شروط الدخول
(CONDITIONS OF ADMISSION – ARABIC)

إنّني أُقرّ بتوقيعي أدناه بأنني المريض، أو الممثل القانوني له، أو شخص مخوّل بالتوقيع نيابةً عنه. وأوافق على شروط الدخول التالية والأحكام ذات الصلة بالقدر الذي تسمح به القوانين الفيدرالية وقوانين ولاية كاليفورنيا السارية.

1. الموافقة على الإجراءات الطبية والجراحية

أوافق على تلقي الخدمات الطبية، والخدمات التشخيصية، والخدمات الجراحية، وخدمات العيادات الخارجية، والخدمات المساندة، وغيرها من خدمات الرعاية الصحية ذات الصلة التي قد تُقدَّم لي في Hoag Orthopedic Institute (HOI). قد تشمل هذه الخدمات، على سبيل المثال لا الحصر، الفحوصات الطبية، والتحاليل المخبرية، وفحوصات علم الأمراض، وفحوصات التصوير الطبي، والأشعة السينية، والتصوير بالموجات فوق الصوتية، والأدوية، وسحب عينات الدم، والعلاج عن طريق الحقن الوريدي، والخدمات المتعلقة بالتخدير، والعلاج الطبي، والعلاج الجراحي، والعلاج التنفسي، وخدمات إعادة التأهيل، وخدمات التمريض، وفحوصات الكشف التي يقتضيها القانون أو يسمح بها، وغيرها من الخدمات التي يطلبها أو يقدمها الأطباء، ومقدمو الرعاية الصحية من ذوي الممارسات المتقدمة، والممرضون، وغيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية المشاركين في تقديم الرعاية. وللمساعدة في رعايتي، فإنني أوافق على التقييم والفحص من قِبل طبيب أو غيره من مقدمي الرعاية الصحية الذين قد يكونون بعيدين عني جسديًا 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 على دخولي المستشفى إذا كان ذلك ضروريًا لرعايتي. وأُدرك أن الرعاية قد تُقدّم لي بموجب التعليمات العامة أو المحددة الصادرة عن الأطباء المعالجين لي أو غيرهم من اختصاصيي الرعاية الصحية المرخصين. كما أوافق على دخولي المستشفى، أو نقلي بين الوحدات أو مستويات الرعاية، أو وضعي تحت الملاحظة، أو تلقي العلاج في العيادات الخارجية، أو تلقي العلاج الطارئ، أو خروجي من المستشفى عندما يقرّر الممارسون الصحيون المعالجون لي و HOI أن ذلك مناسب من الناحية الطبية، وبما يتوافق مع القوانين السارية وسياسات المعهد. وأُدرك أن ممارسة الطب والجراحة ليست علمًا دقيقًا، وأنه لم يجرِ تقديم أي ضمان أو تأكيد فيما يتعلق بعاقبة أو نتيجة أي فحص أو علاج أو إجراء أو خدمة أو رعاية.

2. الرعاية الطبية والتمريضية

أدرك أنني أخضع لرعاية وإشراف الطبيب المعالج لي أو أي اختصاصي رعاية صحية مرخص آخر. يتولى HOI وطاقم التمريض التابع له مسؤولية تنفيذ الأوامر والتعليمات الصادرة عن الممارسين المعالجين لي، وتقديم خدمات التمريض والخدمات الاستشفائية بما يتوافق مع معايير الرعاية المعمول بها، وسياسات المعهد، والقوانين السارية. ويقدم HOI خدمات تمريض عامة وخدمات تمريض يوصي بها مقدّمو خدمات الرعاية الطبية المعالجون لي. ولا يقدم المعهد خدمات التمريض الخاصة، ما لم يجرِ الترتيب لها والموافقة عليها بصورة منفصلة وفقًا لسياسة المعهد. ويتحمل المرضى أو أُسرهم الراغبون في الحصول على خدمات تمريض خاصة مسؤولية اتخاذ الترتيبات المستقلة لتلقي هذه الخدمات، وذلك مع مراعاة متطلبات HOI المتعلقة بالسلامة، والاعتماد، وإمكانية الدخول، والمتطلبات التشغيلية. ولا يقيّد أي شيء في هذا القسم أي حق أو التزام بموجب القانون الفيدرالي أو قوانين ولاية كاليفورنيا السارية.

