

موسسه ارتوپدی HOAG
این یک سند قانونی است.
تغییرات در این فرم پذیرفته نخواهد شد.

شرایط پذیرش
(CONDITIONS OF ADMISSION – FARSI)

بیمار امضا کننده زیر برای درمان بستری و/یا سرپایی در موسسه ارتوپدی Hoag («HOI» یا «بیمارستان») تحت شرایط زیر پذیرفته می شود:

1. موافقت با فرایندهای پزشکی و جراحی

من با فرایندهایی که ممکن است در طول این بستری یا به صورت سرپایی انجام شوند موافقت می کنم. این موارد ممکن است شامل فرایندهای آزمایشگاهی، معاینات اشعه ایکس، درمان یا فرایندهای پزشکی یا جراحی، بیهوشی یا خدمات بیمارستانی ارائه شده به من تحت دستورالعمل های عمومی یا پزشک یا جراح من یا سایر متخصصان مراقبت سلامت که در مراقبت من کمک می کنند، و تست های غربالگری یا درمان های ضروری بر اساس قانون است، ولی به اینها محدود نمی شوند. برای کمک به مراقبت من، من با ارزیابی و معاینه از سوی پزشک یا سایر ارائه دهندگان مراقبت سلامت که ممکن است از طریق فن آوری های سلامت از راه دور به صورت فیزیکی از من فاصله داشته باشند، موافقت می کنم، از جمله ویدیوی دو طرفه، تصاویر دیجیتالی و سایر فن آوری های سلامت از راه دور که توسط ارائه دهندگان من تعیین می شود؛ ولی به اینها محدود نمی شود. من همچنین با پذیرش من در بیمارستان موافقت می کنم.

2. مراقبت بیمارستانی و پرستاری

من درک می کنم که تحت مراقبت و نظارت پزشک (های) خودم هستم و HOI و کادر پرستاری آن دستورالعمل های این پزشکان را اجرا می کنند. علاوه بر این درک می کنم که HOI فقط مراقبت پرستار رسمی عمومی را ارائه می کند که از سوی پزشکان من سفارش شده است و HOI مسئول عدم ارائه یک پرستار رسمی خصوصی نیست. بدینوسیله HOI را از هرگونه مسئولیت ناشی از این واقعیت که HOI این مراقبت اضافی را ارائه نمی کند، معاف می کنم.

3. رابطه حقوقی بین موسسه ارتوپدی HOAG و پزشکان

من درک می کنم که همه پزشکان و جراحان ارائه کننده خدمات به من، از جمله دستیاران پزشک، رادیولوژیست ها، آسیب شناسان، متخصصان بیهوشی، بیمارستان ها، متخصصان مراقبت ویژه و سایر پزشکان، درمانگران پزشکی مستقل هستند و کارمند، نماینده یا عامل HOI نیستند. به آنها فقط امتیاز استفاده از بیمارستان برای مراقبت و درمان بیماران شان اعطا شده است. برای هزینه خدمات پزشک جداگانه و مستقل از هزینه های HOI صورتحساب صادر خواهد شد، به این معنی که من بیش از یک صورتحساب برای خدمات دریافت خواهم کرد.

حروف اول نام و نام خانوادگی: _____

من می دانم که تحت مراقبت و نظارت پزشک (های) خودم هستم. HOI و پرستاران آن مسئول اجرای دستورالعمل های پزشک من هستند. پزشک یا جراح من مسئول اخذ رضایت آگاهانه من، در صورت لزوم، در درمان پزشکی یا جراحی، فرایندهای تشخیص یا درمان خاص یا خدمات بیمارستانی است که تحت دستورالعمل های عمومی و ویژه پزشک من به من ارائه می شوند.

4. وسایل شخصی و اشیاء ارزشمند

HOI از بیماران و خانواده ها درخواست می کند وسایل شخصی و اشیاء ارزشمند را به موسسه نیاورند HOI در قبال گم شدن یا آسیب به هرگونه پول، اسناد، جواهرات، تلفن همراه، دستگاه های الکترونیکی یا سایر اقلامی که در گاوصندوق ضدآتش تحت کنترل Hoag Memorial Hospital Presbyterian گذاشته نمی شوند، مسئولیتی ندارد. HOI در قبال اقلامی که به صلاح دید بیمار یا خانواده در کنار تخت خواب نگهداری می شوند که در آنجا کارکنان کنترلی به آنها ندارند، مسئولیتی ندارد. مسئولیت گم شدن هرگونه اموال شخصی سپرده شده به HOI برای نگهداری، بیشتر از 500 دلار نخواهد بود.

