

HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE (معهد هوغ لجراحة العظام)

هذه وثيقة قانونية.
لا يُسمح بالتغييرات في هذا النموذج.

شروط الدخول (CONDITIONS OF ADMISSION – ARABIC)

يدخل المريض الموقع أدناه إلى معهد هوغ لجراحة العظام ("HOI" أو "المستشفى") لتلقي العلاج داخل المستشفى أو العيادات الخارجية وفقاً للشروط والأحكام التالية:

1. الموافقة على الإجراءات الطبية والجراحية

أوافق على الإجراءات التي قد تُجرى خلال فترة إقامتي في المستشفى أو في العيادات الخارجية. وقد تشمل هذه الإجراءات، على سبيل المثال لا الحصر، الإجراءات المعملية، أو الفحوصات بالأشعة السينية، أو العلاجات، أو الإجراءات الطبية أو الجراحية، أو التخدير، أو الخدمات الطبية المقدمة لي بموجب التعليمات العامة أو الخاصة لطبيبي أو جراحي أو غيرهم من أخصائيين الرعاية الصحية الذين يساعدون في رعايتي، وكذلك اختبارات الفحص أو العلاجات المطلوبة قانوناً. وللمساعدة في رعايتي، أوافق على التقييم والفحص من قبل طبيب أو غيره من مقدمي الرعاية الصحية الذين قد يكونون بعيدين عني جسدياً عبر تقنيات الصحة عن بُعد، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر الفيديو ثنائي الاتجاه والصور الرقمية وتقنيات الصحة عن بُعد الأخرى التي يحددها مقدمو الرعاية الصحية. كما أوافق أيضاً على دخولي إلى المستشفى.

2. الرعاية الطبية والتمريضية

أدرك أنني تحت رعاية وإشراف طبيبي / أطبائي، وأن معهد هوغ لجراحة العظام وطاقم التمريض التابع له يُنفذون تعليمات هؤلاء الأطباء. كما أدرك أن معهد هوغ لجراحة العظام يُقدم فقط الرعاية التمريضية العامة والرعاية التي يطلبها أطبائي، وأنه غير مسئول عن عدم توفير ممرضة خاصة. وبموجب هذا، أعفي معهد هوغ لجراحة العظام من أي مسؤولية ناجمة عن عدم تقديمه لهذه الرعاية الإضافية.

3. العلاقة القانونية بين معهد هوغ لجراحة العظام والأطباء

أنا أدرك أن جميع الأطباء والجراحين الذين يقدمون لي الخدمات، بما في ذلك مساعدي الأطباء وأخصائيين الأشعة وأخصائي الأمراض وأطباء التخدير وأطباء المستشفى ومتخصصي العناية المركزة وغيرهم من الأطباء هم خبراء طبيون مستقلون وليسوا موظفين أو موظفين أو ممثلين أو وكلاء لمعهد هوغ لجراحة العظام. وأنهم يحظون فقط على امتياز الاستفادة من المستشفى لرعاية مرضاهم وعلاجهم. وأنه يتم إصدار فواتير رسوم الخدمات الطبية بشكل منفصل ومستقل عن رسوم المستشفى، مما يعني أنني سألتقى أكثر من فاتورة واحدة للخدمات.

التوقيع بالأحرف الأولى هنا: _____

أنا أدرك أنني تحت رعاية وإشراف طبيبي / أطبائي. وأن معهد هوغ لجراحة العظام وطاقم التمريض فيه يتحملون مسؤولية تنفيذ تعليمات طبيبي. بينما يتحمل طبيبي أو جراحي مسؤولية الحصول على موافقتي المُستنيرة، عند الاقتضاء، في العلاج الطبي أو الجراحي، أو الإجراءات التشخيصية أو العلاجية الخاصة، أو خدمات المستشفى المُقدمة لي بموجب تعليمات طبيبي العامة والخاصة.

4. الممتلكات الشخصية والأشياء الثمينة

يطلب معهد هوغ لجراحة العظام من المرضى وعائلاتهم عدم إحضار ممتلكاتهم الشخصية والتمينة إلى المنشأة. ولا يتحمل معهد هوغ لجراحة العظام مسؤولية فقدان أو تلف أي أموال أو مستندات أو مجوهرات أو هواتف محمولة أو أجهزة إلكترونية أو أي أغراض أخرى غير موضوعة في الخزانة المقاومة للحريق التي يصونها مستشفى هوغ الإنجيلية التذكارية (Hoag Memorial Hospital Presbyterian). ولا يتحمل معهد هوغ لجراحة العظام مسؤولية أي أغراض تُترك بجانب سرير المريض/العائلة بناءً على تقديرهم، والتي لم يستلمها الموظفون. على ألا تتجاوز مسؤولية فقدان أي ممتلكات شخصية مودعة لدى معهد هوغ لجراحة العظام لحفظها عن 500 دولاراً أمريكياً.