3. العلاقة القانونية بين HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE والأطباء

أدرك أن جميع الأطباء الذين يقدمون خدمات مهنية في HOI يمارسون مهنتهم بشكل مستقل، ولا يُعدّون موظفين لدى المعهد أو ممثلين عنه أو وكلاء له. وقد يشمل الممارسون المستقلون، على سبيل المثال لا الحصر، أطباء التخدير، وأطباء الأشعة، وأطباء علم الأمراض، وأطباء المستشفيات، وأطباء العناية المركزة، والجراحين، والأطباء الاستشاريين، ومساعدي الأطباء، وغيرهم من المهنيين المرخَّص لهم بمزاولة المهنة. ويمارس الممارسون المستقلون حكمًا مهنيًا مستقلاً في الرعاية التي يقدمونها. لا يتدخل HOI في الأحكام الطبية المستقلة التي يتخذها هؤلاء الممارسون. وقد يتم إصدار فواتير منفصلة لرسوم الخدمات المهنية التي يقدمها الأطباء والممارسون الصحيون عن رسوم المعهد؛ ويعني ذلك أنني قد أتلقى أكثر من فاتورة واحدة مقابل هذه الخدمات.

التوقيع بالحروف الأولى هنا:_____
(Initial Here)

أُدرك أنني تحت رعاية وإشراف طبيبي / أطبائي. وأن HOI 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 HOI من المرضى وأفراد أسرهم **عدم** إحضار الأموال أو المجوهرات أو المستندات أو الهواتف المحمولة أو الأجهزة الإلكترونية أو الأدوية أو الأجهزة المساعدة التي لا تستلزمها الرعاية، أو غير ذلك من المقتنيات الثمينة، ما لم تُحفظ في الخزنة المقاومة للحريق التي يوفرها مستشفى Hoag Memorial Hospital Presbyterian. ولا يتحمل HOI المسؤولية عن فقدان الممتلكات الشخصية أو الأموال أو المجوهرات أو المستندات أو الهواتف المحمولة أو الأجهزة الإلكترونية أو غيرها من الأغراض أو عن تلفها، ما لم تُودَع هذه الأغراض لدى المعهد لحفظها وفقًا لسياساته المعتمدة. ولا يتحمل HOI المسؤولية عن الأغراض المتروكة بجانب سرير المريض أو في غرف المرضى أو في مناطق الانتظار، أو التي يحتفظ بها المريض أو أحد أفراد أسرته أو الزوار أو الممثلون عنه بأي طريقة أخرى، ما لم تكن تلك المقتنيات قد أصبحت في عهدة موظفي المعهد. تقتصر مسؤولية HOI عن فقدان الممتلكات الشخصية المودعة لديه للحفظ على المبلغ المسموح به بموجب قوانين ولاية كاليفورنيا المعمول بها وسياسات المعهد، على ألا يتجاوز هذا المبلغ 500 دولار أمريكي، ما لم ينص القانون على مبلغ أعلى.

التوقيع بالحروف الأولى هنا:_____
(Initial Here)

5. المشاركة في برامج التعليم الطبي والتدريب السريري
أنا أُدرك أن HOI 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، وفقًا لما تقتضيه برامج تعليمهم الطبي وتدريبهم السريري.

