنت إلى تعطيل تقديم خدمات الرعاية أو تأخيرها. وقد تكون الزيارات الشخصية مطلوبة. في حالات نادرة جداً، قد تتعرض بروتوكولات الأمان للاختراق، مما يتسبب في انتهاك الخصوصية أو المعلومات الطبية الشخصية. يرجى مراجعة سياسة الخصوصية الخاصة بمركز CHAS Health للحصول على المزيد من المعلومات حول كيفية تأمين البيانات الشخصية.
- أوافق على أن يتواصل معي مركز CHAS Health باستخدام رسائل نصية قصيرة غير مؤمنة أو من خلال البريد الإلكتروني فيما يتعلق برعايتي الصحية حيث قد يتضمن ذلك معلومات صحية محمية. أدرك أن تبادل الرسائل الإلكترونية أو الرسائل النصية أو غيرها من الرسائل الخطية مع فريق الرعاية قد يؤدي إلى الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية لأشخاص غير مصرح لهم بذلك، وأن مركز CHAS Health لا يستطيع التحكم في الجهات التي يمكنها الاطلاع على هذه المعلومات عند إرسالها بطريقة غير آمنة. إذا أجريت اتصالات أو رددت عليها باستخدام مسارات غير مشفرة، فإنني أتحمّل مسؤولية احتمالية رؤية أطراف خارجية لمعلوماتي.
- أدرك أنه يجوز لي إلغاء الاشتراك في الرسائل النصية عن طريق الرد بكلمة stop411 في أي وقت. وأدرك أنني لست مطالباً بالموافقة على تلقي رسائل نصية حتى أحصل على الخدمات، وأنني قد أختار التوقيع على نموذج مختلف يستبعد الموافقة على هذه الرسائل النصية.
- وأدرك أنني مسؤول عن أي تكاليف مرتبطة بتلقي الرسائل النصية، بما في ذلك رسوم البيانات من شركة الاتصالات اللاسلكية التي أتعامل معها. أصرح إلى مركز CHAS Health بالاتصال بي عبر الهاتف لتذكيري بالمواعيد أو لمناقشة معلوماتي الصحية المحمية.



8. إذا أخفقت في الالتزام بحضور مواعيدي أو قدمت إشعارًا متأخرًا بالإلغاء (خلال 4 ساعات من المواعيد المُحددة) ثلاث مرات خلال فترة ثلاثة أشهر، قد أصبح مقيدًا بوضع تحديد الموعد أو الحضور في نفس اليوم فقط.
9. أقر بأنه بموجب قانون HIPAA، يجوز لشركة CHAS Health مشاركة معلوماتي مع شركة التأمين/الجهة الدافعة الخاصة بي لأغراض الدفع.

التوقيعات الإلكترونية. بالتوقيع أدناه، أقبل أن تُعد هذه الوثيقة موقعة عندما يوقعها طرف ما إلكترونياً. ينفذ الموقع هذه الوثيقة إلكترونياً، وينوي الالتزام بالشروط والبيانات والموافقات الواردة فيها، ويقبل أن يعتبر التوقيع الإلكتروني توقيعاً أصلياً له نفس الأثر القانوني للتوقيع الأصلي إلى أقصى حد يسمح به القانون المعمول به، بما في ذلك التوقيع الإلكتروني الفيدرالي في قانون التجارة العالمية والوطنية، وأي قانون حكومي مماثل يعتمد على قانون المعاملات الإلكترونية الموحد، ويتنازل الطرفان بموجبه عن أي اعتراض على ما يتعارض مع ذلك. يقر الموقع بأن هذا الشرط مدمج بموجبه في الاتفاقية / الوثيقة.

أبلغ من العمر 18 عاماً وأملك الحق في الموافقة على العلاج، أو أنا ولي الأمر أو الوصي أو أي شخص آخر مفوض قانوناً بموجب قانون الموافقة على خدمات الرعاية الصحية للمريض القاصر Idaho أو Washington

التاريخ

توقيع المريض أو الممثل القانوني

الصِّلة بالمريض في حال التوقيع بالنيابة عنه (مريض قاصر أو شخص عديم الأهلية)