التوقيع بالأحرف الأولى هنا: _____

5. المشاركة في برامج التعليم الطبي والتدريب السريري

أنا أدرك أن معهد هوغ لجراحة العظام يُشارك في برامج تعليمية، وأن الأطباء المرخصين، وطلاب مهن الرعاية الصحية (مثل التمريض، والأشعة، والعلاج التأهيلي، إلخ)، وطلاب الدراسات العليا، والمتدربين الآخرين، قد يُراقبونني ويُفحصونني ويُعالجونني، ويُشاركون في رعايتي وعلاجي تحت إشراف مناسب، وفقاً لما تقتضيه برامج تعليمهم الطبي وتدريبهم السريري.



6. الصور والمقاطع المصورة والتسجيلات

أنا أوافق على التقاط صور فوتوغرافية أو مقاطع مصورة أو صور رقمية أو غيرها (مثل صور الإجراءات، وصور الجروح، وما إلى ذلك) لحالتي أو علاجي الطبي أو الجراحي، واستخدام هذه الصور لأغراض تشخيصية أو علاجية أو لعمليات معهد هوغ لجراحة العظام، بما في ذلك مراجعة الأقران أو تحسين الجودة أو التعليم أو التدريب. وأدرك أنه يُحظر الكشف عن الصور والمقاطع المصورة والصور الرقمية أو غيرها أو نشرها لأغراض أخرى إلا إذا قدمت موافقتي الكتابية المنفصلة.

كما أدرك أنه لا يجوز لي ولا لزوجي تصويري أو أخذ أو تسجيل أو الكشف عن أو مشاركة أي صور أو محادثات لموظفي معهد هوغ لجراحة العظام أو طبيبي / أطبائي أو غيرهم دون موافقة كتابية من جميع الأطراف المعنية.

7. الاتفاق المالي

أنا أوافق، سواء وقعت بصفتي مريضاً أو وكيلًا للمريض أو زوجاً أو والدًا أو ولي أمر أو ضامناً مالياً، على أنه في مقابل الخدمات المُقدّمة، أوافق على سداد حساب معهد هوغ لجراحة العظام فوراً وفقاً لأسعار وشروط معهد هوغ لجراحة العظام المعتادة، بما في ذلك سياسات الرعاية الخيرية والخصومات، إن وجدت. وأدرك أن جميع الأطباء والجراحين، بمن فيهم مساعدو الأطباء، وأطباء الأشعة، وأخصائيو علم الأمراض، وأطباء التخدير، وأطباء المستشفيات، وأخصائيو العناية المركزة، وغيرهم من الأطباء، سيُصدرون فواتير منفصلة لخدماتهم. وفي حال إحالة أي حساب إلى محامٍ أو وكالة تحصيل للتحصيل، سأدفع أتعاب المحاماة الفعلية ونفقات التحصيل. وتُحتسب فائدة على جميع الحسابات المتأخرة بالسعر القانوني.

تُنشر الأسعار الاعتيادية لمعهد هوغ لجراحة العظام، المعروفة باسم "Chargemaster"، ومعلومات الفواتير على <https://www.hoagorthopedicinstitute.com/for-patients/billing-and-insurance/>. وتُطبق الأسعار الاعتيادية على الخدمات التي يقدمها معهد هوغ لجراحة العظام، بما في ذلك الخدمات غير المشمولة ببرامج Medicare أو Medi-Cal أو Medicaid، أو غير الخاضعة لترتيبات تعاقدية أخرى.

