

Hoag Orthopedic Institute

اطلاعات مربوط به بیمار

2016 م م هام

Hoag
Orthopedic
Institute



فهرست مطالب

1	اطلاعات خوش آمدگویی
2	مراحل بهبود بخشیدن به ایمنی مراقبت از سلامتی خود
6	حقوق و مسئولیت های شما به عنوان یک بیمار
12	اطلاعات مربوط به مدیریت درد بیمار
14	سوالات معمول در باره هزینه های شما
17	اطلاعیه شیوه حفظ حریم خصوصی
23	حقوق شما در رابطه با اطلاعات پزشکی مربوط به شما

به Hoag Orthopedic Institute خوش آمدید

هدف ما مراقبت عالی از شما و ایجاد محیطی راحت تر و امن تر در مدت اقامت شماست.

شماره تماس های مهم

949-725-5000	شماره اصلی Hoag Orthopedic Institute می باشد
949-727-5200	طبقه دوم - طبقه جایگاه پرستاران
949-727-5300	طبقه سوم - طبقه جایگاه پرستاران
949-727-5151	وصیت نامه پزشکی - نماینده بیمار
شماره داخلی 82287	محوطه انتظار جراحی

ساعات ملاقات

Hoag Orthopedic Institute مروج برنامه ای انعطاف پذیر برای ساعات ملاقات با بیماران است.

2 بعد از ظهر تا 4 بعد از ظهر - "زمان آرامش" رعایت می شود - تا بیماران بتوانند استراحت کنند.

پس از ساعت **10 شب**، در جلو بیمارستان قفل می شود و بازدید کنندگان باید از طریق ورودی اورژانس وارد ساختمان شوند.

ساختمان های Hoag Orthopedic Institute به عنوان پیشرو در ارائه مراقبت های پزشکی با کیفیت در Orange County، و سایر اماکن وابسته به Hoag به عنوان مناطق استعمال دخانیات ممنوع تعیین شده اند. کشیدن سیگار در این مکان ها ممنوع است. اجازه دهید ما با همکاری شما گام مهم ترک سیگار را با استفاده از امکانات ترک سیگار موجود در Hoag Orthopedic Institute برداریم. برای کسب اطلاعات بیشتر در باره Freedom from Smoking® (برنامه ترک سیگار) با برنامه American Lung Association با شماره 1-800-LUNGUSA تماس بگیرید.

Hoag Orthopedic Institute به عنوان دریافت کننده کمک های مالی فدرال، هیچ کس را محروم و یا از مزایا سلب نمی کند، و یا نسبت به هیچ کس بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، از کار افتادگی، یا سن بستری، مشارکت، و یا دریافت خدمات و مزایای موجود در هر یک از برنامه ها و فعالیت های خود که چه به طور مستقیم توسط Hoag Orthopedic Institute و یا از طریق یک پیمانکار یا هر نهاد دیگر که Hoag Orthopedic Institute فعالیت ها و برنامه های خود را توسط آنها انجام می دهد تبعیض قایل نمی شود.

مراحل بهبود بخشیدن به ایمنی مراقبت از سلامتی خود

اطلاعات مهم مربوط به ایمنی بیمار

Hoag Orthopedic Institute مایل است که شما هنگامی که تحت مراقبت ما هستید ایمن باشید. در اینجاست که شما می توانید با مشارکت و مطلع بودن خود نقش مهمی را بازی کنید.

1. عضوی فعال در مراقبت از سلامتی خود باشید

- سوالات خود را مطرح کنید و جواب هایی بگیرید که درک می کنید.
- خویشاوند یا دوست مورد اعتمادی که خواسته ها و ترجیحات شما را درک می کند در جریان قرار دهید تا اگر شما نتوانید حرف بزنید او بتواند از طرف شما صحبت کند.
- از هر درمان و یا عمل جراحی که توصیه می شود اطلاع پیدا کنید، و مزایا، خطرات، راه حل های دیگر، و عواقب ناشی از تصمیم شما به عدم ادامه درمان را درک کنید.
- برای کمک به جلوگیری از اشتباه، ما قبل از هر اقدام یا عمل جراحی خاص یک علامت بر روی پوست شما برای شناسایی محل درست عمل می گذاریم- ممکن است از شما خواسته شود تا برای تایید محل درست علامت کمک کنید.

2. به ما برای شناختن شما کمک کنید

- همیشه در موقع اقامت در بیمارستان و آزمایش از نام رسمی خود استفاده کنید.

3. مطمئن شوید که میدانید ما که هستیم

- باید نام پزشکی را که عمدتاً هماهنگی مراقبت از شما را به عهده دارد بدانید.
- باید نام سایر پزشکان و یا غیرپزشکان که به درمان شما می پردازند، و همچنین نقش آنها را بدانید.
- تمام مراقبان شما باید خود را معرفی کنند و در باره نقش خود در مراقبت از شما توضیح دهند.

4. داروهای خود را بشناسید

- فهرستی را از تمام داروهای نسخه شده، گیاهی، و بدون نسخه (از جمله ویتامین ها) که مصرف می کنید تهیه کنید و زمانی که به بیمارستان یا مطب پزشک مراجعه می کنید آنها را همراه بیاورید.
 - مطمئن شوید که پزشکان و پرستاران شما از هرگونه سابقه آلرژی یا واکنش بد شما به دارو، مواد غذایی، لاتکس، و غیره اطلاع دارند.
 - هنگامی که نسخه ای جدید به شما داده می شود، درباره مورد مصرف، عوارض جانبی احتمالی و تداخل این داروها با سایر داروها یا مواد غذایی سؤال کنید.
 - زمان و چگونگی مصرف داروهای خود را بدانید.
 - قبل از ترک بیمارستان، مطمئن شوید که دستورالعمل مصرف تمام داروهای خود - داروهای جدید و داروهای معمول - را در اختیار دارید.
- #### 5. به ما کمک کنید تا از افتادن شما جلوگیری کنیم
- اگر نمی توانید روی پای خود بایستید، سابقه سقوط دارید، و یا اگر حالت سرگیجه یا ضعف دارید مراقبان خود را در جریان بگذارید. به استفاده خود از عصا یا واکر، در صورتی که در خانه به آن عادت دارید، در بیمارستان هم ادامه دهید.
 - اگر پرستار شما می گوید که هنگام بیرون آمدن از تخت کسی باید به شما کمک کند، از راهنمایی های وی اطاعت کنید.
 - از آنجا که بسیاری از سقوط ها هنگام رفتن به حمام رخ می دهد، قبل از رفتن به حمام درخواست کمک کنید - صبر نکنید تا ابتدا وضعیتی اضطراری روی دهد.
 - اگر مایعاتی روی زمین ریخته شده است به کارکنان بگویید.

6. برای پیشگیری از عفونت به ما کمک کنید

- کارکنان بیمارستان، و همچنین عیادت کنندگان، باید قبل از ورود به اتاق و هنگام خروج، و قبل و بعد از تماس با بیمار، دست های خود را با آب و صابون بشویند و یا از یک ماده ضد عفونی کننده بهداشتی دست استفاده کنند.
- اگر مشاهده کردید که این کار توسط تمام مراقبان انجام نمی گیرد، لطفاً از آنها سؤال کنید که آیا آنها دست های خود را تمیز کرده اند- ژل افشان ضد عفونی کننده دست در سراسر بیمارستان به فراوانی در دسترس است.
- هنگام عطسه و سرفه، کارکنان بیمارستان، بازدید کنندگان و بیماران باید از یک دستمال استفاده کرده و جلوی بینی و دهان خود را بگیرند.
- عیادت کنندگانی که ممکن است بیماری های واگیردار داشته باشند باید از ورود به بیمارستان خودداری کنند.

7. اگر حامل بیماری یا میکروبهایی هستید که می تواند به دیگران منتقل شود

- ممکن است بسته به نحوه ای که بیماری یا میکروب های شما می تواند به دیگران منتقل شود، در قسمت احتیاط های ویژه بستری شوید.
- مواظب باشید که کارکنان بیمارستان هنگامی که در اتاق شما هستند از دستکش، روپوش و / یا ماسک استفاده کنند. عیادت کنندگان باید هنگام ملاقات با بیمار ان طبق دستور العمل از دستکش، روپوش و / یا ماسک استفاده کنند.
- مواظب باشید که مراقبان و بازدید کنندگان قبل از پوشیدن دستکش و بعد از از بین آوردن آنها دست های خود را بشویند و از مواد ضد عفونی کننده استفاده کنند.
- دستهای خود را اغلب، و به ویژه پس از استفاده از دستشویی و قبل از صرف غذا بشوید.
- اطلاع داشته باشید که ممکن است محدود به اتاق خود باشید (به جز برای درمان و آزمایش).
- اطلاع داشته باشید که ممکن است به تستی ویژه نیاز داشته باشید. پزشک شما به شما خواهد گفت.

8. برای پیشگیری از عفونت های مربوط به دستگاه های

مانند هواکش ها، خطوط وریدی مرکزی و سوند تخلیه ادرار فولی ما را یاری کنید

- از پزشکان و پرستاران خود بپرسید که چرا شما نیاز به این دستگاه دارید و تا چه مدت باید از آن استفاده کنید.
- مواظب باشید که تمام مراقبان باید قبل و بعد از مراقبت از شما دست خود را با آب و صابون و یا مواد ضد عفونی کننده دست تمیز کنند.
- از پزشک یا پرستار خود سوال کنید که در هنگام استفاده شما از این دستگاه چه اقداماتی برای جلوگیری از ایجاد عفونت به عمل آمده است.
- اجازه ندهید عیادت کنندگان به دستگاه ها دست بزنند.
- مواظب باشید که عیادت کنندگان باید قبل و بعد از ملاقات با شما دست خود را با آب و صابون و یا مواد ضد عفونی کننده دست تمیز کنند.
- شما (یا یکی از اعضاء خانواده شما می توانید بپرسید) که آیا هنوز به این دستگاه نیاز دارید.

9. برای بیماری که عمل جراحی دارند

تیم جراحی Hoag Orthopedic Institute اقدامات زیادی را برای اطمینان از ایمنی شما صورت خواهد داد، که شامل موارد زیر است:

- احراز هویت مکرر و اطمینان از صحیح بودن بیمار، نوع جراحی و محل انجام آن.
- علامت زدن محل انجام جراحی.
- بهترین شیوه ها برای جلوگیری از عفونت های جراحی.
- "فرصت" نهایی برای اطمینان از آمادگی تیم جراحی برای شروع کار.
- علاوه بر چک کردن اطلاعات هویتی دستبند خود، در تمام مدتی که در بیمارستان هستید مکرر از شما خواسته خواهد شد تا به صورت شفاهی خود را معرفی کنید - هر چند این کار تکراری به نظر می رسد، اما اقدامی ضروری برای تضمین ایمنی شماست.

12. اگر نگرانی دارید

اگر شما یا خانواده شما در مورد ایمنی شما نگران هستند، ما مایلیم بدانیم. ما قویا شما را برای بحث در مورد هر گونه نگرانی ایمنی با پزشکان و / یا پرسنل پرستاری تشویق می کنیم- برای این که فراموش نکنید، همه موارد را یادداشت کنید.

شما همچنین می توانید با قسمت روابط بیمار Hoag Orthopedic Institute با شماره 949-727-5151 تماس بگیرید.

اگر نگرانی های شما قابل رفع نیست، شما می توانید بدون استفاده از فرآیند رسیدگی به شکایات بیمارستان به California Department of Public Health (وزارت بهداشت عمومی کالیفرنیا) شکایت کنید.

California Department of Public Health
681 South Parker Street, Suite 200
Orange, CA 92868
(714) 567-2906
تلفن رایگان: (800) 228-5234

شما همچنین می توانید به DNV GL Healthcare (مؤسسه مراقبت پزشکی DNV GL)، یک مؤسسه تأییدکننده، از طریق تلفن رایگان: 866-496-9647 شکایت کنید.
پست معمولی:

DNVGL Healthcare; Attn: Complaints,
400 Techne Center Drive
Suite 100
Milford, OH 45150

وب سایت: www.dnvglhealthcare.com
لینک ای-میل "شکایت از بیمارستان":
hospitalcomplaint@dnvgl.com

10. قبل از رفتن به خانه

- توجه کنید که چه داروهایی را باید همراه ببرید، و چگونه آنها را مصرف کنید.
- از وجود محدودیت های غذایی یا محدودیت فعالیت بدنی اطلاع داشته باشید.
- از چگونگی حفظ پانسمان و استفاده از هر دستگاه بخصوص اطلاع داشته باشید.
- از وقت ملاقات مورد نیاز برای پیگیری پزشک اطلاع داشته باشید.
- علائم خطری که باید نگران آن باشید را بشناسید، تا بدانید چه زمانی با پزشک خود تماس بگیرید.
- فهرستی از سئوالاتی که باید بپرسید تهیه کنید پیش از این که به خانه بروید.

