شرایط پذیرش
(CONDITIONS OF ADMISSION - FARSI)

با امضای زیر، تصدیق می‌کنم که خود بیمار، نماینده قانونی بیمار یا شخصی هستم که اجازه امضا کردن از طرف بیمار را دارم. من تا حدی که در قانون مربوطه فدرال و کالیفرنیا مجاز است، با شرایط پذیرش زیر و شرایط مربوطه موافقت می‌کنم.

1. موافقت با فرایندهای پزشکی و جراحی

من با خدمات درمانی، خدمات تشخیص، خدمات جراحی، خدمات درمان سرپایی، خدمات جانبی، و خدمات مرتبط مراقبت سلامت که ممکن است در Hoag Orthopedic Institute (HOI) به من ارائه شود موافقت می‌کنم. این خدمات ممکن است شامل معاینات فیزیکی، تست‌های آزمایشگاهی، آزمایش‌های آسیب‌شناسی، بررسی‌های تصویربرداری، پرتونگاری، سونوگرافی، داروها، خون‌گیری، درمان درون‌وریدی، خدمات مرتبط با بی‌هوشی، درمان پزشکی، درمان جراحی، درمان تنفسی، خدمات توان‌بخشی، خدمات پرستاری، آزمایش‌های غربالگری الزامی یا مجاز در قانون، و سایر خدماتی باشد که پزشکان، ارائه‌دهندگان طبابت پیشرفته، پرستاران یا سایر متخصصان مراقبت سلامت دخیل تجویز می‌کنند یا ارائه می‌دهند، هرچند محدود به این موارد نیست. برای کمک به مراقبت من، با ارزیابی و معاینه توسط پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت که ممکن است از راه دور از طریق فناوری‌های سلامت از راه دور، از جمله تماس ویدیویی دوطرفه، تصاویر دیجیتال و سایر فناوری‌های سلامت از راه دور به تشخیص ارائه‌دهندگان من ارائه شوند، موافقت می‌کنم. همچنین، رضایت می‌دهم که در صورت ضروری بودن برای مراقبت من، در «بیمارستان» پذیرش شوم. می‌دانم که مراقبت من ممکن است با دستورالعمل‌های عمومی یا خاص پزشک‌های معالج من یا سایر متخصصان دارای مجوز مراقبت سلامت ارائه شوند. همچنین، با پذیرش شدنم در بیمارستان، انتقال بین بخش‌ها یا سطوح مراقبت، تعیین وضعیت تحت نظر، درمان سرپایی، درمان اورژانسی یا ترخیص بنا به تشخیص درمانگران من و HOI مبنی بر مناسب بودن از لحاظ پزشکی، مطابق با قانون مربوطه و سیاست HOI موافق می‌کنم. من درک می‌کنم که کار پزشکی و جراحی یک علم دقیق نیست و هیچ ضمانت یا تضمینی در خصوص پیامد یا نتیجه هر گونه معاینه، درمان، اقدام پزشکی، خدمات یا مراقبت داده نشده است.

2. مراقبت بیمارستانی و پرستاری

من می‌دانم که تحت مراقبت و نظارت پزشک معالج خودم یا سایر متخصصان مراقبت سلامت دارای مجوز هستم. HOI و کادر پرستاری آن مسئول اجرای دستورات و دستورالعمل‌های درمانگران من و ارائه خدمات پرستاری و بیمارستانی مطابق با استانداردهای مراقبت مربوطه، سیاست HOI و قانون حاکم هستند. HOI خدمات پرستاری عمومی و خدمات پرستاری تجویز شده توسط درمانگران من را ارائه می‌کند. HOI خدمات پرستاری خصوصی ارائه نمی‌دهد، مگر اینکه به‌صورت جداگانه مطابق با سیاست HOI هماهنگ و تأیید شده باشد. بیماران یا خانواده‌هایی که خواهان خدمات پرستاری وظایف خصوصی هستند مسئول انجام هماهنگی‌های مستقل برای این نوع‌خدمات مطابق با الزامات ایمنی، اعتبارسنجی، دسترسی و عملیاتی HOI هستند. هیچ چیز در این بخش هیچ حق یا تعهدی را در قانون مربوطه فدرال یا کالیفرنیا محدود نمی‌کند.