التوقيع بالأحرف الأولى هنا: _____

8. المساعدة المالية

أنا أوافق وأدرك أنه في حال عدم قدرتي على الوفاء بالتزاماتي المالية، يُمكنني التواصل مع المستشارين الماليين عبر الهاتف 764-5564 (949) أو عبر البريد الإلكتروني FC@hoag.org. يمكن لمعهد هوغ لجراحة العظام مساعدتك في طلبك وتوفير الطلبات لـ Medicare، أو برنامج Healthy Families، أو Medi-Cal، أو أي تغطية صحية أخرى مقدمة من خلال بورصة كاليفورنيا للمزايا الصحية (California Health Benefit Exchange)، أو برنامج خدمات الأطفال في كاليفورنيا (California Children's Services)، أو أي تغطية صحية أخرى ممولة من الولاية أو المقاطعة. إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المساعدة في فهم عملية إصدار الفواتير والدفع، يُمكنك زيارة موقع تحالف المستهلكين الصحيين (Health Consumer Alliance) الإلكتروني <https://healthconsumer.org> للعثور على إحالات لمنظمات قد تُقدم لك المزيد من المساعدة. ويمكنك أيضاً الرجوع إلى www.OCGOV.com للحصول على المساعدة المحلية. ونحن ملتزمون بتوفير معلومات حول برنامج المساعدات المالية في معهد هوغ لجراحة العظام في المجتمعات التي نخدمها بطريقة سهلة الفهم. يتوفر هذا الملخص، وسياسة المساعدات المالية في معهد هوغ لجراحة العظام، ونموذج طلب المساعدة المالية في معهد هوغ لجراحة العظام بلغات أخرى بالإضافة إلى اللغة الإنجليزية، بما في ذلك العربية، والصينية، والفارسية، والكورية، والإسبانية، والفيتنامية. انظر موقعنا الإلكتروني <https://www.hoagorthopedicinstitute.com/for-patients/billing-and-insurance/financial-assistance/>.

9. إخطار بالمصالح المالية للطبيب

أقر بأنني قد أخطرت بأن معهد هوغ لجراحة العظام يفِي بتعريف "مستشفى مملوك لطبيب" على النحو المحدد في القانون الفيدرالي (42 قانون اللوائح الفيدرالية 489.3)، وأن قائمة أصحاب أو مستثمري معهد هوغ لجراحة العظام من الأطباء أو أفراد الأسرة المباشرين من الأطباء، متوفرة عند الطلب. كما يقر الموقع أدناه باستلام إخطار "الكشف عن الملكية" للمستشفى ويدرك أن المريض لديه إمكانية اختيار منشأة أخرى غير معهد هوغ لجراحة العظام للخدمات التي يطلبها أو يقررها طبيب المريض.

التوقيع بالأحرف الأولى هنا: _____

10. إحالة جميع الحقوق والمزايا

سواءً وقَّعتُ بصفتي مريض أو وكيل، فإنني أحيل وأحوّل إلى معهد هوغ لجراحة العظام جميع الحقوق والمزايا وأي مصالح أخرى تتعلق بأي خطة تأمين أو خطة استحقاقات صحية أو أي مصدر آخر للدفع مقابل رعايتي بشكل لا رجعة فيه. تشمل هذه الإحالة تعيين وتفويض الدفع المباشر إلى معهد هوغ لجراحة العظام لجميع مزايا التأمين والخطط الصحية المستحقة لهذا الاستشفاء أو لخدمات العيادات الخارجية. كما أوافق على أن دفع شركة التأمين أو الخطة إلى معهد هوغ لجراحة العظام بموجب هذا التفويض يُبرئ التزاماتها في حدود هذا الدفع. كذلك أقر بمسؤوليتي المالية عن الرسوم التي لم تُدفع وفقاً لهذه الإحالة، إلى الحد الذي يسمح به قانون الولاية والقانون الفيدرالي. كما أوافق على التعاون مع معهد هوغ لجراحة العظام واتباع كافة الخطوات المطلوبة منطقياً من معهد هوغ لجراحة العظام لإتمام هذه الإحالة أو تأكيدها أو التحقق من صحتها.

11. التزام الخطة الصحية (التأمين)

يحتفظ معهد هوغ لجراحة العظام بقائمة البرامج الصحية المتعاقد معها. يوفر مكتب القبول والتسجيل قائمة بهذه الخطط عند الطلب، أو عبر موقعنا الإلكتروني <https://www.hoagorthopedicinstitute.com/for-patients/billing-and-insurance/insurance/>. لا يوجد لمعهد هوغ لجراحة العظام عقد، سواء صريح أو ضمني، مع أي خطة غير مدرجة في القائمة. وأنا أتحمل مسؤولية التأكد من أن خطة رعايتي الصحية قد وافقت على الخدمات التي يقدمها معهد هوغ لجراحة العظام. وسواءً وقَّعتُ بصفتي مريض أو وكيل، أوافق على أنني ملزم شخصياً بدفع حساب معهد هوغ لجراحة العظام وفقاً لسعر معهد هوغ لجراحة العظام وشروطه الاعتيادية، بما في ذلك سياسات مساعداته المالية، في حال انتمائي إلى خطة غير مدرجة في القائمة المذكورة أعلاه أو في حال عدم حصولي على موافقة خطة الرعاية الصحية.