11. در باره اشیاء قیمتی و وسایل خود

- بهتر است تمام اشیاء با ارزش و وسایلی را که در هنگام اقامت در اینجا به آن نیاز ندارید به خانه بفرستید.
- لطفا هیچ گونه دارویی با خود نیاورید مگر اینکه پرستار از شما خواسته باشد. بیمارستان تمام داروهای مورد نیاز شما را در اختیار خواهد گذاشت.
- اگر این اقلام را به خانه نفرستید، توسط کارکنان امنیتی ما حفاظت خواهند شد - اشیاء با ارزش مانند پول و کارت های اعتباری در گاوصندوق، و سایر وسایل شما نیز نگهداری خواهند شد.
- ظروفی برای نگهداری و محافظت از عینک، دندان مصنوعی، و سمعک موجود است- لطفا درخواست کرده از آنها استفاده کنید.

اولویت ما ایمنی است

“شرایط H”

برای رفع نگرانی خود نسبت به هرگونه مشکل مراقبتی با پرستار خود تماس بگیرید.

برای تماس با شرایط H، لطفاً به داخلی 51231 -یا- 0 زنگ بزنید. اپراتور از نام شما، شماره اتاق، نام بیمار و نگرانی بیمار سؤال خواهد کرد. اپراتور بلافاصله یک تیم شرایط H را برای ارزیابی وضعیت فعال خواهد کرد.

در صورت نیاز از کارکنان پشتیبانی بالینی درخواست کمک خواهد شد. هدف معرفی گزینه شرایط H به خانواده های ما این است که، مایلیم بدانید که شما همکاران ما در مراقبت هستید. چنانچه سئوالی دارید، لطفاً آن را با یکی از ارائه دهندگان مراقبت های سلامت خود درمیان بگذارید.

زمانی که نباید تماس گرفت

اگر نگرانی های شما شامل موارد زیر است با شرایط H تماس نگیرید:

- رژیم غذایی
- نیاز به پر کردن پارچ آب
- تلویزیون
- مسایل اولیه محیطی
- تلفن
- مسایل رفاهی
- درجه حرارت اتاق
- یا سایر مسایل غیر پزشکی.

لطفاً برای درخواست کمک یا دسترسی به پنجره سقفی با کارکنان واحد خود تماس بگیرید.

شرایط H یک طرح ملی است که به بیماران یا اعضای خانواده امکان می دهد تا در شرایط اضطراری پزشکی، با یک تماس تلفنی، درخواست کمک فوری کنند.

مصمم به تبدیل بیمارستان به یک مکان امن برای مراقبت از بیمار

ما در Hoag Orthopedic Institute خود را وقف مراقبت بیمار-محور کرده ایم. ایمنی شما مهمترین اولویت ما است. به همکاری شما و خانواده شما با ما، برای اطمینان از بهترین مراقبت در طول اقامت شما در بیمارستان خوش آمدی گوئیم.

شرایط H برای مواردی موجود است که بیمار نسبت به سلامتی خود نگرانی جدی دارد، و یا رسیدگی به نیازهای بیمار بطور اضطراری لازم است. این تماس راهی است برای بیماران و خانواده ها برای درخواست کمک فوری در زمانی که نیاز به توجه فوری پزشکی دارند.

زمان تماس

- اگر شما یا یکی از اعضای خانواده شما معتقد است که یک تغییر نگران کننده در وضعیت بیمار بوجود آمده است و تیم مراقبت های پزشکی توجهی به آن نگرانی ها ندارد.
- اگر پس از صحبت با یکی از اعضای تیم مراقبت های پزشکی (مانند پرستاران، پزشکان)، شما همچنان در مورد چگونگی انجام، مدیریت یا برنامه ریزی این مراقبت ها نگرانی جدی دارید.

حقوق و مسئولیت های شما به عنوان یک بیمار

شما به عنوان یک بیمار در *Hoag Orthopedic Institute*، از بعضی از حقوق و مسئولیت های ذاتی در مراقبت های پزشکی برخوردارید. برای دریافت بهترین مراقبت ممکن، ایفای نقشی فعال در درمان پزشکی خود از طرف شما مهم است. تیم مراقبت های سلامت شما موظف به شرکت دادن شما در این فرآیند است.

حقوق بیمار

شما از حقوق زیر برخوردارید:

- 1.** مراقبت باملاحظه و احترام، و احساس آرامش یافتن. حق احترام فرهنگی، اجتماعی روانی، نیازهای معنوی و روحانی، و ارزش های شخصی، کرامت، باورها و ترجیحات خود را دارید.
- 2.** پذیرش شما در بیمارستان فوراً به یکی از اعضای خانواده (و یا نماینده منتخب دیگر شما) و پزشک شما اطلاع داده شود. خانواده شما، در موارد جایز و برحسب قانون، با اجازه شما یا اجازه جانشین تصمیم گیرنده به جای شما، می تواند در تصمیم گیری برای مراقبت، درمان و خدمات شما مشارکت داشته باشد.
- 3.** نام پزشکی که مسئولیت اصلی هماهنگی مراقبت شما را به عهده دارد و نام و روابط حرفه ای سایر پزشکان و غیر پزشکانی که شما را خواهند دید را بدانید.
- 4.** اطلاعات مربوط به وضعیت سلامتی خود، تشخیص، پیش آگهی، دوره درمان، چشم انداز بهبودی و دستیافتنهای مراقبت (شامل نتایج پیش بینی نشده) را به زبان قابل درک خود دریافت کنید. حق داشتن یک ارتباط موثر و در صورت لزوم استفاده از خدمات ترجمه شفاهی، و ترجمه، را دارید. حق دارید تا نیازهای مربوط به بینایی، گفتار، شنوایی، زبان و اختلالات شناختی شما بر طرف شود. حق مشارکت در تهیه و اجرای طرح مراقبت مربوط به خود را دارید. حق اظهار نظر در مورد پرسشهای اخلاقی که در طول دوره

مراقبت برای شما مطرح می شود، مانند مقولات حل تضاد، خودداری از دریافت خدمات حیات بخش و صرف نظر کردن یا ترک درمان زندگی بخش را دارید.

- 5.** تصمیم گیری در مورد مراقبت های پزشکی، و دریافت اطلاعات کافی در مورد هر درمان پیشنهاد شده و یا عملی که می تواند به شما در رضایت آگاهانه یا امتناع از دریافت دوره درمان کمک کند. به جز در مواقع اضطراری، این اطلاعات باید شامل شرح روش و یا درمان، خطرات پزشکی مهم مربوط به آن، اقدامات درمانی و یا غیر درمانی دیگر و خطرات مربوط به هر یک، و نام کسی که عمل جراحی را انجام خواهد داد و یا درمان را به عهده دارد، باشد.
- 6.** درخواست و یا رد درمان، تا جایی که قانون اجازه می دهد. به هر حال، حق تقاضای درمان یا خدمات نامناسب و یا غیر ضروری پزشکی را ندارید. حق ترک بیمارستان را علیرغم نظر پزشکان، و تا حدی که قانون مجاز می داند را دارید.
- 7.** آگاه باشید در مواردی که پزشک بیمارستان/ شخصی پیشنهاد شرکت در آزمایش های انسانی مربوط به مراقبت و یا درمان شما یا انجام آنها را داد.
- شما حق دارید که با شرکت در این چنین پروژه های تحقیقاتی موافقت نکنید.
- 8.** پاسخ معقول و منطقی به هر گونه درخواست منطقی برای خدمات.
- 9.** ارزیابی مناسب و مدیریت درد خود، اطلاعات مربوط به درد، راه های کاهش درد و شرکت در تصمیم گیری های مدیریت درد. می توانید همه روش های رفع درد را درخواست و یا آن را رد کنید. ممکن است پزشک حاضر به تجویز دارو با محتوی مواد مخدر نباشد، اما اگر چنین است، باید به شما اطلاع دهد که پزشکانی وجود دارند که در درمان دردهای شدید مزمن با روش های تخصصی

که شامل استفاده از مواد مخدر هم هست تخصص دارند.

10. تنظیم وصیت نامه پزشکی. این وصیت نامه شامل تعیین یک تصمیم گیرنده از طرف شما است، در صورتی که از درک یک درمان پیشنهادی ناتوان هستید و یا قادر به برقراری ارتباط در مورد اظهار خواسته های خود در مورد امور مراقبت نباشید. کارکنان بیمارستان و پزشکان ارائه دهنده خدمات مراقبتی در بیمارستان باید با از این خواسته ها پیروی کنند. کلیه حقوق بیماران در مورد کسی که مسئولیت قانونی برای تصمیم گیری از طرف وی در مورد مراقبت های پزشکی دارد اعمال می شود.

11. احترام به حریم خصوصی افراد. بحث در باره پرونده، مشاوره، معاینه و درمان محرمانه هستند و باید با احتیاط انجام شود. حق درخواست علت حضور هر فرد را دارید. حق دارید که از عیادت کنندگان بخواهید تا قبل از انجام معاینات و زمانی که مسائل درمان مورد بحث قرار می گیرد اتاق را ترک کنند. از پرده های حریم خصوصی در اتاق نیمه خصوصی استفاده می شود. حق دارید که مکالمات تلفنی خصوصی داشته باشید.

12. محرمانه تلقی کردن تمام ارتباطات و اسناد مربوط به مراقبت از شما و اقامت در بیمارستان. اطلاعاتی که ای جداگانه در رابطه با شیوه حفظ حریم خصوصی دریافت خواهید کرد که جزئیات حقوق و حریم خصوصی شما و این که چگونه ما می توانیم از اطلاعات پزشکی حفاظت شده شما استفاده و آن را علنی کنیم را توضیح می دهد.

13. محیطی امن و مطمئن برای شما و اموال شما و عاری از آزار روانی، جسمی، جنسی و یا کلامی و غفلت، سوء استفاده و یا آزار و اذیت. حق دسترسی به خدمات حفاظت و حمایت از جمله سازمان های اطلاع رسانی دولتی در مورد غفلت یا سوء استفاده را دارید.

14. از هرگونه محدودیت و انزوا که از آن به عنوان یک ابزار زور، تنبیه، راحتی دیگران و یا مقابله به مثل

توسط کارکنان استفاده می شود. دور باشید.

15. تداوم منطقی مراقبت و از پیش اطلاع داشتن از زمان و مکان ملاقات ها و همچنین هویت افراد عرضه کننده خدمات مراقبتی.

16. پس از ترخیص از بیمارستان از طریق پزشک، یا نماینده پزشک، از نیازهای ادامه مراقبت های پزشکی اطلاع یابید. حق مشارکت در تهیه و اجرای برنامه ترخیص خود را دارید. در صورت درخواست شما، این اطلاعات می تواند در اختیار یک دوست یا عضو خانواده نیز قرار گیرد.

17. از قوانین و سیاست های بیمارستان که مربوط به رفتار شما به عنوان یک بیمار در بیمارستان می شود اطلاع داشته باشید.

18. اگر قادر به تصمیم گیری هستید، یک فرد پشتیبان برای خود مشخص کنید و عیادت کنندگان خود را بدون توجه به نسبت سببی یا نسبی تعیین کنید، مگر اینکه:

- هیچ عیادت کننده ای مجاز نباشد.
- این بیمارستان به طور معقولی مشخص می کند که حضور یک عیادت کننده خاص، یکی از کارکنان مرکز پزشکی و یا سایر عیادت کنندگان ممکن است سلامت و ایمنی بیمار را به خطر اندازد، و یا به طور قابل توجهی عملکرد این بیمارستان را مختل کند.
- شما به کارمندان این مرکز اظهار داشته اید که دیگر مایل نیستید که فرد خاصی از شما عیادت کند. در عین حال، یک مرکز پزشکی می تواند محدودیت های معقول و منطقی برای ملاقات، شامل محدودیت در ساعت ملاقات و تعداد بازدید کنندگان را اعمال کند.