6. الصور ومقاطع الفيديو والتسجيلات والصور والوثائق السريرية
أوافق على قيام HOI بالتقاط الصور الفوتوغرافية ومقاطع الفيديو والتسجيلات الصوتية والصور الرقمية والصور التشخيصية وصور الإجراءات الطبية وصور الجروح، أو إجراء أي تسجيلات أو التقاط أي صور أخرى تتعلق بحالتي الطبية أو علاجي أو الإجراءات الطبية التي أخضع لها أو الرعاية المقدمة لي، وذلك لأغراض العلاج، وسلامة المرضى، وتحديد الهوية، والتوثيق، والتشخيص، وتحسين الجودة، ومراجعة الأقران، وإدارة المخاطر، والامتثال، والتعليم، والتدريب، وعمليات الرعاية الصحية، أو لأي أغراض أخرى يسمح بها القانون وسياسات HOI. وأقرّ بأن أي إفصاح عن صور أو تسجيلات تكشف عن هويتي، لأغراض تستلزم الحصول على تفويض منفصل، لن يتم إلا بموجب تفويض كتابي مستقل، متى كان ذلك مطلوبًا بموجب القانون. وحفاظًا على خصوصية المرضى وسلامتهم وأمنهم وسرية بياناتهم، وحمايةً لحقوق أعضاء فريق العمل لدى المعهد والطاقم الطبي والمرضى والزوار والمتعاقدين والطلاب والمتطوعين وغيرهم، يجوز للمعهد فرض قيود معقولة على التصوير الفوتوغرافي أو تصوير الفيديو أو التسجيل الصوتي أو البث المباشر، أو على الإفصاح عن الصور أو التسجيلات أو المراسلات داخل مرافق المعهد.

ستخضع الطلبات المتعلقة بالتسجيل -سواء كان ذلك كتعديل تيسيري مرتبط بإعاقة أو كوسيلة مساعدة من أجل التواصل الفعّال- للمراجعة بصورة فردية ووفقًا للقوانين السارية.

وأدرك أنه لا يُسمح لي ولزواري بالتقاط صور أو تصوير مقاطع فيديو أو إجراء تسجيلات أو بث مباشر أو نشر أو الإفصاح عن أي صور أو تسجيلات أو اتصالات تتعلق بالمرضى أو الزوار أو أعضاء طاقم عمل المعهد أو الأطباء أو الممارسين أو الطلاب أو المتطوعين أو غيرهم داخل مرافق المعهد، إلا في الحدود التي تسمح بها سياسة المعهد والقوانين السارية.

7. الاتفاق المالي
مقابل جميع الخدمات التي يقدمها HOI، أوافق، سواء وقّعت بصفتي المريض أو وكيلًا عن المريض أو زوجًا أو والدًا أو وصيًا أو ضامنًا ماليًا، على سداد مستحقات المعهد دون تأخير، وفقًا للأسعار والشروط المعتمدة لديه، بما في ذلك سياسات الرعاية الخيرية والخصومات على المدفوعات، إن انطبقت. أقرّ بأن جميع الأطباء والجراحين، بمن فيهم أطباء الأشعة، وأطباء علم الأمراض، وأطباء التخدير، وأطباء المستشفيات، وأطباء العناية المركزة، والأطباء الاستشاريون، ومساعدو الأطباء، وغيرهم من الممارسين المستقلين، سيصدرون فواتير منفصلة مقابل الخدمات التي يقدمونها. وفي الحدود التي تسمح بها القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية السارية، وفي حال إحالة أي مستحقات إلى محامٍ أو وكالة تحصيل بغرض تحصيلها، أتعهد بسداد أتعاب المحاماة الفعلية ومصاريف التحصيل، بعد خصم أي أتعاب للمحاماة ومصاريف للتحصيل سبق سدادها. وتُحتسب فائدة على جميع الحسابات المتأخرة بالسعر القانوني.
تُنشر الأسعار الاعتيادية لـ HOI، المعروفة باسم " قائمة التعريفات"، ومعلومات الفواتير على https://www.hoagorthopedicinstitute.com/for-patients/billing-and-insurance/. وتُطبق الأسعار الاعتيادية على الخدمات التي يقدمها HOI، بما في ذلك الخدمات غير المشمولة ببرنامج Medicare أو Medi-Cal أو Medicaid، أو غير الخاضعة لترتيبات تعاقدية أخرى.