حروف اول نام و نام خانوادگی: _____

5. مشارکت در آموزش پزشکی و برنامه های آموزشی بالینی

من درک می کنم که HOI در برنامه های آموزشی شرکت می کند و همکاران پزشک دارای مجوز، دانشجویان مشاغل مراقبت سلامت (مانند پرستاری، رادیولوژی، درمان توانبخشی و غیره)، دانشجویان کارشناسی ارشد و سایر کارآموزان، تحت نظارت مناسب و بر اساس نیاز آموزش پزشکی و برنامه های آموزش بالینی شان، می توانند در مراقبت و درمان من به صورت مشاهده، معاینه، درمان و مشارکت شرکت کنند.



موسسه ارتوپدی HOAG
این یک سند قانونی است.
تغییرات در این فرم پذیرفته نخواهد شد.

6. عکس‌ها، فیلم‌ها و ضبط‌ها

من با گرفتن عکس‌ها، فیلم‌ها یا تصاویر دیجیتال و غیره (مانند تصاویر فرایند، عکس‌های زخم و غیره) از عارضه پزشکی یا جراحی یا درمان من و استفاده از این تصاویر برای اهداف تشخیص یا درمان من یا برای فرایندهای HOI، از جمله بررسی از سوی همتایان، بهبود کیفیت و آموزش موافقت می‌کنم. من درک می‌کنم که هرگونه افشا یا انتشار عکس‌ها، فیلم‌ها و تصاویر دیجیتال یا تصاویر دیگر برای اهداف دیگر ممنوع است مگر این که من رضایت کتبی جداگانه بدهم.

من درک می‌کنم که نه من و نه ملاقات‌کنندگان من نمی‌توانیم بدون رضایت کتبی همه طرفین درگیر عکس بگیریم، فیلمبرداری کنیم، ضبط کنیم، یا هرگونه تصویر یا مکالمه کارمندان HOI، پزشک(های) من یا دیگران را افشا کنیم یا به اشتراک بگذاریم.

7. توافقنامه مالی

من چه به عنوان بیمار یا نماینده بیمار، همسر، ولی، سرپرست یا ضامن مالی، موافقت می‌کنم که با توجه به خدمات ارائه شده، موافقت می‌کنم که بلافاصله صورتحساب HOI را بر اساس نرخ‌ها و شرایط عادی HOI، از جمله مراقبت خیریه و سیاست‌های پرداخت تخفیف‌دار آن، در صورت لزوم پرداخت کنم. من درک می‌کنم که همه پزشکان و جراحان، از جمله دستیاران پزشک، رادیولوژیست‌ها، آسیب شناسان، متخصصان بیهوشی، بیمارستان‌ها، متخصصان مراقبت ویژه و سایر پزشکان، به صورت جداگانه برای خدمات‌شان صورتحساب صادر خواهند کرد. اگر یک حساب برای وصول مبلغ به یک وکیل یا آژانس وصول مطالبات ارجاع داده شد، هزینه‌های وکیل و هزینه‌های وصول مطالبات را پرداخت خواهم کرد. تمام حساب‌های دارای بدهی معوقه باید بر اساس نرخ‌های قانونی سود پرداخت کنند.

نرخ‌های معمول HOI، معروف به «Chargemaster» و اطلاعات صورتحساب به صورت آنلاین در <https://www.hoagorthopedicinstitute.com/for-patients/billing-and-insurance/> منتشر می‌شوند. نرخ‌های عادی برای خدمات ارائه شده از سوی HOI اعمال می‌شوند، از جمله خدماتی که تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal یا Medicaid نیستند، یا مشمول سایر ترتیبات قراردادی نیستند.