19. اگر شما قدرت تصمیم گیری نداشته باشید، برای مشخص کردن افراد عیادت کننده، خواسته های پیشین شما در نظر گرفته شود. روش بررسی این ملاحظات در سیاست ملاقات بیمارستان بحث خواهد شد. بطور حداقل، بیمارستان همه ساکنین خانه شما را در نظر می گیرد.

برای بیماران Medicare که از کیفیت مراقبت یا ترخیص زود هنگام شکایت یا نگرانی دارند، این شکایات را می توان به Quality Improvement Organization (سازمان بهبود کیفیت) مربوطه (QIO) ارجاع داد.

Livanta, Attn:
BFCC-QIO Program Area 5
9090 Junction Drive, Suite 10
Anapolis Junction, MD 20701
877-588-1123

شما همچنین می توانید شکایت خود را به CMS
Accrediting Agency (مراقبت پزشکی CMS)،
DNV GL Healthcare به این آدرس بنویسید:

Attn: Complaints
400 Techne Center Drive, Suite 100
Milford, OH 45150

وب سایت: www.dnvglhealthcare.com
لینک ای-میل "شکایت از بیمارستان":
[.hospitalcomplaint@dnvgl.com](mailto:hospitalcomplaint@dnvgl.com)

مسئولیت های بیمار

به عنوان بیمار مسئولیت های زیر را دارید:

- ارائه اطلاعات کامل و دقیق در مورد شکایت حاضر، بیماری های قبلی، بستری شدن در بیمارستان، داروها، وصیت نامه پزشکی و سایر موضوعات مربوط به سلامتی شما.
- طرح سئوالات در هنگامی که اطلاعات و یا دستورالعمل ها را درک نمی کنید.
- پیروی از دستورالعمل ها و برنامه درمان توصیه شده توسط پزشک شما و تیم مراقبت های پزشکی.
- گزارش هرچه زودتر تغییرات ایجاد شده در وضعیت شما به پزشک خود و یا عضوی از تیم مراقبت پزشکی خود.
- مشارکت در مراقبت از خود شامل برنامه های کنترل درد و برنامه ریزی ترخیص.
- اعلام به پزشک خود در مورد این که قادر به ادامه برنامه مراقبت و درمان نیستید.
- پذیرفتن نتایج پیامدهای عدم پیروی شما از دستورالعمل های برنامه های مراقبت و خدمات و یا امتناع از قبول درمان.

20. توضیح صورتحساب بیمارستان را صرف نظر از منبع پرداخت آن دریافت و بررسی کنید.

21. این حقوق بدون توجه به جنسیت، وضعیت اقتصادی، پیشینه آموزشی، نژاد، رنگ پوست، مذهب، اصل و نسب، ملیت، شهروندی، زبان مادری یا وضعیت مهاجرت (به جز الزامات مشخص شده توسط قوانین فدرال)، گرایش جنسی، هویت/بیان جنسی، سن، اطلاعات ژنتیکی، معلولیت، شرایط پزشکی، وضعیت تأهل، وضعیت همخانگی قانونی یا منبع پرداخت برای مراقبت، اعمال می شود.

22. اعلام شکایت. اگر قصد دارید شکایت خود را به اطلاع Hoag Orthopedic Institute برسانید، می توانید شکایت مکتوب خود را به آدرس

Hoag Orthopedic Institute
Attn: Administration,
16250 Sand Canyon Ave.,
Irvine, CA 92618

ارسال کنید یا با تماس گرفتن با شماره
949-727-5259 شکایت خود را شفاهی مطرح کنید.

کمیته رسیدگی به شکایات، آنها را بررسی خواهد کرد و ظرف هفت روز پاسخی کتبی به شما خواهد داد. پاسخ کتبی شامل نام فرد طرف تماس در بیمارستان، اقدامات انجام شده به منظور بررسی شکایت، نتایج حاصل از فرآیند رسیدگی به شکایت و تاریخ اتمام فرآیند شکایت است.

23. می توانید بدون توجه به این که از فرآیند رسیدگی به شکایات بیمارستان استفاده می کنید به California Department of Public Health شکایت کنید. آدرس پستی و شماره تلفن:

California Department of Public
681 South Parker Street, Suite 200
Orange, CA 92868
714-567-2906
تلفن رایگان: 800-228-5234

• پیروی از قوانین و مقررات بیمارستان که بر مراقبت از بیمار و رفتار او حاکم است.

• با ملاحظه نسبت به حقوق سایر بیماران و کارکنان بیمارستان و به اموال افراد دیگر و بیمارستان احترام بگذارند.

• مطلع کردن ارائه دهندگان مراقبت های خود از هر گونه نگرانی ایمنی یا سوال در مورد مراقبت و یا محیط خود.

• ارائه اطلاعات دقیق و به موقع در مورد منابع پرداخت خود و صحبت با بیمارستان برای انجام تعهدات مالی خود، در هنگام نیاز.

• ارائه یک نسخه از وصیت نامه پزشکی خود، در صورتی که آن را تکمیل کرده باشید.

Hoag Orthopedic Institute یک مرکز عاری از دود است. استعمال دخانیات در داخل بیمارستان و در محوطه بیمارستان ممنوع است. هیچ محلی برای سیگار کشیدن وجود ندارد.

حق شما برای تصمیم گیری در مورد درمان پزشکی

این قسمت توضیحاتی را شامل می شود درباره حقوق شما در تصمیم گیری های پزشکی، و این که چگونه می توانید در حال حاضر برای مراقبت های پزشکی خود، در صورتی که در آینده قادر به اعلام نظر خود نباشید، برنامه ریزی کنید.

• قانون فدرال ما را ملزم به ارائه این اطلاعات می کند. امیدواریم که این اطلاعات به شما در کنترل بیشتر درمان پزشکی خود کمک کند.

چه کسی در باره درمان من تصمیم می گیرد؟

پزشکان شما اطلاعات و توصیه های مربوط به درمان را به شما خواهند داد. شما هستید که حق انتخاب دارید. شما می توانید به هر درمانی که به آن مایل هستید بگویید "آری" . شما می توانید به هر درمانی که دوست ندارید بگویید "خیر" - حتی اگر این درمان بتواند شما را بیشتر زنده نگه دارد.

آیا کسان دیگری می توانند در تصمیم گیری به من کمک کنند؟

بلی. بیماران اغلب به بستگان و دوستان نزدیک برای کمک در تصمیم گیری های پزشکی خود مراجعه می کنند. این افراد می توانند برای هم فکری در انتخاب گزینه هایی که با آن روبرو هستید به شما کمک کنند. می توانید از پزشکان و پرستاران بخواهید تا با بستگان و دوستان شما صحبت کنند. آنها می توانند از پزشکان و پرستاران سوالات شما را بپرسند.

اگر من تا آن حد بیمار شوم که قادر به تصمیم گیری در مورد مراقبت های پزشکی خود نباشم چه می شود؟

اگر جانشینی برای خود انتخاب نکرده اید، پزشک شما از نزدیک ترین خویشاوند یا دوست در دسترس شما خواهد خواست تا بهترین تصمیم را برای شما بگیرند. بیشتر اوقات این راه حل کارساز است. اما گاهی اوقات همه در مورد انجام یک کار اتفاق نظر ندارند. به همین دلیل، مبدا که نتوانید نظر خود را بعداً ابراز کنید، بهتر است از قبل نظر خود را نسبت به آنچه دوست دارید در آینده اتفاق بیفتد اعلام کنید.

من از کجا بدانم که چه می خواهم؟

پزشک تان باید در مورد وضعیت پزشکی شما و کارکرد درمان های مختلف و گزینه های مدیریت درد با شما صحبت کند. بسیاری از درمان ها دارای "عوارض جانبی" هستند. پزشک شما باید در مورد مشکلاتی که درمان پزشکی می تواند برای شما ایجاد کند، اطلاعاتی در اختیار شما بگذارد.

اغلب، ممکن است بیش از یک درمان به شما کمک کند - و نظر افراد مختلف در باره بهترین درمان متفاوت است. پزشک شما می تواند درمان های موجود را به شما معرفی کند، اما نمی تواند آن را برای شما انتخاب کند. این انتخاب به عهده شماست و بستگی دارد به آنچه که برای شما مهم است.

آیا می توانم دوست یا خویشاوندی را برای تصمیم گیری مراقبت های پزشکی خود انتخاب کنم؟

بلی. می توانید به پزشک خود بگویید که قصد دارید شخص دیگری را برای تصمیم گیری های پزشکی خود انتخاب کنید. از پزشک بخواهید تا نام آن شخص را به عنوان "جانشین" مراقبت های پزشکی خود در پرونده پزشکی شما درج کند.

اگر مایل به انتخاب نماینده نباشم؟

هنوز هم می‌توانید خواسته‌های خود را بدون نام بردن از نماینده، در وصیت‌نامه پزشکی خود بنویسید. می‌توانید بگویید که مایلید به زندگی خود تا جایی که ممکن است ادامه دهید. یا می‌توانید بگویید که شما نمی‌خواهید با درمان به زندگی خود ادامه دهید. همچنین می‌توانید خواسته‌های خود را در مورد استفاده از مسکن درد و یا هر نوع درمان دیگر پزشکی بیان کنید.

اگر حتی یک فرم راهنمای فردی بهداشت و درمان را پر نکرده باشید، می‌توانید در باره خواسته‌های خود با پزشک خود صحبت کنید و از او بخواهید تا این مطلب را در پرونده پزشکی شما ثبت کند. یا می‌توانید خواسته‌های خود را با اعضاء خانواده یا دوستان خود در میان بگذارید. اما اگر آنها را بنویسید، احتمالاً برآورده کردن خواسته‌های شما ساده‌تر خواهد شد.

اگر شخص دیگری در مورد درمان من تصمیم‌گیری کند چه می‌شود؟

همان قوانین در مورد هر کس که از طرف شما برای مراقبت‌های پزشکی تصمیم‌گیری می‌کند اعمال می‌شود. شامل نماینده بهداشت و درمان، جانشینی که نام او را به پزشک خود داده‌اید، و یا شخص دیگری که توسط دادگاه برای تصمیم‌گیری برای شما تعیین شده است. همه ملزم به رعایت دستورالعمل مراقبت‌های پزشکی شما هستند، و اگر چنین دستورالعملی موجود نبود، موظفند خواسته‌های کلی شما در مورد درمان، شامل قطع درمان، را تحقق بخشند. اگر خواسته‌های درمان شما مشخص نباشد، جانشین باید سعی کند تا آنچه را مشخص کند که به نفع شماست. افراد ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت شما باید از تصمیمات نماینده یا جانشین شما پیروی کنند مگر این که درمان درخواست شده اقدام پزشکی بد یا بی‌اثری برای درمان شما باشد. اگر این امر باعث ایجاد اختلاف نظر شود و قابل حل و فصل نباشد، ارائه‌دهنده باید تلاش معقولی برای پیدا کردن یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های پزشکی دیگر برای درمان شما از خود نشان دهد.

قدرت جانشین در تصمیمات پزشکی شما تنها در طول درمان بیماری یا آسیب دیدگی فعلی شما و یا، در صورت بستری بودن در یک مرکز پزشکی، تا زمانی که بستری باشید پابرجا است.

آیا باید برای بیان خواسته‌های خود در مورد مراقبت‌های پزشکی صبر کنم تا بیمار شوم؟

خیر. در واقع، بهتر است که قبل از ابتلا به یک بیماری سخت با اجبار برای رفتن به بیمارستان، خانه سالمندان، و یا دیگر تسهیلات مراقبت‌های سلامت این کار را انجام دهید. شما می‌توانید از Advance Health Care Directive (یک وصیت‌نامه پزشکی) برای تعیین یک نفر که به جای شما تصمیم بگیرد و نوع درمان‌های مورد درخواست خود استفاده کنید. این اسناد به این دلیل "پیشین" نامیده می‌شود، که آن را قبل از تصمیم‌گیری‌های مراقبت پزشکی آماده می‌کنید. آنها همچنین به این دلیل "خواسته" خوانده می‌شوند چون مشخص می‌کنند که چه کسی از طرف شما صحبت خواهد کرد و چه باید انجام شود. در کالیفرنیا، در قسمتی از وصیت‌نامه پزشکی که می‌توانید یک نفر را برای تصمیم‌گیری‌های پزشکی تعیین کنید Power of Attorney For Health Care (وکالتنامه مراقبت‌های پزشکی) نامیده می‌شود. قسمتی که در آن می‌توانید آنچه را که می‌خواهید انجام شود اظهار کنید Individual Health Care Instruction (دستورالعمل مراقبت‌های پزشکی شخصی) نامیده می‌شود.