PATIENT LABEL

الديون الطبية: يُحظر على حامل عقد الديون الطبية هذا، بموجب المادة 1785.27 من القانون المدني، تقديم أي معلومات تتعلق بهذا الدين إلى وكالة تقارير ائتمان المستهلك. بالإضافة إلى أي عقوبات أخرى ينص عليها القانون، إذا خالف أي شخص هذه المادة عمدًا بتقديم معلومات تتعلق بهذا الدين إلى وكالة تقارير ائتمان المستهلك، يُعتبر الدين باطلاً وغير قابل للتنفيذ.

التوقيع بالحروف الأولى هنا: ____
(Initial Here)

8. المساعدة المالية

قد يكون المرضى مؤهلين للحصول على الرعاية المجانية أو الرعاية بتكلفة مخفّضة بموجب برنامج المساعدة المالية التابع لـ HOI، بغض النظر عن حالة التأمين الصحي لديهم. ويُحدَّد مدى الأهلية للحصول على المساعدة المالية بشكل مستقل عن شروط القبول هذه. أوافق وأُدرك أنه في حال عدم قدرتي على الوفاء بالتزاماتي المالية، يُمكنني التواصل مع المستشارين الماليين عبر الهاتف 5564-764(949) أو عبر البريد الإلكتروني FC@hoag.org. يمكن لـ HOI مساعدتك في تقديم طلبك وتوفير نماذج التقديم لبرامج الرعاية أو التغطية الصحية، بما في ذلك برنامج Medicare، و Healthy Families Program، وبرنامج Medi-Cal، أو غيرها من برامج التغطية المتاحة من خلال California Health Benefit Exchange، و برنامج California Children's Services، وغيرها من برامج التغطية الصحية الممولة من الولاية أو المقاطعة. وإذا احتجت إلى مزيد من المساعدة في فهم عملية إصدار الفواتير والدفع، فيُمكنك زيارة موقع Health Consumer Alliance الإلكتروني https://healthconsumer.org للعثور على إحالات لمنظمات قد تُقدم لك المزيد من المساعدة. ويمكنك أيضًا الرجوع إلى www.OCGOV.com للحصول على المساعدة المحلية. نلتزم بإتاحة المعلومات المتعلقة ببرنامج المساعدة المالية التابع لـ HOI في المجتمعات التي نخدمها، بطريقة واضحة وسهلة الفهم. يتوفر هذا الملخص، وسياسة المساعدات المالية في HOI، ونموذج طلب المساعدة المالية في HOI بلغات أخرى بالإضافة إلى اللغة الإنجليزية، بما في ذلك العربية، والصينية، والفارسية، والكورية، والإسبانية، والفيتنامية. تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني على الرابط التالي https://www.hoagorthopedicinstitute.com/for-patients/billing-and-insurance/financial-assistance/. يُحدَّد مدى الأهلية للحصول على المساعدة المالية من HOI بشكل مستقل عن شروط القبول هذه، وتُعالَج طلبات المساعدة المالية وفقًا لسياسات المعهد والقوانين السارية. ولن تتأثر إمكانية الحصول على الرعاية الضرورية طبيًا بمسألة البت في الأهلية للحصول على المساعدة المالية.

9. إخطار بالمصالح المالية للطبيب

أقرّ بأنه قد تم إبلاغي بأن HOI يستوفي تعريف "المستشفى المملوك للأطباء" وفقًا لما ينص عليه القانون الفيدرالي (42 C.F.R. 489.3)، وأن قائمة مالكي المعهد ومستثمريه من الأطباء أو أفراد أسر الأطباء المباشرين متاحة عند الطلب، وكذلك عبر الرابط التالي https://www.hoagorthopedicinstitute.com/for-patients/legal-policies/legal-and-compliance. كما يقر الموقّع أدناه باستلام إخطار الكشف عن الملكية للمستشفى ويدرك أن المريض لديه إمكانية اختيار منشأة أخرى غير HOI للخدمات التي يطلبها أو يقررها طبيب المريض.