3. رابطه حقوقی بین Hoag Orthopedic Institute و پزشکان

من می‌دانم که همه پزشکان دارای مجوز که خدمات تخصصی در HOI ارائه می‌دهند درمانگران مستقل هستند و کارمند، نماینده یا عامل HOI نیستند. درمانگران مستقل ممکن است شامل متخصصان بی‌هوشی، رادیولوژیست‌ها، متخصصان آسیب‌شناسی، پزشکان یا پرستاران بیمارستانی، متخصصان مراقبت‌های ویژه، جراحان، پزشکان مشاور، دستیاران پزشک، و سایر متخصصان دارای مجوز باشند، هرچند محدود به اینها نیستند. درمانگران مستقل، قضاوت تخصصی مستقل‌شان را در ارائه مراقبت اعمال می‌کنند. HOI قضاوت پزشکی مستقل این درمانگران را کنترل نمی‌کند. هزینه‌های تخصصی برای خدمات پزشکان و درمانگران ممکن است جدا از هزینه‌های بیمارستانی HOI صورت‌حساب شوند، که به این معناست که ممکن است بیش از یک صورت‌حساب برای خدمات دریافت کنم.

حروف اول نام و نام خانوادگی:____
(Initial Here)

من می‌دانم که تحت مراقبت و نظارت پزشک(های) معالج خودم هستم. HOI و پرستاران آن مسئول اجرای دستورالعمل‌های 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 دستورالعمل‌های عمومی و ویژه پزشک من به من ارائه می‌شوند.

PATIENT LABEL

4. وسایل شخصی و اشیاء ارزشمند

HOI از بیماران و خانواده‌ها می‌خواهد پول، جواهرات، مدارک، تلفن همراه، دستگاه‌های الکترونیکی، داروها، دستگاه‌های کمکی که برای مراقبت نیاز نیستند یا سایر اشیای قیمتی را که در گاوصندوق ضدحریق Hoag Memorial Hospital Presbyterian قرار داده نمی‌شوند با خود **نیاورند**. HOI در قبال گم شدن یا آسیب دیدن اموال شخصی، پول، جواهرات، مدارک، تلفن‌های همراه، دستگاه‌های الکترونیکی یا وسایل دیگر مسئول نیست، مگر اینکه این وسایل برای نگهداری ایمن مطابق با سیاست HOI، به HOI به امانت سپرده شوند. HOI در قبال وسایلی که در کنار تختخواب، در اتاق‌های بیماران، در بخش‌های انتظار یا در دست بیماران، خانواده‌ها، عیادت‌کنندگان یا نمایندگان آنها هستند و در اختیار پرسنل HOI قرار داده نشده‌اند مسئول نیست. مسئولیت مالی گم شدن اموال شخصی که برای امانت به HOI سپرده شده‌اند، محدود به مبلغ مجاز مشخص شده در قانون مربوطه کالیفرنیا و سیاست HOI خواهد بود و از 500$ بیشتر نخواهد بود، مگر اینکه قانون مبلغ بالاتری تعیین کرده باشد.

حروف اول نام و نام خانوادگی: ___
(Initial Here)

5. مشارکت در آموزش پزشکی و برنامه‌های آموزشی بالینی

من درک می‌کنم که HOI در برنامه‌های آموزشی شرکت می‌کند 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 بالینی‌شان، می‌توانند در مراقبت و درمان من به صورت مشاهده، معاینه، درمان و مشارکت شرکت کنند.