چه کسی می‌تواند وصیت‌نامه پزشکی تهیه کند؟

اگر 18 سال یا بیشتر داشته باشید و قادر به تصمیم‌گیری‌های پزشکی خود باشید، می‌توانید وصیت‌نامه تهیه کنید. به وکیل نیاز ندارید.

چه زمانی نماینده من شروع به تصمیم‌گیری‌های پزشکی من می‌کند؟

معمولاً، نماینده پزشکی فقط زمانی تصمیم‌گیری می‌کند که شما توانایی تصمیم‌گیری خود را از دست داده باشید. اما، اگر مایل باشید، می‌توانید در وکالتنامه مراقبت‌های پزشکی قید کنید که نماینده می‌تواند بلافاصله شروع به تصمیم‌گیری کند.

چه کسی را می توانم به عنوان نماینده تعیین کنم؟

می توانید خویشاوندی بزرگسال یا هر فرد دیگری که به وی اعتماد دارید را برای تصمیم گیری های پزشکی از طرف خود انتخاب کنید.

چگونه نماینده من می داند که من چه می خواهم؟

بعد از اینکه نماینده خود را انتخاب کردید، با او در مورد آنچه که می خواهید صحبت کنید. گاهی اوقات تصمیم گیری در مورد درمان سخت است، و اگر نماینده شما آنچه را که شما می خواهید بداند واقعا مفید است. همچنین می توانید خواسته های خود را در وصیت نامه پزشکی ذکر کنید.

اگر نظرم عوض شود چه؟

می توانید می توانید خواسته های خود را ابراز کنید، در هر زمان وصیت نامه پزشکی خود را تغییر دهید و یا آن را باطل کنید. برای تغییر فردی که قصد دارید تصمیم گیری های پزشکی خود را به او محول کنید، باید بیانیه ای را امضاء کنید یا شفاها به پزشک مسئول خود بگویید.

اگر وصیت نامه پزشکی تهیه نکرده باشم، آیا هنوز می توانم درمان شوم؟

قطعاً. کماکان درمان خواهید شد. ما فقط می خواهیم بدانید که اگر شدت بیماری توان تصمیم گیری را از شما گرفته باشد، شخص دیگری باید برای شما تصمیم گیری کند. به یاد داشته باشید:

- یک وکالتنامه مراقبت های پزشکی به شما امکان تعیین نماینده برای تصمیم گیری به جای شما را می دهد. نماینده شما می تواند بسیاری از تصمیم گیری های پزشکی را - نه فقط برای موارد درمان حیاتی - زمانی که شما نمی توانید از طرف خود صحبت کنید، را انجام دهد. اگر مایلید همچنین می توانید به نماینده خود اجازه تصمیم گیری های پیش از آن هم بدهید.

- می توانید با نوشتن خواسته های خود در مورد مراقبت های پزشکی و یا درخواست از پزشک خود برای ثبت خواسته های خود در پرونده پزشکی یک

دستورالعمل بهداشت و درمان فردی تهیه کنید. اگر در مورد قبول یا رد درمان خاصی مردد هستید، دستورالعمل راه خوبی است برای منتقل کردن صریح خواسته های شما به پزشک خود و یا هر فرد دیگری که ممکن است در تصمیم گیری درمان از طرف شما تعیین شود. این دو نوع وصیت نامه پزشکی ممکن است با هم یا به طور جداگانه استفاده شود.

چگونه می توانم اطلاعات بیشتری در مورد تهیه وصیت نامه پزشکی دریافت کنم؟

برای دریافت اطلاعات بیشتر از پزشک، پرستار، مددکار اجتماعی، و یا ارائه دهنده مراقبت های پزشکی خود درخواست کمک کنید. می توانید از یک وکیل برای تهیه وصیت نامه پزشکی کمک بگیرید، یا فرم خالی وصیت نامه را پر کنید.

Hoag Orthopedic Institute در وب سایت خود فرم وصیت نامه پزشکی را برای دانلود دارد. این فرم را می توانید از این سایت دانلود کنید
www.hoagorthopedicinstitute.com

اطلاعات مربوط به Hoag Orthopedic Institute

با پیشگام بودن در مراقبت های پزشکی خود، بیماری با مسوولیت باشید. موسسه ارتوپدی هوگ شریک شما در مراقبت های پزشکی است، و سعی در ارائه مراقبت موثر و منصفانه به تمام بیماران و جامعه دارد.

منابع پرستاری، خدمات اجتماعی، روابط بیمار، مراقبت معنوی و سایر زمینه ها برای کمک به رفع نگرانی های شما در دسترس است. برای دریافت کمک، لطفاً با:

HOI Patient Relations (روابط بیمار HOI)

با شماره 949-727-5151، #5

Care Management (مدیریت مراقبت) با

شماره 949-727-5439 تماس بگیرید.

اطلاعات بیمار مربوط به مدیریت درد

هدف ما کمک به مدیریت درد و احساس راحتی، مطابق اهداف مشخص شده شما است.

حقوق شما و کاهش درد

هرچند ممکن است درد را بخشی از شرایط و یا درمان خود در بیمارستان بدانید؛ اما حق برخورداری از یک تسکین درد ایمن، و موثر نیز دارید. درد تسکین نیافته می تواند اثرات جسمی و روانی نامطلوب داشته باشد. این جزوه می تواند به بعضی سوالات پاسخ دهد که ممکن است در مورد کاهش درد داشته باشید.

درد در بهبودی من چه تأثیری دارد؟

درد تسکین نیافته می تواند روند بهبودی شما را به تاخیر بیندازد. هدف ما مداوای کافی شما به نحوی است که بتوانید در فعالیت هایی شرکت کنید که به شما در بازگشت به بهترین سطح عمل کمک می کند، مانند تنفس عمیق و راه رفتن.

در باره درد خود به پزشک و پرستار خود چه باید بگویم؟

هر وقت درد دارید، به پزشک و یا پرستار رسمی (RN) خود حتی اگر از شما درخواست نکنند، اطلاع دهید. آنها ممکن است از شما بخواهند که درد خود را در مقیاس 0 (صفر) تا 10 که در آن 0 حالت بدون درد و 10 حالت درد بسیار شدید است، مشخص کنید. آنها ممکن است اندازه درد را به صورت عددی، با استفاده از صورتک یا وسایل توصیفی از شما سؤال کنند.

چه اهمیتی دارد که بطور مکرر از اندازه درد من سؤال می شود؟

انتظار بهبودی در سطح فعالیت خود داشته باشید. درد شما ممکن است در طول زمان تغییر کند. همچنین پس از فعالیت ها، آزمایش ها یا روش های مختلف زیر، ممکن است داروهای ضد درد شما موثر نباشند. اطلاع از این که چه چیزی باعث بهتر یا بدتر شدن درد شما می شود مهم است. پرستار رسمی RN و پزشک نیز بر هر گونه عوارض جانبی نامطلوب دارو نظارت دارند تا مطمئن شوند که شما بیش از حد مسکن دریافت نکنید.

درد من چگونه می تواند تسکین یابد؟

راه های تسکین درد متعدد است و شامل داروهایی مانند Tylenol™ (تایلنول)، ایبوپروفن، یا مخدرها می شود. مخدرهایی که معمولاً تجویز می شوند عبارتند از هیدرومورفون، مورفین، فنتانیل یا Vicodin™ (ویکودین). داروهای ضد درد در اشکال قرص، آمپول، چسب پوستی، اپیدورال، و مسکن کنترل شده توسط بیمار (PCA) وجود دارند. همچنین روش های بدون استفاده از دارو نیز برای کنترل درد وجود دارد، مانند معطوف کردن توجه به مسایل دیگر، شل کردن عضلات (relaxation)، بطری آب گرم، بطری آب سرد یا ماساژ.

آیا پرستار رسمی هر بار که دارو می آورد باید دست بند شناسایی مرا چک کند؟

بله، برای ایمنی شما. اگر پرستار در موقع دادن دارو دستبند شما را چک نکرد، انجام این کار را به او یادآوری کنید.

آنها از شما سپاسگزار خواهند بود. همچنین، هرگز دارو بی را که مطمئن نیستید چیست و چرا به شما داده شده است مصرف نکنید.

اگر باز هم درد من کنترل نشود؟

پرستاران و پزشکان برای ارزیابی اثر دارو به کمک شما نیاز دارند. اگر دردی دارید که تسکین نیافته است و / یا در هر محل دیگری درد وجود دارد به آنها اطلاع دهید.

ممکن است که داروی دیگری برای شما اثر بهتری داشته باشد. در مواردی که چالشی برای مدیریت درد وجود داشته باشد، پس از مشورت با پزشک خانواده شما، ممکن است دستور یک مشاوره به تیم مدیریت درد داده شود.

اگر من در خانه از داروهای ضد درد استفاده می کردم چه باید کرد؟

در مورد تمام داروهای ضد درد غیر نسخه ای که قبل از مراجعه به بیمارستان در خانه استفاده میکردید، شامل داروهایی مانند Tylenol™ (تایلنول) و Motrin™ (موتترین) اطلاع دهید. این به پزشک برای مدیریت مؤثرتر درد شما کمک خواهد کرد. ما توصیه می کنیم که تمام داروهای ضد درد را در خانه بگذارید.

اگر من به داروها، غذاها یا مواد حساسیت داشته باشم چه باید کرد؟

دهید. کارکنان به طور منظم، میزان تنفس و خواب آلودگی شما را چک می کنند. ممکن است برای ارزیابی صحیح تنفس، نیاز به بیدار کردن شما باشد. اگر در زمان مصرف دارو دچار هر گونه احساس غیر معمول شدید، بلافاصله به پرستار اطلاع دهید.

در مورد حساسیت های خود و نوع واکنشی که در گذشته به آن ها داشته اید به پرستار بگویید. اطمینان حاصل کنید که این موضوع روی بازوبند حساسیت شما نوشته شده باشد.

آیا ممکن است به داروهای ضد درد معتاد شوم؟

بسیاری از بیماران این نگرانی را ابراز می کنند و در نتیجه، در مصرف داروهای ضد درد مردد هستند. تحقیقات نشان داده است که اعتیاد به داروهای ضد درد بسیار بعید است. گاهی اوقات tolerance (تحمل) ایجاد می شود که با اعتیاد متفاوت است. اگر شما واقعا در این مورد نگران هستید، لطفا موضوع را با پرستار یا پزشک خود در میان بگذارید.

اگر درد مزمن داشته باشم چه باید کرد؟

به پرستار و پزشک خود در باره درد مزمن و مداومی که داشته اید، و نوع داروها و یا درمان هایی که برای شما موثر بوده است اطلاع دهید.

عوارض جانبی ضددردهاب مخدر چیست؟

عوارض جانبی شایع مصرف داروهای شبه افیونی می تواند شامل موارد زیر باشد: تهوع، خارش، بیبوست، مشکل ادرار کردن، و خواب آلودگی. اگر هر یک از این عوارض جانبی شما را ناراحت می کنند به پزشک و/یا پرستار خود اطلاع



0 1
بدون درد



2 3
کمی درد



4 5
درد ملایم



6
متوسط



7 8
زیاد



9 10
درد شدید

سوالات رایج مربوط به صورتحساب شما

پول نقد

از آن دسته از بیماران که دارای پوشش بیمه نیستند انتظار می رود که در زمان ارائه خدمات، هزینه آن را پرداخت کنند.

صورتحساب مانده - مسئولیت بیمار

اگر شما قادر به پرداخت کامل سهم هزینه صورتحساب خود نیستید، لطفاً برای رسیدن به یک توافق دوجانبه برای پرداخت، با ما تماس بگیرید.