التوقيع بالحروف الأولى هنا: _____
(Initial Here)

10. إحالة جميع الحقوق والمزايا

سواء وقّعت بصفتي المريض أو وكيلًا عنه، فإنني أتنازل تنازلًا نهائيًا لا رجعة فيه لـ HOI عن جميع حقوقي ومزاياي وأي مصالح أخرى متعلقة بأي خطة تأمين أو خطة مزايا صحية أو أي مصدر آخر لسداد تكاليف الرعاية المقدمة لي، وأنقلها إليه. تشمل هذه الإحالة تعيين وتفويض الدفع المباشر إلى HOI لجميع مزايا التأمين والخطط الصحية المستحقة لهذا الاستشفاء أو لخدمات العيادات الخارجية. كما أوافق على أن دفع شركة التأمين أو الخطة إلى HOI بموجب هذا التفويض يُبرئ التزاماتها في حدود هذا الدفع. كذلك أُقر بمسئوليتي المالية عن الرسوم التي لم تُدفع وفقًا لهذه الإحالة، إلى الحد الذي يسمح به قانون الولاية والقانون الفيدرالي. كما أوافق على التعاون مع HOI واتباع كافة الخطوات المطلوبة منطقيًا من HOI لإتمام هذه الإحالة أو تأكيدها أو التحقق من صحتها.

PATIENT LABEL

11. التزام الخطة الصحية (التأمين)
يحتفظ HOI بقائمة البرامج الصحية المتعاقد معها. تتوفر قائمة بهذه الخطط عند الطلب من مكتب القبول والتسجيل، أو عبر موقعنا الإلكتروني على الرابط التالي https://www.hoagorthopedicinstitute.com/for-patients/billing-and-insurance/insurances- accepted/.
لا يوجد لـ HOI 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 HOI. وسواء وقّعت بصفتي المريض أو وكيلًا عنه، فإنني أوافق على تحمّل المسؤولية الشخصية عن سداد مستحقات HOI وفقًا للأسعار والشروط المعتادة المعتمدة لدى المعهد، بما في ذلك سياساته المتعلقة بالمساعدة المالية، إذا كنت مشمولًا بخطة تأمين غير مدرجة في القائمة المذكورة أعلاه، أو إذا لم أحصل على موافقة خطة التأمين الصحي على تقديم الخدمات. ولا يوجد في هذا القسم ما يحدّ من أي أوجه حماية مكفولة بموجب قانون منع الفواتير الطبية المفاجئة، أو قوانين ولاية كاليفورنيا، أو برامج Medicare أو Medi-Cal أو Medicaid، أو قوانين خطط التأمين الصحي، أو القوانين المتعلقة بخدمات الطوارئ، أو أي قوانين أخرى واجبة التطبيق.

سيصدر جميع الأطباء والجراحين، بمن فيهم أطباء الأشعة، وأطباء علم الأمراض، وأطباء التخدير، وأطباء المستشفيات، وأطباء العناية المركزة، ومساعدو الأطباء وغيرهم، فواتير منفصلة مقابل الخدمات التي يقدمونها. وتقع على عاتقي مسؤولية تحديد ما إذا كان الأطباء الذين يقدمون لي الخدمات متعاقدون مع خطتي الصحية، إن وجدت.

12. الإقرارات

أ. أُقر بتلقي كتيب معلومات المريض الذي يتناول حقوق المريض وكيفية تقديم شكوى و مسؤوليات المريض و حقك في اتخاذ قرارات بشأن العلاج الطبي (معلومات توجيهية للرعاية الصحية المتقدمة) من بين معلومات أخرى.

ب. أُقر وأُدرك أن HOI 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 HOI من مختبرات مرجعية متخصصة أو Hoag Memorial Hospital Presbyterian. ويتحمل HOI في هذه الظروف المسؤولية المهنية والإدارية عن كافة الخدمات المقدمة لمرضاه من خلال هذه الموارد الخارجية.