6. عکس‌ها، ویدیوها و موارد ضبطشده، تصاویر و مستندات بالینی

من با گرفتن عکس، ویدیو، صوت ضبطشده، تصاویر دیجیتال، تصاویر تشخیصی، تصاویر اقدام پزشکی، تصاویر جراحت یا سایر موارد ضبطشده یا تصاویر از وضعیت پزشکی، درمان، اقدامات یا مراقبت من توسط HOI جهت استفاده در درمان، ایمنی بیمار، شناسایی، مستندسازی، تشخیص، بهبود کیفیت، بررسی همتا، مدیریت ریسک، انطباق با مقررات، آموزش، کارآموزی، کارهای مراقبت سلامت یا سایر اهداف مجاز در قانون و سیاست HOI موافقت می‌کنم. می‌دانم که هر گونه افشای تصاویر یا موارد ضبطشده قابل شناسایی برای اهداف نیازمند مجوز جداگانه، در مواقعی که الزام قانونی داشته باشد، فقط با مجوز کتبی جداگانه انجام خواهد شد. برای محافظت از حریم خصوصی بیمار، ایمنی، امنیت، محرمانگی و حقوق کارکنان HOI، کادر پزشکی، بیماران، عیادت‌کنندگان، پیمانکاران، دانشجویان، نیروهای داوطلب و غیره، HOI ممکن است محدودیت‌های معقولی را درباره عکس‌برداری، فیلم‌برداری، ضبط صوت، ضبط ویدیو، پخش زنده یا افشای تصاویر، موارد ضبطشده یا ارتباطات درون مراکز HOI اعمال کند.

درخواست‌های ضبط به‌عنوان تسهیلات مرتبط با کم‌توانی یا به‌عنوان کمک جانبی برای ارتباط مؤثر، به‌صورت موردی و مطابق با قانون مربوطه بررسی خواهد شد.

من می‌دانم که من و عیادت‌کنندگانم اجازه عکس‌برداری، فیلم‌برداری، ضبط، پخش زنده، انتشار یا افشای تصاویر، موارد ضبطشده یا ارتباطات مربوط به بیماران، عیادت‌کنندگان، کارکنان، پزشکان، درمانگران، دانشجویان، نیروهای داوطلب یا سایر افراد در مراکز HOI را نداریم، به‌جز موارد مجاز در سیاست HOI و قانون مربوطه.

7. توافقنامه مالی

با در نظر گرفتن تمام خدماتی که HOI ارائه می‌دهد، چه به‌عنوان بیمار و چه به‌عنوان نماینده بیمار، همسر، ولی، سرپرست یا ضامن مالی او امضا کنم، مبلغ صورت‌حساب HOI را فورا و مطابق با نرخ‌های عادی و شرایط HOI، از جمله سیاست‌های مراقبت خیریه و پرداخت تخفیف‌دار آن، در صورت شامل بودن، پرداخت خواهم کرد. من می‌دانم که تمام پزشکان و جراحان، شامل رادیولوژیست‌ها، متخصصان آسیب‌شناسی، متخصصان بی‌هوشی، پزشکان و پرستاران بیمارستانی، متخصصان مراقبت ویژه، پزشکان مشاور، دستیاران پزشکان و سایر درمانگران مستقل، صورتحساب خدماتشان را به‌صورت جداگانه صادر خواهند کرد. تا حد مجاز در قانون مربوطه ایالتی و فدرال (پس از کسر هزینه‌های وکیل، هزینه‌های تحصیلداری)، در صورتی که حسابی برای وصول بدهی به وکیل یا سازمان تحصیلداری ارجاع داده شود، من هزینه واقعی وکلا و هزینه‌های تحصیلداری را پرداخت خواهم کرد. تمام حساب‌های دارای بدهی معوقه، مشمول بهره با نرخ قانونی خواهند بود.
نرخ های معمول HOI، معروف به " فهرست تعرفه‌ها" 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.

PATIENT LABEL

بدهی پزشکی: بر اساس بخش 1785.27 مجموعه قوانین مدنی، دارنده این قرارداد بدهی پزشکی، از ارائه هر گونه اطلاعات مربوط به این بدهی به سازمان‌های گزارش اعتبار مصرف‌کننده منع شده است. علاوه بر هر گونه مجازات دیگر که در قانون مجاز است، در صورتی که شخصی با ارائه اطلاعات مربوط به این بدهی به یک سازمان گزارش اعتبار مصرف‌کننده، آگاهانه مفاد این بخش را نقض کند، بدهی باطل و غیرقابل اجرا خواهد شد.