مانده بدهکاری من چه چیزی را نشان می دهد؟

مانده پس از پرداخت بیمه، نشان دهنده هر گونه کسورات یا فرانشیز بیمه باقی مانده است. شرکت بیمه شما بهترین مرجع برای کمک به شفاف سازی مبلغ بدهی شماست. اکثر شرکت های بیمه با دادن Explanation of Benefits (توضیح درباره مزایا) به شما، برای پاسخ به سوالات شما آمادگی دارند.

آیا Hoag Hospital از Medicare پذیرش می کند؟

بله. با پذیرفتن کار از Hoag، Medicare، Orthopedic Institute موافقت می کند که در صورت عدم تقبل هزینه توسط Medicare، هزینه ای از بیمار دریافت نکند. با این همه، برای بیماران بابت مبالغ کسورات، فرانشیز سهم بیمه، و خدماتی که تحت پوشش نیستند صورت حساب ارسال می کنیم.

سوالات رایج مربوط به صورتحساب شما

آیا شما برای شرکت بیمه من صورتحساب می دهید؟

بله. Hoag Orthopedic Institute هزینه خدمات بیمارستانی را دریافت خواهد کرد. لطفاً به یاد داشته باشید که در هنگام ثبت نام، اطلاعات مربوط به بیمه فعلی خود را اعلام کنید.

آیا شما به بیمه ثانویه من صورتحساب می دهید؟

بله. ما پس از دریافت پرداخت یا اعلام عدم پرداخت آن از بیمه اصلی شما، باقی مانده صورتحساب را از بیمه ثانویه شما دریافت خواهیم کرد.

دفتر موسسه ارتوپدی هوگ این راهنما را برای پاسخ دادن به متداول ترین سوالات در باره صورتحساب شما تهیه کرده است. اگر سؤال دیگری دارید، لطفاً با این شماره تماس بگیرید: 949-764-5952.

فرآیند تهیه صورتحساب در HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE

کلیه کسورات بیماران، فرانشیز بیمه، فرانشیز سهم بیمار و خدماتی که تحت پوشش نیستند قبل از ارائه خدمات و یا در زمان ارائه خدمات دریافت می شوند.

Medicare

پس از دریافت پرداختی Medicare، برای Medicare و بیمه ثانویه شما صورتحساب صادر خواهیم کرد. پس از اینکه صورتحساب بیمه ثانویه شما صادر شود، صورتحساب های دوره ای دریافت خواهید کرد که مانده بدهی شما را نشان می دهد. بیماران GoldenHealth PLUS صورتحسابی برای خدمات خارج از پوشش Medicare بیماران بستری و برای همه خدمات سرپایی دریافت خواهند کرد.

HMO / EPO / PPO (Managed Care)، مراقبت مدیریت شده

ما برای بیمه طرف قرارداد شما صورتحساب خواهیم فرستاد. تا زمانی که فرآیند درخواست پرداخت توسط شرکت بیمه شما انجام میشود، صورتحسابی برای شما ارسال نخواهیم کرد. برای هرگونه باقی مانده فرانشیز بیمه، کسورات و خدماتی که تحت پوشش نیستند، برای شما صورت حساب می فرستیم.

Cal.0375OPTIMA / Medi-Cal

پس از تأیید واجد شرایط بودن و دریافت بخش هزینه ماهانه، برای MediCal/CalOPTIMA جهت خدمات تأیید شده صورت حساب می فرستیم.

بیمه های Group/Indemnity

به بیمه Group and Indemnity نیز برای هزینه های وارده صورت حساب ارسال می شود. تقریباً 30 روز پس از تاریخ صدور صورتحساب، شما را از وضعیت مانده حساب خود مطلع خواهیم کرد. صورتحساب های دوره ای برای اطلاع از مانده بدهکاری دریافت خواهید کرد.

آیا صورتحسابی از ریز ارقام دریافت خواهیم کرد؟

اگر در هر زمان مایل به دریافت صورتحساب حاوی ریز ارقام هزینه و پرداخت خود هستید، لطفاً با قسمت Patient Accounting (حسابداری بیمار) تماس بگیرید، و کارمند ما سفارش ارسال آن به شما را خواهد داد. این فرایند معمولاً دو یا سه روز به طول می انجامد.

آیا پرداخت شرکت بیمه من را به عنوان کل پرداخت قبول می کنید؟

بیماران مسئول پرداخت کسورات خود، فرانشیز شرکت بیمه، خدماتی که تحت پوشش نیستند و مبالغ فرانشیز طبق اعلام بیمه آنها قبل از استفاده از خدمات و یا در زمان استفاده از آنها هستند.

آیا بیمه من این خدمات را پوشش می دهد؟

پوشش ها متفاوت هستند. هرگونه سوالی که در باره پوشش دارید، لطفاً با شرکت بیمه خود، مدیر برنامه، کارگزار بیمه یا بخش مزایای (گاهی اوقات منابع انسانی) کارفرمای خود تماس بگیرید.

از چه کس دیگری ممکن است صورتحساب دریافت کنم؟

ممکن است هر یک از پزشکانی که در درمان شما دخالت داشته اند برای شما صورتحساب ارسال کنند. این پزشکان معمولاً شامل جراح، دستیار جراح، متخصص بیهوشی، رادیولوژیست (در صورتی که عکسبرداری اشعه X انجام شود)، آسیب شناس (اگر نمونه های آسیب شناسی مورد بررسی قرار گیرند)، متخصص قلب و عروق، و هر پزشکی که ممکن است نتیجه آزمایشات درخواست شده توسط پزشک شما را بخواند.

چرا من بیش از یک شماره حساب دارم؟

برای تاریخ هر یک از خدمات سرپایی و تاریخ پذیرش هر بستری، یک شماره حسابداری جداگانه در نظر گرفته می شود. این عمل به ما امکان صدور صورتحساب برای هزینه های خاص و تشخیص های مربوط به مراقبت از شما را همراه با تاریخ ارائه آن خدمات می دهد، و شرکت بیمه شما را قادر به تخصیص مزایای مناسب می کند.

استثناء

برای حساب های تکرارشونده بیماران سرپایی مانند فیزیوتراپی یا پرتو درمانی، حسابی جداگانه بصورت ماهانه تشکیل می شود.

حقایق مهم

1. مزایا و شرط های بیمه خود را بشناسید. اطمینان حاصل کنید که دفترچه مزایای خود را مطالعه نموده و در مورد هر زمینه ای که برای شما نامشخص است از شرکت بیمه خود سؤال کرده اید.
2. لطفاً چنانچه مورد نیاز بیمه است، برای اخذ مجوز خدمات بیمارستان با شرکت بیمه خود تماس بگیرید. اگر مجوز در محدوده زمانی که در بیمه نامه شما ذکر شده است اخذ نشود، ممکن است با جریمه ای سنگین مواجه شوید، و یا شرکت بیمه از ارائه خدمات به شما خودداری کند.
3. قیمت های پیشنهادی خدمات صرفاً تخمینی هستند. صورتحساب شما خدماتی را نشان می دهد که توسط پزشک شما درخواست شده است. صورتحساب نهایی شما نشان دهنده مجموع هزینه ها، پیش پرداخت و مانده بدهی شماست.
4. اطلاعات تشخیصی به عنوان بخشی از اطلاعات بالینی شما به شرکت بیمه ارسال می شود. برای هرگونه سؤال در مورد کدگذاری تشخیص باید توسط پزشک خود، انجام شود، که برای ایجاد هرگونه تغییر مناسب، با قسمت کدگذاری ما تماس خواهد گرفت.
5. صورتحساب ریز ارقام در صورت درخواست موجود است.
6. نمایندگان Medi-Cal و "Medical Safety Net" - MSN - برای آن دسته از بیماران که نیاز به اطلاعاتی در مورد برنامه های کمک های مالی دارند در دسترس هستند. با نماینده Hoag Orthopedic Institute می توان با شماره 949-764-5564 تماس گرفت.

اگر سؤالی درباره صورتحساب خود داشته باشم با چه کسی می توانم تماس بگیرم؟

لطفاً با شماره 949-764-8404 با قسمت خدمات مالی بیماران تماس بگیرید. کارکنان ما از کمک به شما خوشحال خواهند شد.

- کارکنان حسابداری بیماران از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:30 صبح - تا 4:30 بعد از ظهر برای ارائه خدمات مشتریان به بیماران ما در رابطه با خدمات در Hoag Orthopedic Institute در دسترس هستند.

7. اگر شما مزایای پزشکی تایید شده قابل قبول دارید، برای اکثر عمل ها سپرده لازم نیست.
- لطفاً کارت بیمه خود را و / یا فرم بیمه را در هنگام ثبت نام همراه داشته باشید. در غیر این صورت، بیمارستان درخواست پیش پرداخت خواهد کرد.
 - بیمارستان کارت های Visa، MasterCard، American Express و Discover را قبول می کند.
 - کارکنان مشتری از دوشنبه تا جمعه از 8:30 قبل از ظهر تا 5 بعد از ظهر برای برآورد هزینه های اعمال جراحی آینده و همچنین بیشتر شرایط سپرده در دسترس هستند.
 - اگر سؤالی دارید، لطفاً با شماره 949-517-3167 تماس بگیرید.

اطلاعیه حریم خصوصی

تعهد ما نسبت به اطلاعات پزشکی

ما درک می کنیم که اطلاعات پزشکی مربوط به شما و سلامت شما شخصی است و ما متعهد به حفاظت از آن هستیم. پرونده ای برای سوابق مراقبت و خدماتی که در بیمارستان دریافت می کنید تهیه می شود. برای ارائه مراقبت با کیفیت و مطابق با الزامات قانونی، به این سابقه نیاز داریم.

اعلام این اطلاعیه یک الزام قانونی است و مشمول کلیه سوابق مراقبتی شماست که در بیمارستان توسط پرسنل بیمارستان یا بوسیله پزشک شخصی شما تهیه شده است می شود. پزشک شخصی شما ممکن است سیاستهای متفاوتی در رابطه با استفاده و افشای اطلاعات پزشکی شما که در مطب وی ایجاد شده است، داشته باشد.

چگونه می توانیم از اطلاعات مربوط به شما استفاده یا آنها را افشاء کنیم

دسته بندی های زیر راه های مختلفی را توصیف می کنند که برای استفاده و افشای اطلاعات پزشکی استفاده می کنیم. منظور خود را از هر دسته بندی استفاده و یا افشا توضیح خواهیم داد و سعی خواهیم کرد تا چند مثال هم ارائه کنیم. تمامی استفاده ها یا افشاهای مربوط به همه دسته بندی ها ذکر نخواهد شد. در عین حال، کلیه راه هایی که مجاز به استفاده و افشای اطلاعات هستیم، در یکی از این دسته ها قرار می گیرند.

افشاء به درخواست شما

ما می توانیم اطلاعات را به درخواست شما آشکار کنیم. این افشاء به درخواست شما نیاز به یک مجوز کتبی توسط شما دارد.

این اخطار توضیح می دهد که چگونه اطلاعات پزشکی شما ممکن است مورد استفاده قرار گیرد یا افشا شود و چگونه شما می توانید به این اطلاعات دسترسی پیدا کنید. لطفا آن را به دقت مطالعه کنید.

چه کسانی مخاطب این اطلاعیه هستند؟

این اطلاعیه شیوه های حفظ حریم خصوصی Hoag Orthopedic Institute ("HOI") و موارد زیر را تشریح می کند:

- هر مراقب پزشکی حرفه ای که مجاز به وارد کردن اطلاعات در چارت بیمارستان است؛
- همه گروه ها و واحد های بیمارستان؛
- اعضای گروه داوطلب که ما به او اجازه کمک به شما در بیمارستان را داده ایم؛
- همه افراد قراردادی و سایر پرسنل بیمارستان.

کلیه این اشخاص ملزم به رعایت شرایط این اطلاعیه هستند. علاوه بر این، این اشخاص ممکن است اطلاعات پزشکی را برای اهداف درمانی، پرداخت و یا کارهای اداری مراقبت های پزشکی توصیف شده در این اعلامیه را با یکدیگر به اشتراک بگذارند.

این اعلامیه راه هایی را نشان می دهد که ممکن است ما از اطلاعات پزشکی مربوط به شما استفاده کنیم یا آنها را افشاء کنیم. همچنین حقوق شما و تعهدات خود را درباره استفاده و افشای اطلاعات پزشکی شرح می دهیم.