حروف اول نام و نام خانوادگی: _____

8. کمک مالی

من موافقم و درک می‌کنم که اگر نتوانم به تعهد مالی‌ام عمل کنم، می‌توانم با شماره 764-5564 (949) یا از طریق ایمیل FC@hoag.org با مشاوران مالی تماس بگیرم. HOI می‌تواند در ارائه درخواست شما کمک کند و درخواست‌هایی را به Medicare، برنامه Healthy Families و Medi-Cal یا پوشش سلامت دیگر ارائه شده از طریق California Health Benefit Exchange و برنامه California Children's Services، و سایر پوشش‌های سلامت تحت حمایت ایالت یا شهرستان ارائه کند. اگر برای درک فرایند صورتحساب و پرداخت به کمک بیشتر نیاز دارید، می‌توانید به وبسایت Health Consumer Alliance به آدرس <https://healthconsumer.org> مراجعه کنید تا ارجاع‌هایی برای سازمان‌هایی که ممکن است به شما کمک کنند پیدا کنید. همچنین می‌توانید برای کمک محلی به www.OCGOV.com مراجعه کنید. ما متعهد هستیم اطلاعات مربوط به برنامه کمک مالی HOI را در گروه‌هایی که به آنها خدمات می‌دهیم، به روشی که درک آن آسان باشد در دسترس قرار دهیم. این بروشور، سیاست کمک مالی HOI و فرم درخواست کمک مالی HOI، علاوه بر انگلیسی، به زبان‌های دیگر از جمله عربی، چینی، فارسی، کره‌ای، اسپانیایی و ویتنامی موجود است. به وبسایت ما به آدرس <https://www.hoagorthopedicinstitute.com/for-patients/billing-and-insurance/financial-assistance/> مراجعه کنید.

9. اطلاعیه منافع مالی پزشک

تایید می‌کنم که به من گفته شده است که HOI با تعریف «بیمارستان متعلق به پزشک» مطابق با قانون فدرال مطابقت می‌کند (42 C.F.R. 489.3)، و لیستی از صاحبان/سرمایه‌گذاران HOI، که پزشکان یا اعضای خانواده درجه یک پزشکان هستند، در صورت درخواست موجود است. امضا کننده زیر، دریافت اعلامیه افشای مالکیت بیمارستان را تایید می‌کند و درک می‌کند که بیمار این انتخاب را دارد که برای خدمات درخواست شده یا سفارش داده شده توسط پزشک بیمار، مرکزی غیر از HOI را انتخاب کند.

حروف اول نام و نام خانوادگی: _____

10. واگذاری کلیه حقوق و مزایا

چه به عنوان بیمار یا نماینده امضا کنم، تمام حقوق، مزایا و هرگونه منافع دیگر را در ارتباط با هر برنامه بیمه، برنامه مزایای سلامت یا سایر منابع پرداخت برای مراقبت به HOI واگذار می‌کنم. این واگذاری شامل واگذاری و اجازه دادن به پرداخت مستقیم به HOI برای همه مزایای بیمه و برنامه سلامت قابل پرداخت برای این بستری یا خدمات سرپایی است. من موافقت می‌کنم که پرداخت بیمه‌گر یا طرح به HOI بر اساس این مجوز، تعهدات آنها را برای انجام این پرداخت عملی خواهد کرد. می‌دانم که مسئولیت مالی هزینه‌هایی که بر اساس این واگذاری و تا میزان مجاز از سوی قوانین ایالتی و فدرال پرداخت نشده‌اند، به عهده من است. من موافقت می‌کنم که برای تکمیل، تایید یا اعتبارسنجی این واگذاری با HOI همکاری کنم و همه اقداماتی را که به صورت منطقی درخواست شوند انجام دهم.

11. تعهد برنامه سلامت (بیمه)

HOI یک فهرست از طرح های سلامت طرف قرارداد خود در اختیار دارد. لیستی از این طرح‌ها در صورت درخواست، از دفتر پذیرش و ثبت نام، یا در وبسایت ما به آدرس <https://www.hoagorthopedicinstitute.com/for-patients/billing-and-insurance/insurance/> قابل دریافت است. HOI هیچ قراردادی، صریح یا تلویحی، با هیچ طرحی که در فهرست نیست، ندارد. این مسئولیت من است که تعیین کنم که طرح سلامت من اجازه داده است که خدمات توسط HOI ارائه شوند. چه به عنوان بیمار یا نماینده امضا کنم، اگر عضو طرحی باشم که در لیست بالا نباشد یا اگر مجوز طرح سلامت را دریافت نکنم، موافقت می‌کنم که به صورت جداگانه موظف هستم صورتحساب HOI را مطابق با نرخ و شرایط عادی HOI، از جمله سیاست‌های کمک مالی آن پرداخت کنم.