سيُدفع بشكل منفصل لكافة الأطباء والجراحين، بما في ذلك مساعدي الأطباء وأخصائيين الأشعة وأخصائي الأمراض وأطباء التخدير وأطباء المستشفى وغيرهم، مقابل خدماتهم. ويقع على عاتقي مسؤولية تحديد ما إذا كان الأطباء الذين يقدمون لي الخدمات متعاقدون مع خطتي الصحية، إن وجدت.

12. الإقرارات

- a. أقر بتلقي كتيب معلومات المريض الذي يتناول حقوق المريض وكيفية تقديم شكوى ومسؤوليات المريض وحقوق في اتخاذ قرارات بشأن العلاج الطبي (معلومات توجيهية للرعاية الصحية المتقدمة) من بين معلومات أخرى.
- b. أقر وأدرك أن معهد هوغ لجراحة العظام قد يقدم، من الحين للآخر، خدمات لمرضى مستشفاه من خلال استخدام موارد خارجية أو بموجب ترتيبات مع جهات خارجية، بما في ذلك، على سبيل المثال، الخدمات المقدمة لمرضى معهد هوغ لجراحة العظام من مختبرات مرجعية متخصصة أو مستشفى هوغ الإنجيلية التذكارية (Hoag Memorial Hospital Presbyterian). ويتحمل معهد هوغ لجراحة العظام في هذه الظروف المسؤولية المهنية والإدارية عن كافة الخدمات المقدمة لمرضاه من خلال هذه الموارد الخارجية.

13. سجل التحصينات في كاليفورنيا

قد يشارك معهد هوغ لجراحة العظام سجلات التطعيم أو فحص السل (TB) مع سجل التحصينات في كاليفورنيا (CAIR)، وهو قاعدة بيانات آمنة وسرية على مستوى الولاية لمعلومات تحصين المرضى. ويستخدم متخصصو الرعاية الصحية والوكالات والمدارس سجل التحصينات في كاليفورنيا (CAIR) لتتبع كافة التحصينات وفحوصات السل التي تجريها ويمكن أن تقدم دليلاً على التحصين اللازم لبدء رعاية الأطفال أو المدرسة أو وظيفة جديدة. إذا كنت لا ترغب في مشاركة سجلات التطعيم أو السل مع مستخدم السجل الآخرين، يُرجى إرسال نموذج طلب رفض أو بدء مشاركة معلومات التطعيم (Decline or Start Sharing/Immunization Information Request Form) عبر الفاكس أو البريد الإلكتروني، والمتوفر على موقع سجل التحصينات في كاليفورنيا (CAIR) الإلكتروني على الرابط <http://cairweb.org/cair-forms/>، إلى مكتب مساعدة CAIR على الفاكس رقم 1-888-436-8320 أو CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov. كما يمكن التواصل مع سجل التحصينات في كاليفورنيا (CAIR) عبر الهاتف على الرقم 1-800-578-7889.

14. التواصل عبر الهاتف والبريد الإلكتروني

بتزويدنا برقم هاتف أو عنوان بريدك الإلكتروني، فإنك توافق على أنه، كي نتمكن نحن أو مزودو خدماتنا من خدمة حسابك (حساباتك) (بما في ذلك التواصل معك بشأن الحصول على مساعدة مالية محتملة لحسابك (حساباتك)، وتذكيرك بالمواعيد واستطلاعات الرأي وتعليمات الخروج وإشعارات الرعاية الصحية الأخرى)، أو تحصيل أي مبالغ قد تكون مستحقة عليك، يجوز لنا أو لوكلائنا أو ممثلينا أو لمزودي الخدمات الآخرين الاتصال بك، مما قد يؤدي إلى فرض رسوم عليك. كما أنك توافق صراحة على أن طرق الاتصال قد تشمل استخدام وكلاء مباشرين، و/أو البريد الإلكتروني، و/أو الرسائل الصوتية المسجلة مسبقاً و/أو الرسائل الصوتية الاصطناعية، و/أو استخدام جهاز اتصال آلي، و/أو الرسائل النصية، حسب الاقتضاء. وتنطبق هذه الموافقة على جميع الخدمات والفواتير المرتبطة برقم (أرقام) حسابك، وليست شرطاً لشراء خاصية أو سلع أو خدمات.

HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE (معهد هوغ لجراحة العظام)

هذه وثيقة قانونية.

لا يُسمح بالتغييرات في هذا النموذج.