13. إقرار بالعلم بإجراء الفحوصات المعملية: أطلب بموجب هذا الإقرار وأوافق على تقديم نتائج فحوصاتي المعملية إلى بوابة المريض، ليتسنى لي الوصول إليها إلكترونيًا كجزء من سجلي الصحي السريري. وأدرك أن نتائج الفحوصات المعملية المتاحة عبر بوابة المريض قد لا تتضمن نتائج الفحوصات التي تثبت الإصابة بـHIV أو التهاب الكبد أو تعاطي المخدرات، أو النتائج المتعلقة بالأنسجة التي تخضع للفحص الروتيني، أو نتائج فحوصات التصوير التي تكشف عن وجود ورم خبيث جديد أو متكرر.

14. سجل التحصينات في كاليفورنيا
قد يشارك HOI 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 دليلًا على التحصين اللازم لبدء الالتحاق برعاية الأطفال أو المدرسة أو وظيفة جديدة. إذا كنت لا ترغب في مشاركة سجلات التطعيمات أو اختبارات السل الخاصة بك مع المستخدمين الآخرين المسجلين في النظام، يُرجى إرسال نموذج طلب رفض مشاركة معلومات التطعيم أو بدء مشاركتها(قفل/إلغاء قفل السجلات(المتاحين على موقع نظام سجل التحصينات في كاليفورنيا (CAIR) عبر الرابط http://cairweb.org/cair-forms/، وذلك عن طريق الفاكس إلى مكتب المساعدة التابع للنظام على الرقم 1-888-436-8320، أو عبر البريد الإلكتروني CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov. كما يمكن التواصل مع سجل التحصينات في كاليفورنيا عبر الهاتف على الرقم 1-800-578-7889.

15. التواصل عبر الهاتف والهاتف المحمول وحساب بوابة المريض والبريد الإلكتروني
بتزويدنا برقم هاتف أو رقم هاتف محمول أو عنوان بريد إلكتروني أو أي معلومات اتصال أخرى، فإنك توافق على أنه يجوز لنا أو لمقدمي الخدمات التابعين لنا التواصل معك، بما قد يترتب عليه تحمّلك رسومًا، وذلك لغرض إدارة حساباتك وخدمتها (بما في ذلك التواصل معك بشأن إمكانية حصولك على مساعدة مالية لتغطية المستحقات المستحقة على حساباتك، والتذكير بالمواعيد، والاستبيانات، وتعليمات الخروج من المستشفى، وغيرها من الإشعارات المتعلقة بالرعاية الصحية)، أو لتحصيل أي مبالغ مستحقة عليك، سواء تم هذا التواصل من جانبنا أو من جانب وكلائنا أو ممثلينا أو غيرهم من مقدمي الخدمات التابعين لنا. كما أنك توافق صراحةً على أن طرق الاتصال قد تشمل استخدام وكلاء مباشرين، و/أو البريد الإلكتروني، و/أو الرسائل الصوتية المسجلة مسبقًا 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 شرطًا لشراء خاصية أو سلع أو خدمات.

PATIENT LABEL

16. المواد المحظورة

أ. يلتزم HOI بسياسة عدم التسامح المُطلق مع العنف في منشآته. وعليه، يلتزم HOI بالحفاظ على بيئة عمل آمنة وخالية من التهديدات وأعمال الترهيب والعنف. وحرصًا 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. HOI هو مستشفى ممول اتحاديًا، 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 وفقًا لقيود معينة.

ب. يُحظر التدخين واستخدام السجائر الإلكترونية ومنتجات التبغ (بما في ذلك التبغ الممضوغ والسجائر الإلكترونية) على جميع الأشخاص في أي مكان داخل أي منشأة تابعة لـ HOI أو Hoag أو على أراضيها، سواء كانت مملوكة لهما أو مستأجرة أو خاضعة لإدارتهما، ويشمل ذلك السيارات المتوقفة في أي من هذه المنشآت.

ج. يحتفظ HOI بالحق في فحص أي غرض قبل إدخاله إلى المنشأة لأغراض السلامة، ويجوز له منع إدخال أي أغراض يرى أنها غير آمنة أو غير ملائمة.