همه پزشکان و جراحان، از جمله دستیاران پزشک، رادیولوژیست‌ها، آسیب شناسان، متخصصان بیهوشی، بیمارستان‌ها و غیره، به صورت جداگانه برای خدمات‌شان صورتحساب صادر خواهند کرد. این وظیفه من است که تعیین کنم آیا پزشکی که خدمات به من ارائه می‌دهند با طرح سلامت من قرارداد دارند یا خیر.

12. قدردانی‌ها

- a. من تایید می‌کنم که بروشور *اطلاعات بیمار* را دریافت کرده‌ام که از جمله به موضوعات حقوق بیمار و نحوه ثبت شکایت، مسئولیت‌های بیمار، و حق شما برای تصمیم‌گیری درباره درمان پزشکی (اطلاعات دستورالعمل اولیه مراقبت سلامت) می‌پردازد.
- b. من تصدیق می‌کنم و درک می‌کنم که HOI بعضاً ممکن است خدمات به بیماران بیمارستانی خود را از طریق استفاده از منابع خارجی یا تحت توافق با طرف‌های سوم ارائه دهد، از جمله، برای مثال خدمات ارائه شده به بیماران HOI توسط آزمایشگاه‌های مرجع تخصصی یا Hoag Memorial Hospital Presbyterian در این شرایط، HOI مسئولیت حرفه‌ای و اداری برای کلیه خدمات ارائه شده به بیماران HOI خود از سوی این منابع خارجی را حفظ می‌کند.

13. سیستم اطلاعات مصونیت کالیفرنیا

HOI ممکن است سوابق تست غربالگری مصونیت یا سل (TB) شما را با سیستم اطلاعات مصونیت کالیفرنیا (CAIR) به اشتراک بگذارد که یک پایگاه ایالتی امن و محرمانه برای اطلاعات مصونیت بیماران در ایالت است. CAIR توسط متخصصان مراقبت سلامت، سازمان‌ها و مدارس برای ردیابی همه واکسن‌ها و آزمایشات سل که انجام می‌دهید استفاده می‌شود و می‌تواند مدرکی درباره مصونیت ارائه کند که برای شروع مهدکودک، مدرسه یا شغل جدید لازم دارید. اگر نمی‌خواهید سوابق مصونیت یا سل شما با سایر کاربران سیستم اطلاعات به اشتراک گذاشته شود، لطفاً «فرم درخواست رد یا شروع اشتراک‌گذاری اطلاعات مصونیت» را که در وبسایت CAIR به آدرس <http://cairweb.org/cair-forms/> موجود است، به مرکز پشتیبانی CAIR به شماره فکس 1-888-436-8320 یا ایمیل CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov بفرستید. با CAIR می‌توانید با تلفن شماره 1-800-578-7889 تماس بگیرید.

14. ارتباط تلفنی و ایمیل

با ارائه شماره تلفن یا آدرس ایمیل‌تان، موافقت می‌کنید که برای اینکه ما یا ارائه دهندگان خدمات ما به حساب (های) شما خدمات دهند (از جمله تماس با شما در مورد دریافت کمک مالی احتمالی برای حساب (های) شما، یادآوری‌های قرار ملاقات، نظرسنجی‌ها، دستورالعمل‌های ترخیص و سایر پیام‌های مراقبت سلامت) یا دریافت مبلغی که ممکن است بدهکار باشید، ما، نمایندگان، عوامل ما یا سایر ارائه دهندگان خدمات می‌توانند با شما تماس بگیرند که احتمالاً هزینه‌هایی برای شما خواهد داشت. شما صریحاً موافقت می‌کنید که روش‌های تماس ممکن است شامل استفاده از نمایندگان زنده، ایمیل، پیام‌های صوتی از پیش ضبط شده و مصنوعی، استفاده از دستگاه شماره‌گیری خودکار و/یا پیام‌های نوشتاری، در صورت لزوم، باشد. این موافقت برای همه خدمات و صورتحساب‌های مرتبط با شماره حساب (های) شما اعمال می‌شود و شرط خرید ملک، کالا یا خدمات نیست.

موسسه ارتوپدی HOAG
این یک سند قانونی است.
تغییرات در این فرم پذیرفته نخواهد شد.