ما طبق قانون ملزم هستیم به اینکه:

- مطمئن شویم که اطلاعات پزشکی که می تواند باعث شناسایی شما شود (با استثنائات خاص) خصوصی نگه داشته شود؛
- این اطلاعیه مربوط به وظایف قانونی ما و روش های حفظ حریم خصوصی اطلاعات پزشکی شما را در اختیار شما قرار دهیم؛ و
- شرایط اطلاعیه جاری را رعایت کنیم.

برای درمان

ممکن است ما از اطلاعات پزشکی مربوط به شما برای درمان و یا خدمات مربوط به آن استفاده کنیم. ممکن است اطلاعات پزشکی مربوط به شما را در اختیار پزشکان، پرستاران، تکنسین ها، دانشجویان پزشکی، و یا دیگر کارکنان بیمارستان که در مراقبت از شما شرکت دارند، قرار دهیم. برای مثال، یک پزشک که پای شکسته شما را درمان می کند به علت این که دیابت می تواند فرایند درمان را کند کند، نیاز دارد بداند که شما مبتلا به دیابت هستید. علاوه بر این، اگر شما مبتلا به دیابت باشید این پزشک ممکن است نیاز به مشاوره با یک متخصص تغذیه برای تهیه وعده های غذایی مناسب داشته باشد.

قسمت های مختلف بیمارستان هم ممکن است برای هماهنگ کردن نیازهای مختلف شما، مانند دارو، آزمایش پزشکی و اشعه X، اطلاعات پزشکی مربوط به شما را به اشتراک بگذارند. همچنین ممکن است پس از این که بیمارستان را ترک کردید اطلاعات پزشکی مربوط به شما را در اختیار افرادی در خارج از بیمارستان مانند واحدهای پرستاری تخصصی، سازمان های ارائه کننده خدمات پزشکی در خانه، و پزشکان و یا سایر متخصصین قرار دهیم. برای مثال، ممکن است برای کمک به پزشک تان در درمان شما به وی امکان دسترسی به اطلاعات پزشکی شما را بدهیم.

برای پرداخت

برای مشخص شدن درمان و خدماتی که از بیمارستان دریافت کرده اید و تهیه صورتحساب آن و دریافت هزینه آن از شما نیاز به استفاده و افشای اطلاعات پزشکی مربوط به شما به یک شرکت بیمه و یا یک شخص ثالث داریم. برای مثال، ممکن است نیاز به دادن اطلاعات به بیمه درمانی شما در مورد عمل جراحی که شما در بیمارستان داشته اید داشته باشیم تا بدین وسیله بیمه درمانی شما هزینه عمل جراحی شما را به ما پرداخت و یا آن را جبران کند. ما همچنین برای اخذ تأیید قبلی برای درمانی که در آینده خواهید داشت و بررسی تحت پوشش بودن یا نبودن آن ممکن است اطلاعاتی در مورد این درمان به بیمه درمانی شما بدهیم.

همچنین ممکن است اطلاعات عمومی مربوط به شما و بیمه درمانی شما را در اختیار شرکت بیمه و ارائه کنندگان خدمات خارج از بیمارستان که در درمان شما مشارکت داشته اند قرار دهیم تا بدین وسیله به آن ها برای دریافت هزینه های خدمت به شما، کمک کرده باشیم.

یادآوری قرار ملاقات

ممکن است برای تماس با شما برای یادآوری قرار ملاقات درمان یا مراقبت های پزشکی در بیمارستان از اطلاعات شما استفاده کنیم یا آنها را افشاء کنیم.

گزینه های درمانی

ممکن است برای مطلع کردن یا توصیه گزینه های درمانی ممکن یا جایگزین هایی که شاید برای شما جالب باشد از اطلاعات پزشکی شما استفاده یا آن را افشاء کنیم.

راهنمای بیمارستان

ممکن است بعضی از اطلاعات شما را بطور محدود، در زمانی که به عنوان یک بیمار در بیمارستان هستید در راهنمای بیمارستان وارد کنیم. این اطلاعات می تواند شامل نام، محل در بیمارستان، وضعیت عمومی شما (به عنوان مثال، خوب، پایدار، و غیره) و وابستگی های مذهبی شما باشد. مگر در موارد خاصی که شما درخواستی خلاف این را داشته باشید، این اطلاعات راهنمای بیمارستان، به جز در مورد وابستگی مذهبی شما، در اختیار افرادی که با ذکر نام، این اطلاعات را درخواست کنند قرار خواهد گرفت. اطلاعات مربوط به وابستگی مذهبی شما می تواند به یکی از روحانیون، مانند کشیش و یا خاخام حتی اگر با ذکر نام درخواست نشده باشد، داده شود. این اطلاعات منتشر شده است تا خانواده شما، دوستان و روحانیون بتوانند از شما در بیمارستان دیدن کنند و از حال شما جویا شوند.

وسایل و خدمات مربوط به سلامت

ممکن است از اطلاعات پزشکی شما برای معرفی وسایل و یا خدماتی که ممکن است برای شما جالب باشد استفاده یا آنها را افشاء کنیم.

برای امور اجرایی مراقبت های درمانی

ممکن است از اطلاعات پزشکی شما برای امور اجرایی مراقبت های درمانی استفاده یا آنها را افشاء کنیم. این استفاده و افشاء اطلاعات برای اداره بیمارستان و برای

اطمینان از این که تمام بیماران از مراقبت با کیفیت برخوردارند لازم است. برای مثال، ممکن است از اطلاعات پزشکی برای بررسی وضعیت درمان و خدمات ما و ارزیابی عملکرد کارکنان ما در مراقبت از شما استفاده کنیم. همچنین ممکن است از مجموعه اطلاعات پزشکی مربوط به بسیاری از بیماران بیمارستان برای تصمیم گیری در مورد این که چه خدمات بیمارستانی دیگری باید ارائه دهد، چه خدماتی مورد نیاز نیست، و آیا بعضی از درمان های جدید موثر هستند یا خیر استفاده کنیم. همچنین ممکن است این اطلاعات را در اختیار پزشکان، پرستاران، تکنسین ها، دانشجویان مراقبت های بهداشتی، و سایر پرسنل بیمارستان برای بررسی و یادگیری قرار دهیم. همچنین ممکن است از مجموعه اطلاعات پزشکی خود و اطلاعات پزشکی مربوط به بیمارستان های دیگر برای مقایسه عملکرد خود و بررسی مواردی که ما می توانیم مراقبت و خدمات خود را بهبود بخشیم استفاده کنیم. ممکن است اطلاعاتی که هویت شما را آشکار می کند از این مجموعه اطلاعات پزشکی حذف کنیم، به طوری که اشخاص دیگری که ممکن است از آن ها برای تحقیق در مورد مراقبت های بهداشتی و ارائه خدمات سلامتی استفاده می کنند، از هویت بیمار آگاهی پیدا نکنند.

فعالیت های بازاریابی

حق استفاده از اطلاعات پزشکی شما به منظور تماس برای تشویق شما به خرید یا استفاده از یک محصول یا خدمات را داریم. به هر حال، اگر ما هر گونه پرداخت مستقیم یا غیر مستقیم برای ایجاد این ارتباط دریافت کنیم، به اجازه کتبی شما قبل از تماس با شما نیاز داریم. تنها استثناء برای کسب این اجازه زمانی است که ارتباط ما (1) توضیح در باره یک دارو یا داروهایی است که در حال حاضر برای شما تجویز شده و مبلغ پرداختی ما برای این ارتباط معقول باشد یا (2) توسط یکی از شرکای تجاری ما مطابق با قرارداد کتبی با یک شریک کسب و کار انجام شده باشد.

جلوگیری از تهدید جدی برای سلامت یا ایمنی

ممکن است در صورت لزوم برای جلوگیری از تهدید جدی برای سلامت و ایمنی شما، عموم مردم، و یا اشخاص دیگر، از اطلاعات پزشکی شما استفاده و یا آن را افشاء کنیم. در عین حال، هر گونه اطلاعات، تنها به کسی که قادر به کمک برای جلوگیری از خطر باشد افشاء می شود.

فعالیت برای جمع آوری کمک های مالی

ممکن است از اطلاعات پزشکی شما برای تماس به منظور جمع آوری پول برای بیمارستان و فعالیت های آن استفاده کنیم. ممکن است اطلاعات پزشکی شما را در اختیار بنیاد مربوط به بیمارستان بگذاریم تا برای جمع آوری پول برای بیمارستان با شما تماس بگیرد. فقط اطلاعات تماس مانند، نام، آدرس و شماره تلفن شما، تاریخ هایی که در بیمارستان درمان شده اید و یا خدماتی که دریافت کرده اید، قسمتی که خدمات به شما ارائه کرده است، پزشک معالج، نتیجه درمان و وضعیت بیمه درمانی را افشاء می کنیم.

اگر مایل به حذف نام خود از ارتباطات جمع آوری کمک مالی آینده هستید، لطفا با شماره 949-764-7217 متعلق به Hoag Hospital Foundation تماس بگیرید و یا درخواست خود را شامل نام و آدرس به optout@hoag.org ایمیل کنید.

اگر قصد خود را مبنی بر عدم دریافت هر گونه ارتباطات مربوط به جمع آوری کمک مالی بیشتر را به ما اطلاع دهید، ما این اطلاع را به عنوان لغو مجوز شما برای ارتباط برای جمع آوری کمک مالی تلقی می کنیم، و در صورتی که قصد ادامه این ارتباط را داشته باشیم یک مجوز جدید از شما دریافت خواهیم کرد.

افرادى که در مراقبت و یا پرداخت هزینه مراقبت شما مشارکت دارند

ممکن است اطلاعات پزشکی شما را در اختیار دوست یا عضو خانواده ای که در مراقبت های پزشکی شما شرکت دارد بگذاریم. همچنین ممکن است این اطلاعات را در اختیار کسی که هزینه مراقبت از شما را پرداخت می کند قرار دهیم. مگر در موارد خاصی که درخواستی خلاف این را داشته باشید، همچنین ممکن است خانواده یا دوستان شما را از شرایط شما و این که در بیمارستان هستید آگاه سازیم. علاوه بر این، ممکن است اطلاعات پزشکی مربوط به شما را در اختیار نهادهای امداد حوادث قرار دهیم.

نظامی و جانبازان

اگر عضو نیروهای مسلح هستید، ممکن است اطلاعات پزشکی مربوط به شما را در صورت درخواست توسط مقامات فرماندهی نظامی در اختیار آنها قرار دهیم. همچنین ممکن است اطلاعات پزشکی مربوط به پرسنل نظامی خارجی را در اختیار مسئولان نظامی خارجی قرار دهیم.

غرامت کارگران

ممکن است اطلاعات پزشکی مربوط به شما را در اختیار برنامه جبران خسارت کارگران یا برنامه های مشابه قرار دهیم. این برنامه ها مزایای حوادث ناشی از کار یا بیماری را پوشش می دهند.

فعالیت های بازرسی پزشکی

ممکن است اطلاعات پزشکی مربوط به شما را در اختیار سازمان های نظارت بر امور پزشکی، برای فعالیت هایی که طبق قانون مجاز شناخته شده است، قرار دهیم. نمونه این فعالیت های نظارتی شامل، ممیزی، تحقیقات، بازرسی، و صدور پروانه است. این فعالیت ها برای نظارت دولت بر سیستم مراقبت های بهداشتی، برنامه های دولت، و مطابقت آنها با قوانین حقوق مدنی لازم است.

وابسته های کاری

برخی از خدمات از طریق قراردادهایی ارائه می شود که ما با وابسته های کاری خود داریم. به عنوان مثال، HOI و Hoag Memorial Hospital Presbyterian وابسته های کاری هستند، و ممکن است اطلاعات پزشکی مربوط به شما را به منظور هماهنگی مراقبت از شما و برای اهداف عملیات مراقبت های پزشکی در اختیار Hoag قرار دهیم. شرکتی که از طرف شما برای شرکت های بیمه صورتحساب صادر می کند نیز از وابسته های کاری ماست، و ممکن است اطلاعات پزشکی مربوط به شما را برای جلب کمک این گونه شرکت ها و برای دریافت هزینه های خدمات مراقبت های بهداشتی ارائه شده در اختیار این شرکت ها قرار دهیم. برای محافظت از اطلاعات پزشکی مربوط به شما، از طریق یک قرارداد کتبی شرکت های وابسته کاری را ملزم به حفاظت مناسب از اطلاعات پزشکی شما کرده ایم.