17. سلوك المرضى والزوّار وتصرفاتهم

يُتوقع من المرضى والزوّار التصرف بطريقة تتسم بالاحترام، وتخلو من التهديد والعنف والإساءة، بما يعزز توفير بيئة آمنة لتلقي الرعاية. قد يترتب على التهديد أو الترهيب أو العنف أو المضايقة أو السلوك المسيء أو التصرفات غير الآمنة أو التدخل في رعاية المرضى أو إزالة ممتلكات HOI دون تصريح أو مخالفة سياسات المعهد المتعلقة بالسلامة أو الأمن، اتخاذ المعهد الإجراءات المناسبة وفقًا للقوانين المعمول بها، والتزاماته المتعلقة بسلامة المرضى، وEMTALA حيثما ينطبق، وشروط المشاركة فيCMS ، ومتطلبات الترخيص، وسياسات المعهد. ولا يوجد في هذا القسم ما يُجيز حرمان الفرد من الفحص الطارئ، أو العلاج المُثبَت للحالة، أو الرعاية الضرورية طبيًا، أو الحق في التظلم، أو الحق في عدم التعرّض للتمييز، أو غير ذلك من الحقوق التي يكفلها القانون.

18. الذكاء الاصطناعي

أقرّ بموافقتي وفهمي أن HOI قد يستخدم تقنيات الذكاء الاصطناعي(AI) ، بما في ذلك الذكاء الاصطناعي التوليدي، لمساعدة مقدمي الرعاية الصحية وتحسين وتبسيط عمليات التوثيق والتواصل والدعم السريري وغيرها من العمليات المتعلقة بالرعاية الصحية. قد يشمل استخدام الذكاء الاصطناعي - على سبيل المثال لا الحصر - نسخ الملاحظات والمناقشات الطبية، ودعم عمليات الفوترة والترميز، والتحليل السريري والتحليلات الصحية التنبؤية. أدرك أن العديد من الخدمات الطبية المهنية في مستشفى Hoag يقدمها أطباء مستقلون ليسوا موظفين لدى HOI ولا يعملون وكلاءً عنه. يتحمل الأطباء وحدهم المسؤولية عن الرعاية الطبية التي يقدمونها، بما في ذلك أي استعانة بتقنية الذكاء الاصطناعي في اتخاذ قراراتهم السريرية أو في مراسلاتهم. في حدود ما يقتضي القانون، ستتضمن بعض المراسلات المُعدَّة باستخدام الذكاء الاصطناعي إشعارًا واضحًا يؤكد إعدادها باستخدام تقنية الذكاء الاصطناعي، كما ستتضمن هذه المراسلات تعليمات توضح كيفية الاتصال بمقدم رعاية صحية بشري أو بأي موظف أو شخص آخر مناسب.

بتوقيعي على شروط القبول هذه، أقرّ بإحاطتي باستخدام الذكاء الاصطناعي في HOI.

PATIENT LABEL

أقرّ بأنني قرأت شروط القبول هذه، أو أنها قُرئت عليّ أو شُرِحت لي. وأقرّ بأنني قد تسلّمت نسخة أو قُدّمت لي نسخة.
وأقرّ بأنني المريض أو الممثل القانوني للمريض، أو أنني مخوّل من قِبل المريض بالتوقيع على شروط القبول هذه وقبولها.

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

في حالة توقيع شخص غير المريض، يُرجى تحديد العلاقة: _____
(If signed by other than patient, indicate relationship)

اسم ممثل المستشفى: _____
(Hospital Representative Name)

توقيع ممثل المستشفى: _____ التاريخ: _____ الوقت: _____ صباحًا / مساءً
(Hospital Representative Signature) (Date) (Time)

Patient unable to sign.

Reason: _____

Witness Attestation: The undersigned hospital representative witnessed that the patient was unable to physically sign this document and there is no Authorized Legal Representative acting on behalf of the patient. The undersigned is not signing on behalf of the patient, is not acting as the patient's legal representative, and is not making a determination regarding the patient's decision-making capacity.

Hospital Representative Name and Title: _____

Hospital Representative Signature: _____ Date: _____ Time: _____A.M./P.M.

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 services are provided free of charge to the patient.

☐ Interpreter Name and Identification Code: _____

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

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

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

PATIENT LABEL