حروف اول نام و نام خانوادگی:_____
(Initial Here)

8. کمک مالی

بیماران فارغ از وضعیت بیمه‌شان، ممکن است واجد شرایط دریافت مراقبت رایگان یا تخفیف‌دار تحت برنامه کمک مالی HOI باشند. واجد شرایط بودن برای کمک‌هزینه مالی جدا از این شرایط پذیرش تعیین خواهد شد. من موافقم و درک می‌کنم که اگر نتوانم تعهدات مالی‌ام را برآورده کنم، می‌توانم از طریق شماره 764-5564(949) یا ایمیل FC@hoag.org با مشاوران مالی تماس بگیرم. HOI می‌تواند در ارائه درخواست شما کمک کند و درخواست‌هایی را به Medicare، Healthy Families Program و MediCal 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 صدور صورت‌حساب و پرداخت به کمک بیشتر نیاز دارید، می‌توانید از وب‌سایت Health Consumer Alliance در https://healthconsumer.org بازدید کنید تا ارجاع‌هایی برای سازمان‌هایی که ممکن است به شما کمک کنند پیدا کنید. همچنین، برای دریافت کمک محلی می‌توانید به www.OCGOV.com ارجاع داده شوید. 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. معیارهای واجد شرایط بودن برای کمک‌هزینه مالی HOI جدا از این شرایط پذیرش است و مطابق با سیاست HOI و قانون مربوطه بررسی خواهند شد. دسترسی به مراقبت ضروری پزشکی تابع تعیین واجد شرایط بودن برای کمک‌هزینه مالی نیست.

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 در https://www.hoagorthopedicinstitute.com/for-patients/legal-policies/legal-and-compliance 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: _____
(Initial Here)

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 مراقبتم به HOI واگذار می‌کنم. این واگذای 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 ثبت‌نام، یا در وبسایت ما به آدرس https://www.hoagorthopedicinstitute.com/for-patients/billing-and-insurance/insurances- accepted/ موجود 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. هیچ موردی در این بخش هیچ یک از محافظت‌های مقرر در قانون منع صورت‌حساب‌های غیرمنتظره، قانون کالیفرنیا، Medicare، MediCal، Medicaid، قانون طرح سلامت، قانون خدمات اورژانسی یا سایر قوانین مربوطه را محدود نمی‌کند.

تمام پزشکان و جراحان، شامل رادیولوژیست‌ها، متخصصان آسیب‌شناسی، متخصصان بی‌هوشی، پزشکان و پرستاران بیمارستانی، متخصصان مراقبت ویژه، دستیاران پزشکان و سایرین، صورتحساب خدماتشان را به‌صورت جداگانه صادر خواهند کرد. این وظیفه من است که تعیین کنم پزشکانی 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 می کنم که HOI بعضا 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. تصدیق نتیجه آزمایش: بدین وسیله درخواست و موافقت می‌کنم که نتایج تست‌های آزمایشگاهی من به درگاه بیماران ارائه شود تا بتوانم به‌عنوان بخشی از پرونده سلامت بالینی‌ام به‌صورت الکترونیکی به آنها دسترسی یابم. من می‌دانم که نتایج تست‌های آزمایشگاهی که از طریق درگاه بیماران در دسترس قرار می‌گیرند نمی‌توانند شامل نتایج مثبت آزمایش HIV، هپاتیت، سوء مصرف مواد مخدر یا نتایج آزمایش مرتبط با بافت‌هایی که به‌صورت روتین پردازش می‌شوند، یا اسکن‌های تصویربرداری که یک عارضه جدید یا بدخیم عودکننده را نشان می‌دهند باشند.

14. 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، لطفا فرم‌های *درخواست رد اشتراک‌گذاری یا شروع اشتراک‌گذاری اطلاعات مصونیت (قفل/باز)* 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.

15. ارتباط از طریق تلفن ثابت، تلفن همراه، حساب درگاه بیماران و ایمیل
شما با ارائه شماره تلفن، شماره تلفن همراه، آدرس ایمیل، یا سایر اطلاعات تماس 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 احتمالا هزینه‌هایی برای شما خواهد داشت. شما صریحا 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.