تلاش برای کمک به شما به طوری که بتوان خانواده شما را از وضعیت، و محلی که در آن قرار دارید مطلع ساخت. اگر در حالت بیهوشی در بخش اورژانس باشید و یا قادر به برقراری ارتباط نباشید، ما ملزم به تلاش برای تماس با کسی که می تواند از طرف شما تصمیم مراقبت های پزشکی بگیرد (به عنوان مثال، عضو خانواده یا نماینده دارای وکالت) هستیم.

تحقیق

در شرایط خاصی ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای امور تحقیقاتی بروز دهیم. به عنوان مثال، یک پروژه تحقیقاتی ممکن است سلامت و بهبود تمام بیمارانی که در شرایط یکسان تحت درمان با دو داروی مختلف هستند را مقایسه کند. در هر حال، کلیه پروژه های تحقیقاتی، مشمول یک فرآیند خاص کسب مجوز هستند. طی این فرآیند پروژه تحقیقاتی پیشنهاد شده و استفاده آن از اطلاعات پزشکی ارزیابی می شود، و تلاش می شود تا بین نیازهای پژوهشی و نیاز بیمار برای حفظ حریم خصوصی اطلاعات پزشکی خود تعادل وجود داشته باشد. قبل از اینکه از اطلاعات پزشکی برای تحقیق استفاده کنیم، باید پروژه تحقیقاتی از طریق این فرآیند تحقیق تایید شده باشد، اما در عین حال، ممکن است اطلاعات پزشکی مربوط به شما را در اختیار افرادی که آماده انجام یک پروژه تحقیقاتی هستند قرار دهیم، برای مثال، برای کمک به آنها برای یافتن بیمارانی که نیازهای خاص پزشکی دارند، به شرطی که این اطلاعات پزشکی تحت بررسی آنها از بیمارستان خارج نشود.

الزام قانونی

اطلاعات پزشکی مربوط به شما را اگر توسط قانون فدرال، ایالتی یا محلی خواسته شود بروز خواهیم داد.

وضعیت های خاص

اهداء عضو و بافت

ممکن است برای تسهیل کار اهداء و پیوند عضو یا بافت، اطلاعات پزشکی را در اختیار سازمان هایی که در کار خرید یا استفاده از اعضاء بدن، پیوند چشم یا بافت هستند یا در اختیار بانک اهداء عضو قرار دهیم.

پرونده های حقوقی و اختلافات

اگر درگیر شکایت یا اختلافی هستید، ممکن است اطلاعات پزشکی مربوط به شما را با دستور حقوقی و یا اداری آشکار سازیم. همچنین ممکن است اطلاعات پزشکی مربوط به شما را در پاسخ به احضاریه، درخواست کشف، و یا سایر فرایندهای قانونی توسط شخص دیگری که با شما اختلاف دارد افشاء کنیم، اما این امر تنها در صورتی است که تلاش کافی برای تماس با شما درباره درخواست، و یا به منظور کسب دستور از شما مبنی بر حفاظت از اطلاعات درخواست شده صورت گرفته باشد (که ممکن است شامل اطلاعات کتبی به شما باشد).

پزشکی قانونی، بازرسان پزشکی و مدیران کفن و دفن

ممکن است اطلاعات پزشکی مربوط به شما را در اختیار پزشک قانونی یا بازرسان پزشکی قرار دهیم. این امر ممکن است، برای مثال، برای شناسایی فرد متوفی یا تشخیص علت مرگ لازم باشد. همچنین ممکن است اطلاعات پزشکی مربوط به بیماران بیمارستان را که برای انجام وظایف مدیران کفن و دفن لازم است، در اختیار این مدیران قرار دهیم.

فعالیت های سلامت عمومی

ممکن است اطلاعات پزشکی مربوط به شما را برای فعالیت های سلامت عمومی آشکار سازیم. این فعالیت ها به طور کلی عبارتند از:

- برای پیشگیری یا کنترل بیماری، صدمات یا از کارافتادگی؛
- برای گزارش تولد یا مرگ؛
- برای گزارش در مورد سوء استفاده یا بی توجهی به کودکان، سالخوردهگان و بزرگسالان وابسته؛
- گزارش حساسیت به دارو یا مشکلات مربوط به وسایل؛
- اطلاع رسانی به مردم برای مرجوع کردن وسایلی که احتمالاً مصرف می کنند؛
- مطلع کردن فردی که ممکن است در معرض ابتلا به یک بیماری باشد و یا در خطر ابتلا یا گسترش بیماری یا عارضه ای باشد؛

- مطلع کردن مسئولین دولتی از این که بیمار قربانی سوء رفتار، بی توجهی یا خشونت خانگی بوده است. فقط زمانی این اطلاعات را افشا خواهیم کرد که شما با آن موافق باشید، یا اینکه این کار از لحاظ قانونی لازم یا مجاز باشد؛

- مطلع ساختن کارکنان و اکنش اضطراری در رابطه با احتمال ابتلا به HIV/AIDS، تا جایی که با قوانین ایالتی و فدرال همخوانی داشته باشد.

اعمال قانون

اطلاعات پزشکی را چنانچه از طرف مسئول اجرای قانون درخواست شود، افشاء خواهیم کرد:

- در پاسخ به حکم دادگاه، احضاریه، حکم، احضار و یا فرایند مشابه؛
- برای شناسایی یا پیدا کردن افراد مظنون، فراری، شاهد اصلی، یا فرد گم شده؛
- درباره قربانیان جرایم اگر، تحت شرایط بسیار ویژه، قادر به کسب موافقت فرد نباشیم؛
- در باره مرگی که فکر می کنیم در اثر عملکرد مجرمانه رخ داده است؛
- درباره رفتار مجرمانه در بیمارستان؛ و
- در شرایط اضطراری گزارش جنایات؛ محل جرم یا قربانیان؛ یا هویت، مشخصات یا محل کسی که این جرم را مرتکب شده است.

فعالیت های امنیت ملی و جاسوسی

ممکن است اطلاعات پزشکی مربوط به شما را در اختیار مقامات جاسوسی، ضد جاسوسی، و سایر فعالیت های امنیت ملی که به موجب قانون مجاز است، قرار دهیم.

خدمات محافظت از رئیس جمهور و دیگران

ممکن است اطلاعات پزشکی مربوط به شما را در اختیار مقامات مسئول فدرال بگذاریم تا بتوانند در جهت محافظت از رئیس جمهور، سایر افراد تحت حفاظت و یا سران کشورهای خارجی، و یا برای انجام تحقیقات خاص اقدام کنند.

طبقه بندی های خاص اطلاعات

در بعضی از موارد، اطلاعات پزشکی شما ممکن است با محدودیت هایی مواجه باشد که می تواند مانع از استفاده و یا افشا بعضی از آنها گردد. به عنوان مثال، محدودیت های خاصی برای استفاده یا بر ملا کردن دسته های خاصی از اطلاعات وجود دارد (مثلاً، آزمایش HIV یا درمان بیماری های روانی و یا اعتیاد به الکل و مواد مخدر). بیمه های پزشکی دولتی، مانند Medi-Cal، نیز می توانند افشای اطلاعات ذینفع را برای مقاصد غیر مرتبط با این بیمه ها محدود کنند.

زندانیان

اگر زندانی مرکز تأدیبی و یا تحت بازداشت مقامات اعمال قانون باشید، ممکن است اطلاعات مربوط به شما را در اختیار این سازمان تأدیبی یا مقام اعمال قانون قرار دهیم. این افشاء در موارد زیر لازم خواهد بود (1) برای این سازمان به منظور ارایه مراقبت های سلامت به شما؛ (2) برای حفاظت از سلامتی و ایمنی شما یا سلامت و ایمنی سایرین؛ یا (3) برای ایمنی و امنیت مرکز تأدیبی.

تیم های کارکنان چند رشته ای

ممکن است اطلاعات پزشکی را در اختیار تیم کارکنان چند رشته ای در رابطه با پیشگیری، شناسایی، مدیریت و یا درمان کودکان مورد آزار قرار گرفته و والدین کودک، یا در موارد آزار و بی توجهی به سالمندان قرار دهیم.

برای تحقق اهداف "اصول اعلامیه حریم خصوصی HOI" که در "استانداردهای فدرال برای حفاظت از حریم خصوصی اطلاعات سلامتی افشاکننده هویت" (45 CFR بخش های 160 و 164) مشخص شده است و مجموعاً "Privacy Rule" (قوانین حفاظت از حریم خصوصی) نامیده می شوند، و برای تحقق همه اهداف مجاز مطابقت با Privacy Rule، از تاریخ 1 ژوئیه 2019 نهادهای مجزای وابسته تحت پوشش زیر خود را به عنوان نهاد "واحد" وابسته تحت پوشش معرفی کرده اند:

California Specialty Surgery Center
26371 Crown Valley Pkwy.,
Mission Viejo, CA 92691

Main Street Specialty Surgery Center
280 N. Main St., #100
Orange, CA 92868

Orthopedic Surgery Center of Orange County
dba Hoag Orthopedic Institute Surgery
Center
22 Corporate Plaza Dr., #150
Newport Beach, CA 92660

Hoag Irvine Surgery Center
16405 Sand Canyon Ave.,
Irvine, CA 92618

حقوق شما در رابطه با اطلاعات پزشکی مربوط به شما

حق اصلاح

اگر احساس می کنید که اطلاعات پزشکی مربوط به شما که در اختیار ماست، نادرست یا ناقص است، می توانید برای اصلاح این اطلاعات از ما درخواست کنید. تا زمانی حق درخواست این اصلاحیه را دارید که این اطلاعات توسط بیمارستان یا برای آن نگهداری می شود. برای درخواست اصلاحیه، درخواست کتبی خود را باید به آدرس زیر ارسال کنید:

Health Information Management Department
One Hoag Drive
Newport Beach, CA 92658-6100.

علاوه بر این، باید دلیلی هم برای درخواست خود ارائه کنید. ممکن است درخواست اصلاحیه اطلاعات شما را به علت این که به صورت کتبی نیست یا دلیلی برای آن ذکر نشده است رد کنیم.

علاوه بر این، ممکن است درخواست اصلاح موارد زیر را رد کنیم، اطلاعاتی که:

- توسط ما تهیه نشده است، و اگر شده است، شخص یا نهادی که این اطلاعات را تهیه کرده است دیگر برای اصلاح در دسترس نیست؛
- از اطلاعات پزشکی که در بیمارستان و یا برای بیمارستان نگهداری می شود نیست؛
- از اطلاعاتی نیست که شما مجاز به بازرسی و کپی کردن آن باشید؛ یا
- دقیق و کامل است.

حتی اگر درخواست شما را برای اصلاح انکار کنیم، شما حق ارائه ضمیمه ای مکتوب، در حداکثر 250 کلمه، را دارید که در رابطه با هر مورد و یا اظهاری که فکر می کنید در سابقه ما ناقص و یا نادرست است باشد. اگر به وضوح به صورت مکتوب بنویسید که مایلید این ضمیمه بخشی از سوابق پزشکی شما را تشکیل دهد، ما آن را به پرونده شما ضمیمه می کنیم و در هر زمان که افشای موارد مذکور انجام می شود، این ضمیمه را نیز با آن همراه می کنیم.

حقوق زیر را در مورد اطلاعات پزشکی برای شما محفوظ نگه می داریم:

حق بازرسی و تکثیر

شما حق بازرسی و تکثیر اطلاعات پزشکی را دارید که ممکن است برای تصمیم گیری برای مراقبت هایتان مورد استفاده داشته باشد. معمولاً، این امر شامل سوابق پزشکی و صورت حساب هاست، اما نمی تواند شامل بعضی از اطلاعات سلامت روانی باشد. اگر اطلاعات پزشکی شما در پرونده الکترونیکی پزشکی نگهداری شود، شما می توانید یک نسخه الکترونیکی از اطلاعات پزشکی خود را دریافت کنید، و اگر بخواهید، می توانید به ما سفارش انتقال این نسخه را به طور مستقیم به نهاد یا شخصی که شما تعیین می کنید به نحوی روشن، آشکار و مشخص بدهید. برای بازرسی و تکثیر اطلاعات پزشکی که می تواند در تصمیم گیری برای خودتان مفید باشد، باید درخواست کتبی خود را به آدرس زیر ارسال کنید:

Health Information Management Department
One Hoag Drive,
Newport Beach, CA 92658-6100.

