

الموافقة على العلاج و الدفع والإشعار بممارسات الخصوصية
(استخدام للخدمات الإسعافية وغير المتعلقة بالمستشفى)

لعلاج:

أنا، شخصيًا، (أو المريض المذكور أدناه) أوافق بموجب هذا على العلاج الطبي الذي قد يشمل إجراء الفحوصات والعلاجات والإجراءات التشخيصية التي نصحني بها الأطباء أو غيرهم من مقدمي الرعاية الطبية في Advocate Aurora Health و تعتبر ضرورية طبياً. وأفهم أنه يجوز لمقدمي الرعاية الصحية اللذين يتدربون تحت إشراف الفريق المناسب المشاركة في علاجي.

إتاحة المعلومات:

أفوض بموجب هذا Advocate Aurora Health بالإفصاح عن أي معلومات طبية تعتبر ضرورية لمعالجة مطالبات التأمين (بما في ذلك المعلومات المتعلقة بعلاج تعاطي المخدرات أو تعاطي الكحول أو المرض العقلي).

إذن الدفع:

كما أفوض بدفع أي مزايا تأمين صحي مباشرة إلى Advocate Aurora Health مقابل الخدمات المقدمة لي أو لمن يتبع لي. ينطبق هذا التفويض على أي ميزة تأمينية كانت سارية وقت تقديم الخدمات.

الدفع:

أوافق بموجب هذا على دفع أي رصيد في حسابي بالكامل وفقاً لسياسات الدفع والانتماء في Advocate Aurora Health، والتي قد تتضمن أتعاب محاماة معقولة. يتضمن الرصيد المستحق المخصصات التي حددتها شركة التأمين الخاصة بي مثل المدفوعات المشتركة والخصومات والمخصصات "المعتادة والمألوفة". تحتفظ Advocate Aurora Health بالحق في تغيير الرسوم والسياسات دون إشعار.

خدمات مقدم الرعاية الصحية المستقل:

أقر وأدرك تمامًا أن هؤلاء الأطباء و/أو مقدمي الرعاية الصحية الذين تم تحديدهم بوضوح على أنهم موظفو Advocate Aurora Health هم وكلاء Advocate Aurora Health. الأطباء و/أو مقدمو الرعاية الصحية غير العاملين هم مقدمو رعاية صحية مستقلون يُسمح لهم باستخدام مرافق Advocate Aurora لتقديم الرعاية الطبية والعلاج. يمارس هؤلاء الأطباء و/أو مقدمو الرعاية الصحية المستقلون أحكامهم الطبية الخاصة في علاجي أو تقديم خدمات احترافية لي بطريقة أخرى. أفهم أنه ينبغي أن أسأل طبيبي عن أي أسئلة قد تكون لدي حول وضعه الوظيفي. لا يستند قراري في طلب الرعاية الطبية إلى أي فهم أو تمثيل أو إعلان أو حملة إعلامية أو استدلال أو افتراض أو اعتماد على أن الأطباء و/أو مقدمي الرعاية هم موظفون أو وكلاء Advocate Aurora Health.

إشعار ممارسات الخصوصية والحقوق والمسؤوليات:

أقر بأن Advocate Aurora Health قد زودتني بنسخة من إشعار ممارسات الخصوصية. وأفهم أن الإشعار يصف ممارسات خصوصية Advocate Aurora فيما يتعلق باستخدام و/أو الكشف عن معلومات صحة المريض. أقر بأنني تلقيت إشعارًا شفهيًا وخطيًا بخصوص حقوقتي ومسؤولياتي كمريض.

بتوقيعي أدناه، أقر بأنني قرأت و فهمت وأوافق على الالتزام بشروط نموذج الموافقة هذا، بما في ذلك اللغة المحددة المتعلقة بخدمات الطبيب المستقل. لقد أتيت لي الفرصة لطرح الأسئلة، وتم الرد على أي أسئلة بشكل مرض.

التاريخ (Date)	الوقت (Time)	توقيع المريض: (Patient Signature)
التاريخ (Date)	الوقت (Time)	الممثل القانوني: (Legal Representative)
		العلاقة التي تربطه بالمريض (Relationship to Patient)

Interpreter Assistance: If an interpreter assisted, please complete the following: Language: _____

Date Time Interpreter Name ID#