15. اقلام ممنوعه

a. HOI رفتارهای خشونت آمیز را در مراکز ما به هیچ وجه تحمل نمی کند. به همین ترتیب، HOI متعهد به حفظ یک محل کار امن است که عاری از تهدید و اعمال ارباب و خشونت باشد. برای ایمنی و امنیت بیماران، ملاقات کنندگان، کارمندان و سایر متخصصان مراقبت سلامت، ورود سلاح، چاقو، الکل، مواد مخدر غیرقانونی و سایر مواد خطرناک به مراکز ما مجاز نیست. ماریجوانا طبق قانون فدرال غیرقانونی است. HOI یک بیمارستان با بودجه فدرال است و نگهداری یا استفاده از ماریجوانا در محل بیمارستان مجاز نیست، به جز تنها مورد استثنا که در قانون دسترسی دلسوزانه به ماریجوانای درمانی کالیفرنیا برای بیماران لا علاج معین شده است. این قانون، استفاده از ماریجوانای درمانی در مناطق خاصی از بیمارستان را برای بیماران لا علاج که تحت محدودیت های خاص در بیمارستان ما بستری می شوند، اجازه می دهد.

b. کشیدن سیگار، ویپ و استفاده از محصولات تنباکو (از جمله جویدن تنباکو و سیگارهای الکترونیکی) توسط همه افراد در داخل ساختمان و محوطه هر کدام از مراکز تحت مالکیت، اجاره یا اداره HOI یا Hoag از جمله در اتومبیل های پارک شده در مراکز ممنوع است.

c. ما این حق را برای خود محفوظ می داریم که بر روی هر کالایی که وارد HOI می شود، بررسی ایمنی انجام دهیم و اجازه ورود کالا را به مراکز ندهیم.

16. رفتار

انتظار HOI از شما این است که به شیوه ای محترمانه، بدون خشونت و به دور از سوءاستفاده رفتار کنید. این خلاف مقررات بیمارستان است که شما واحد اختصاص داده شده به شما را با اموال متعلق به HOI ترک کنید (مثلا لباس، پمپ IV، مخزن اکسیژن، دستگاه های نظارت، صندلی چرخدار و غیره). اگر بدون اطلاع به تیم بالینی تان بیمارستان را ترک کنید یا اگر مقررات HOI را نقض کنید، ممکن است اخراج شوید.

من تایید می کنم که شرایط پذیرش را خوانده ام و یک نسخه را دریافت کرده ام. من بیمار، نماینده قانونی بیمار، یا به شکل دیگر از سوی بیمار مجاز هستم شرایط و مقررات آن را امضا و قبول کنم.

امضای بیمار/نماینده قانونی بیمار: _____ تاریخ: _____ ساعت: _____ ق.ظ./ب.ظ.
(Patient/Legal Representative Signature) (Date) (Time)

اگر از سوی فردی غیر از بیمار امضاء شود، نسبت را ذکر کنید:
(If signed by other than patient, indicate relationship)

نماینده بیمارستان: _____
(Hospital Representative)

توافق مسئولیت مالی توسط شخص غیر از بیمار یا نماینده قانونی بیمار
به این وسیله مسئولیت مالی خدمات ارائه شده به بیمار را می پذیرم و شرایط توافقنامه مالی، واگذاری مزایای بیمه، و مفاد تعهد طرح سلامت فوق را قبول می کنم.

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.

امضای طرف مسئول مالی: _____ تاریخ: _____ ساعت: _____ ق.ظ./ب.ظ.
(Financially Responsible Party Signature) (Date) (Time)

نماینده بیمارستان: _____
(Hospital Representative)

بیانیه مترجم

سند فوق از سوی مترجم (نامبرده در زیر) به بیمار یا نماینده قانونی به زبان اصلی بیمار یا نماینده قانونی ترجمه شده است (زبان را مشخص کنید): _____
ایشان تمام شرایط و ضوابط را فهمیدند و موافقت خود را با سند فوق تایید کردند.

☐ خدمات مترجم (رایگان) - نام مترجم و کد شناسایی: _____

☐ ارائه خدمات مترجم (رایگان)؛ بیمار رد کرد

☐ عضو خانواده/سایر مورد استفاده به درخواست بیمار - نام و نسبت مترجم: _____
شاهد: _____ تاریخ: _____ ساعت: _____ ق.ظ./ب.ظ.

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.