یک نسخه فرم مجوز باید پر شود. اگر یک نسخه از این اطلاعات را درخواست کنید، ممکن است هزینه ای را برای کپی کردن، پست کردن یا سایر مواد مصرفی مرتبط با این درخواست از شما دریافت کنیم. هزینه ای که ما برای برای عرضه نسخه الکترونیکی از اطلاعات پزشکی از شما مطالبه می کنیم از هزینه نیروی کار ما در پاسخگویی به درخواست شما برای نسخه الکترونیکی (یا خلاصه یا توضیح) تجاوز نمی کند. در موارد خاص و بسیار نادری ممکن است درخواست بازرسی و کپی کردن شما رد شود. اگر از دسترسی به اطلاعات پزشکی محروم شوید، می توانید بررسی مجدد این رد تقاضا را درخواست نمایید. یکی دیگر از مراقبان پزشکی مجاز، به انتخاب بیمارستان درخواست شما و انکار آن را بررسی خواهد کرد. فردی که این بررسی را انجام می دهد، شخصی نخواهد بود که درخواست اولیه شما را رد کرده است. ما به نتیجه بررسی تمکین خواهیم کرد.

حق دسترسی به فهرست موارد افشاء شده

شما حق دسترسی به "فهرست موارد افشاء شده" را دارید. فهرستی از اطلاعات پزشکی افشاء شده مربوط به شما، در مواردی غیر از مقاصد درمان، پرداخت و امور اداری مراقبت های پزشکی (که در بالا درباره آنها توضیح داده شد)، و یا در پاسخ به سایر ملزومات قانونی توسط ما تهیه شده است. برای درخواست فهرست موارد افشاء شده، باید درخواست مکتوب خود را به آدرس زیر ارسال کنید:

Health Information Management

Department

One Hoag Drive

Newport Beach, CA 92658-6100.

درخواست شما نباید برای دوره زمانی طولانی تر از شش سال و یا مربوط به تاریخ های قبل از 14 آوریل 2003 باشد.

درخواست باید فرمت فهرست درخواستی شما را عنوان کند (به عنوان مثال، کاغذی و یا الکترونیکی). اولین فهرستی که طی یک دوره 12 ماهه درخواست کنید رایگان خواهد بود. برای فهرست های اضافی، هزینه تهیه آن را از شما دریافت خواهیم کرد.

قبلاً شما را از هزینه های مربوط به این کار مطلع خواهیم کرد، و شما می توانید قبل از متحمل شدن هر هزینه ای درخواست خود را پس بگیرید یا آن را تغییر دهید.

حق درخواست محدودیت دسترسی

برای اطلاعات پزشکی که به منظور درمان، پرداخت یا امور اداری مراقبت های سلامت استفاده می کنیم، حق درخواست اعمال محدودیت دسترسی یا محدودیت محتوایی دارید. همچنین حق درخواست ایجاد محدودیت محتوا در افشای اطلاعات پزشکی مربوط به شما به کسی که در مراقبت از شما و یا پرداخت هزینه آن مشارکت دارد، مانند عضوی از خانواده یا دوست، را دارید. به عنوان مثال، می توانید درخواست کنید که از اطلاعات مربوط به عمل جراحی شما استفاده و یا آن را فاش نسازیم. ما الزامی برای موافقت با درخواست شما به جز در موارد زیر نداریم. اگر

درخواست شما را اجابت کنیم، با آن موافقت خواهیم کرد مگر اینکه این اطلاعات برای یک اضطراری شما مورد نیاز باشد.

در موارد و یا خدماتی که خود تمام هزینه آن را پرداخت کرده اید، حق درخواست محدودیت دسترسی اطلاعات به بیمه های درمانی را دارید. باید چنین درخواستی را محترم شماریم، مگر اینکه قانون ما را ملزم به افشای آن کند. این وظیفه شماست که سایر ارائه دهندگان را از این محدودیت مطلع سازید.

حق درخواست ارتباطات محرمانه

شما حق دارید از ما درخواست کنید که با شما در مورد مسائل پزشکی به شیوه ای خاص و یا در محلی معین تماس بگیریم. به عنوان مثال، می توانید درخواست کنید که ما فقط در محل کار یا از طریق پست با شما تماس بگیریم. برای درخواست ارتباطات محرمانه، باید درخواست خود را به صورت کتبی به آدرس زیر ارسال کنید:

Hoag Orthopedic Institute
16250 Sand Canyon Avenue,
Irvine, CA 92618-3714.

دلیلی برای درخواست شما نخواهیم خواست. به کلیه درخواست های منطقی جواب مساعد خواهیم داد. درخواست شما باید مشخص کند که چگونه و یا در کجا با شما تماس گرفته شود.

تغییر در این اطلاعیه

ما حق تغییر در این اطلاعیه را برای خود محفوظ نگه می داریم. اگر تغییرات اعمال شده در عملکرد ما عمده باشد، برای منعکس کردن این تغییرات در این اطلاعیه تجدید نظر خواهیم کرد. حق اجرای مفاد این اطلاعیه تجدید نظر شده یا تغییر یافته را برای اطلاعات پزشکی مربوط به شما که در حال حاضر در اختیار داریم، و همچنین هر گونه اطلاعاتی که در آینده دریافت کنیم، برای خود محفوظ نگه می داریم. نسخه ای از اطلاعیه جدید را در بیمارستان نصب خواهیم کرد. تاریخ اجرای اطلاعیه در صفحه اول آن است. علاوه بر این، هر زمان که برای خدمات درمانی و مراقبت های پزشکی به عنوان بیمار بستری یا سرپایی به این بیمارستان

مراجعه کنید، یک نسخه از اعلامیه جاری را به شما خواهیم داد.

برای درخواست محدودیت دسترسی، باید درخواست کتبی خود را به آدرس زیر ارسال کنید:

Health Information Management Department
One Hoag Drive
Newport Beach, CA 92658-6100.

باید در درخواست خود، ذکر کنید که (1) مایل به محدودیت محتوایی چه اطلاعاتی هستید؛ (2) آیا قصد محدود کردن استفاده، یا افشای ما را دارید، یا هر دو؛ و (3) این محدودیت باید در مورد چه کسی اعمال شود، به عنوان مثال، افشا به همسر خود.

تبادل اطلاعات پزشکی

Hoag Orthopedic Institute در سیستم بهداشت (HIE) Health Information Exchange، تبادل اطلاعات سلامت) فعالیت می کند که سیستمی است الکترونیکی که از طریق آن Hoag Orthopedic Institute و سایر ارائه دهندگان می توانند بر اساس استانداردهای ملی به رسمیت شناخته شده و مطابق با قوانین فدرال و ایالتی که حریم خصوصی شما را محافظت می کنند، اطلاعات مربوط به بیماران را به اشتراک بگذارند. ارائه دهندگان شما از طریق HIE، قادر به دسترسی به اطلاعات مربوط به شما که برای درمان شما لازم است خواهند بود، مگر اینکه با انصراف از مشارکت، HIE را از استفاده از اطلاعات خود منع کنید. اگر HIE را از استفاده از اطلاعات خود منع کنید (یعنی، اگر احساس می کنید که اطلاعات پزشکی شما نباید از طریق HIE به اشتراک گذاشته شود)، Hoag Orthopedic Institute، بر اساس مقررات حفظ حریم خصوصی و بر طبق قانون، به استفاده از اطلاعات پزشکی شما ادامه خواهد داد، ولی آن را از طریق HIE در دسترس سایرین قرار نخواهد داد. برای عدم شرکت در اشتراک اطلاعات HIE، لطفاً به صورت کتبی با آدرس زیر تماس بگیرید:

Director of Health Information Exchange
One Hoag Drive
Newport Beach, CA 92663
949-764-8722

حق برخورداری از نسخه کاغذی این اعلامیه

حق داشتن نسخه ای کاغذی از این اعلامیه را دارید. می توانید در هر زمان یک نسخه از این اعلامیه را از ما درخواست کنید. حتی اگر برای دریافت نسخه الکترونیکی این اعلامیه موافقت کردید، باز هم استحقاق داشتن یک نسخه کاغذی از این اعلامیه را دارید. می توانید یک نسخه از این اعلامیه را از وبسایت ما دریافت کنید:
www.hoagorthopedicinstitute.com

برای دریافت نسخه کاغذی این اعلامیه، با Hoag Orthopedic Institute به آدرس زیر تماس بگیرید:

Registration/Admitting Department
16250 Sand Canyon Avenue
Irvine, CA 92618-3714.

موارد دیگر استفاده از اطلاعات پزشکی

استفاده و افشای سایر اطلاعات پزشکی که در این اعلامیه و در قوانینی که بر ما حاکم است ذکر نشده است، تنها با اجازه کتبی شما میسر است. اگر به ما اجازه استفاده یا افشای اطلاعات پزشکی خود را بدهید، می توانید این اجازه را هرگاه مایلید به صورت مکتوب لغو کنید. اگر شما اجازه خود را لغو کنید، این امر، استفاده یا افشای اطلاعات پزشکی شما برای اهدافی که در اجازه کتبی شما ذکر شده است متوقف خواهد کرد، مگر اینکه در حال حاضر بر اساس اجازه قبلی شما قبلاً استفاده یا افشا صورت گرفته باشد. متوجه هستید که ما قادر به بازگرداندن هیچ اطلاعاتی که تا به حال با اجازه شما علنی شده است نیستیم، و همچنین ما ملزم به حفظ مدارکی که از مراقبت های ارائه شده به شما تهیه شده هستیم.

تا جایی که قانون اجازه می دهد، هنگامی که ما از اطلاعات پزشکی شما استفاده یا آن را افشا می کنیم، و یا زمانی که اطلاعات پزشکی شما را از یکی دیگر از نهاد های تحت پوشش درخواست می کنیم، تلاش می کنیم که بیش از مقدار اطلاعات محدود (که به شرح زیر تعریف شده است)، از اطلاعات پزشکی شما استفاده، فاش و یا درخواست نکنیم، و چنانچه به اطلاعات بیشتری نیاز داشتیم، تنها به حداقل مقدار اطلاعات پزشکی لازم برای رسیدن به هدف مورد نظر استفاده، انتشار و یا درخواست، با توجه به محدودیت های عملی و فناوری اکتفا می کنیم.

تمام مکاتبات خود را به آدرس زیر ارسال کنید:

Hoag Orthopedic Institute
Compliance Office
16250 Sand Canyon Avenue
Irvine, CA 92618-3714
949-764-4427

تاریخ اجرا: 23 سپتامبر 2013

مجموعه اطلاعات محدود یعنی اطلاعات پزشکی به غیر از موارد زیر:

- (1) نام؛ (2) آدرس پستی، به غیر از شهر و یا شهرستان، ایالت، و کد پستی. (3) شماره تلفن؛
- (4) شماره فاکس؛ (5) آدرس پست الکترونیکی؛
- (6) شماره تأمین اجتماعی؛ (7) شماره مدارک پزشکی؛ (8) شماره بیمه های درمانی ذینفع؛ (9) شماره های حساب؛ (10) شماره های گواهی / مجوز؛ (11) شناسه خودرو و شماره سریال، شامل شماره پلاک؛ (12) شناسه های دستگاه و شماره سریال؛ (13) Web Universal Resource Locators (URLs)، آدرس های اینترنتی؛ (14) شماره (15) Internet Protocol (IP)؛ شناسه بیومتریک، شامل اثر انگشت و نمونه صدا؛ و (16) تصویر صورت به طور کامل و هر گونه تصویر مشابه.

شکایات

اگر فکر می کنید که به حقوق و حریم خصوصی شما تجاوز شده است، می توانید به بیمارستان یا Secretary of the U.S. وزیر شکایت کنید.

Department of Health and Human Services;
Office of Civil Rights, 200 Independence Ave.,
S.W. Washington, DC. 20201

برای طرح شکایت، با آدرس زیر تماس بگیرید:

Compliance Office
Hoag Orthopedic Institute,
16250 Sand Canyon Avenue,
Irvine, CA 92618-3714

تمام شکایات باید به صورت کتبی ارسال شود.
برای طرح یک شکایت جریمه نخواهید شد.

16250 Sand Canyon Avenue
Irvine, CA 92618
855-999-HOI1 (4641)
orthopedichospital.com