15. المواد المحظورة

- a. يلتزم معهد هوغ لجراحة العظام بسياسة عدم التسامح المطلق مع العنف في منشآته. وعليه، يلتزم معهد هوغ لجراحة العظام بالحفاظ على بيئة عمل آمنة وخالية من التهديدات وأعمال التهريب والعنف. وحرصاً على سلامة وأمن مرضانا وزوارنا وموظفينا وغيرهم من العاملين في مجال الرعاية الصحية، يُحظر إدخال الأسلحة والسكاكين والكحول والمخدرات غير المشروعة وغيرها من المواد الخطرة إلى منشآتنا. الماريجوانا غير قانونية بموجب القانون الفيدرالي. معهد هوغ لجراحة العظام هو مستشفى ممول اتحادياً، ولا يُسمح باستخدام الماريجوانا في منشآته لأغراض التخزين أو الاستخدام، باستثناء وحيد، كما هو موضح في قانون كاليفورنيا لتوفير الوصول الرحيم إلى القنب الطبي، للمرضى المقيمين المصابين بأمراض عضال. ويسمح هذا القانون باستخدام القنب الطبي في مناطق معينة من المستشفى للمرضى المقيمين المصابين بأمراض عضال، وذلك وفقاً لقيود معينة.
- b. يُحظر التدخين، والتدخين الإلكتروني، واستخدام منتجات التبغ (بما في ذلك تبغ المضغ والسجائر الإلكترونية) من قبل جميع الأشخاص في أي مكان داخل أو على أرض أي منشأة مملوكة أو مستأجرة أو مُدارة من قبل معهد هوغ لجراحة العظام أو مؤسسة هوغ (Hoag)، بما في ذلك السيارات المتوقفة في أي منشأة.
- c. نحفظ بالحق في إجراء فحص سلامة على أي غرض يُدخل إلى معهد هوغ لجراحة، ورفض السماح بإدخاله إلى المنشأة.

16. السلوك / التصرفات

يتوقع معهد هوغ لجراحة العظام منك أن تتصرف باحترام، وبطريقة سلمية وغير عنيفة. ويُخالف سياسة المستشفى أن تُغادر وحدتك المُخصصة مع ممتلكات تابعة معهد هوغ لجراحة العظام (مثل: أردية، مضخات ورديدية، خزانات أكسجين، أجهزة مراقبة، كراسي متحركة، إلخ). وقد تُنتهي إقامتك إذا غادرت المستشفى دون إبلاغ فريقك الطبي أو إذا خالفت سياسات معهد هوغ لجراحة العظام.

أُقرُّ بأنني قرأت شروط القبول واستلمت نسخة منها. وأتني المريض، أو الممثل القانوني للمريض، أو مُصرِّح لي من قبل المريض بالتوقيع على شروطها وأحكامها وقبولها.

توقيع المريض/الممثل القانوني: _____ التاريخ: _____ الوقت: _____ صباحاً/مساءً
(Patient/Legal Representative Signature) (Date) (Time)

في حالة التوقيع من قبل شخص غير المريض، حدد العلاقة: _____
(If signed by other than patient, indicate relationship)

ممثل المستشفى: _____
(Hospital Representative)

اتفاق المسؤولية المالية من شخص آخر غير المريض أو الممثل القانوني له

أوافق على قبول المسؤولية المالية للخدمات المقدمة للمريض وقبول شروط الاتفاق المالي، ومنح إعفاءات التأمين وأحكام التزامات برنامج التأمين الصحي 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.

توقيع الطرف المسؤول مالياً: _____ التاريخ: _____ الوقت: _____ صباحاً/مساءً
(Financially Responsible Party Signature) (Date) (Time)

ممثل المستشفى: _____
(Hospital Representative)

إقرار المترجم الفوري

ترجم المستند السابق المترجم الفوري (المدرج أدناه) إلى المريض أو الممثل القانوني باللغة الأساسية للمريض أو الممثل القانوني له (حدد اللغة): _____ وقد فهموا جميع الشروط والأحكام وأقرُّوا بموافقتهم على الوثيقة المذكورة أعلاه.

☐ خدمة ترجمة فورية (مجانية) - اسم المترجم ورمز تعريفه: _____

☐ تم عرض خدمة ترجمة فورية (مجانية)، ورفضها المريض

☐ شخص من العائلة/آخر بناءً على طلب المريض - اسم المترجم وصلة القرابة: _____

الشاهد: _____ التاريخ: _____ الساعة: _____ صباحاً/مساءً.

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): _____

They understood all of the terms and conditions and acknowledged their agreement with the above document.

☐ Interpreter Service (free of charge) – Interpreter Name and Identification Code: _____

☐ Offered Interpreter Service (free of charge); patient declined

☐ Family/Other used at patient's request - Interpreter Name and Relationship: _____

Witness: _____ Date: _____ Time: _____ A.M./P.M.

HOI CONDITIONS OF ADMISSION