16. موارد ممنوعه

a. HOI رفتارهای خشونت‌آمیز را در مراکز ما به هیچ‌وجه تحمل نمی‌کند. به همین ترتیب، HOI متعهد به حفظ یک محل کار امن است که عاری از تهدید و اعمال ارعاب و خشونت باشد. برای ایمنی و امنیت بیماران، ملاقات‌کنندگان، 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 بیمارستان با بودجه فدرال است و نگهداری یا مصرف ماریجوانا در محدوده بیمارستان مجاز نیست، به‌جز تنها مورد استثنا که در قانون دسترسی دلسوزانه به ماریجوانای درمانی کالیفرنیا برای بیماران لاعلاج مقرر شده است. این قانون، استفاده از ماریجوانای درمانی را در بخش‌های خاصی از بیمارستان برای بیماران لاعلاجی که در بیمارستان ما بستری هستند تحت محدودیت‌های خاص مجاز می‌کند.

b. کشیدن سیگار، وِیپ 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 اتومبیل‌های پارک شده در مراکز ممنوع است.

c. HOI این حق را برای خود محفوظ می‌دارد که هر کالایی را که برای اهداف ایمنی وارد مرکز می‌شود بازرسی کند و ممکن است ورود اقلامی را که ناامن یا نامناسب تشخیص داده شوند ممنوع کند.

17. رفتار/کردار بیماران و عیادت‌کنندگان

از بیماران و عیادت‌کنندگان انتظار می‌رود رفتار محترمانه، عاری از تهدید، غیرخشن و عاری از آزار داشته باشند که یک محیط امن مراقبت فراهم کند. تهدید، ارعاب، خشونت، آزار، رفتار توهین‌آمیز، طرز رفتار غیرایمن، ایجاد مزاحمت در مراقبت بیماران، برداشتن غیرمجاز اموال HOI یا نقض سیاست‌های ایمنی یا امنیتی HOI ممکن است منجر به اقدام مقتضی از سوی HOI متناسب با قانون مربوطه، تعهدات ایمنی بیماران، موارد مشمول EMTALA، شرایط مشارکت CMS، الزامات صدور مجوز، و سیاست HOI شود. هیچ موردی در این بخش، رد غربالگری اورژانسی، درمان تثبیت‌کننده، مراقبت‌های ضروری پزشکی، حقوق شکایت، حقوق عدم تبعیض یا سایر حقوق تحت حمایت قانون را مجاز نمی‌کند.

18. هوش مصنوعی

من موافقم و درک می‌کنم که HOI ممکن است از فن‌آوری هوش مصنوعی (AI)، از جمله هوش مصنوعی مولد، برای کمک به ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت و بهبود و ساده‌سازی اسناد، ارتباط، پشتیبانی کلینیکی و سایر عملیات مراقبت سلامت استفاده کند. استفاده از هوش مصنوعی ممکن است شامل نوشتن یادداشت‌ها و گفتگوهای پزشکی، پشتیبانی صدور صورتحساب و کدبندی، تحلیل بالینی و آمار تحلیلی پیش‌بینی‌کننده سلامت باشد، هرچند محدود به اینها نیست. من می‌دانم که بسیاری از خدمات حرفه‌ای پزشکی در Hoag توسط پزشکان مستقلی ارائه می‌شوند که کارمند یا نماینده HOI نیستند. پزشکان شخصاً مسئول مراقبت‌های پزشکی هستند که ارائه می‌دهند، از جمله هر گونه استفاده از هوش مصنوعی در تصمیم‌گیری بالینی یا ارتباطاتشان. تا جایی که قانون ملزم می‌سازد، برخی مکاتبات تولید شده با هوش مصنوعی عبارت خواهند بود از اطلاع‌رسانی آشکار مبنی بر این که با هوش مصنوعی تولید شده‌اند و شامل دستورالعمل‌هایی است که نحوه تماس با یک ارائه دهنده مراقبت سلامت انسانی، کارمند یا سایر افراد مرتبط را شرح می‌دهد.

با امضای این شرایط پذیرش، تایید می‌کنم که از شرایط استفاده از هوش مصنوعی در HOI آگاه شده‌ام.

PATIENT LABEL

گواهی می‌دهم که این شرایط پذیرش را خوانده‌ام یا آن را برایم خوانده‌اند یا توضیح داده‌اند. تصدیق می‌کنم که یک کپی از آن را دریافت کرده‌ام یا به من پیشنهاد شده است.

من بیمار، نماینده قانونی بیمار، یا فردی هستم که از سوی بیمار مجاز به امضا و پذیرش این شرایط پذیرش است.

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

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

نام نماینده بیمارستان: _____
(Hospital Representative Name)

امضای نماینده بیمارستان: _____ تاریخ: _____ ساعت: _____ ق.ظ./ب.ظ.
(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