



TERMS & CONDITIONS OF SERVICE

الخدمة وأحكام شروط

Page 1 of 2

ACCOUNT NO.
MED. REC. NO.
NAME
BIRTHDATE

Patient Identification

الموافقة على العلاج

الموافقة على الرعاية الصحية: أطلب وأوافق على الحصول على كافة الخدمات التي يقدمها أخصائيو الرعاية الصحية المعتمدون لتقديم الرعاية لي في OHSU. أدرك أن هذه الخدمات تشمل:

- الخدمات التي يتم تقديمها تحت إشراف أو توجيه أو تعليمات الطبيب المعالج وأخصائيي الرعاية الصحية الآخرين المخولين.
- الإجراءات الروتينية المستخدمة في التشخيص.
- العلاجات والإجراءات الإضافية أو ذات الصلة التي يرى مقدمو الرعاية الصحية لي في OHSU أنها ضرورية وفي صالحني بما في ذلك استخدام الصور والمتابعة بالفيديو/الصوت و/أو التسجيل.
- الخدمات الرقمية والخدمات الصحية عن بعد، بما في ذلك الزيارات الافتراضية (بالفيديو)، والتقييم عبر الإنترنت (مثل الزيارات الإلكترونية والمراسلة عبر MyChart)، والزيارات عبر الهاتف، والاستشارة بين مقدمي الرعاية الصحية للمساعدة في الرعاية عبر الاستشارة الإلكترونية (eConsult) أو الهاتف، وغير ذلك من الخدمات المقدمة عن طريق MyChart، أو السجل الطبي الإلكتروني، أو الفيديو، أو الهاتف.

كما أدرك أنه:

- قد تكون هناك مخاطر وبدائل لبعض العلاجات أو الإجراءات التي يوصي بها أو يصفها مقدمو الرعاية الصحية لي.
- قد يحتاج مقدم الرعاية الصحية إلى شرح ومناقشة بعض العلاجات أو الإجراءات لي. كما سيحتاج أو ستحتاج إلى طلب موافقتي قبل القيام بأي من ذلك.
- من المهم لي أن أسأل أسئلة أو أطلب معلومات إضافية عن الرعاية أو العلاج الذي قد أحصل عليه في OHSU.

أدرك أن ممارسة الطب والجراحة وطب الأسنان ليست علماً دقيقاً. لم أحصل على أي وعود أو ضمانات تتعلق بالنتائج المتوقعة بعد الحصول على الرعاية في OHSU.

التعليم/الأبحاث: OHSU هو مركز أبحاث علمية وجميع البحوث البشرية تخضع لعملية مراقبة أخلاقية. أدرك أن مقدمي الرعاية الصحية أو الباحثين العلميين في OHSU من الممكن أن يتواصلوا معي لسؤالي عن رغبتي في التطوع في مشاريع أبحاث تعليمية وطبية تستوجب الحصول على موافقة المشارك.

أدرك أن OHSU هو مؤسسة تعليمية وأن فريق العمل في المؤسسة هو من يقدم الرعاية في OHSU. كجزء من البرامج والأنشطة التعليمية في OHSU، من الممكن أن يشاهد و/أو يشارك في تقديم الرعاية أو الإجراءات التي أحصل عليها في OHSU أي من الطلاب أو الأطباء المقيمين أو الزملاء المتخرجين أو غيرهم من المشاركين في برامج التعليم للرعاية الصحية سواء من الطلاب أو الخريجين.

أدرك أنه يمكنني رفض المشاركة في الأنشطة والبرامج التعليمية وأن رفضي هذا لن يؤثر على الرعاية التي يتم تقديمها لي في OHSU.

بيان المسؤولية المالية

الاتفاقية المالية: إذا كان لدي تأمين صحي، فإنني أدرك أن شروط التأمين الصحي أو خطط المساعدات الصحية الخاصة بي قد تحد أو تقلل أو تتحكم في المطلوب مني دفعه إلى OHSU مقابل الخدمات التي أحصل عليها في OHSU. سواء كان لدي تأميناً صحياً أم لا، فإنني أوافق على أن أكون مسؤولاً مالياً عن الدفع مقابل الخدمات التي يتم تقديمها لي في OHSU إذا كانت هذه الخدمات لا يغطيها أو يدفع قيمتها التأمين كاملاً وأن القانون يسمح لـ OHSU بتحويل القيمة المستحقة عليّ. إذا كنت مقدم رعاية مؤقتاً لطفل مريض (أي أنك لست أحد والديه أو أولياء أمره قانوناً)، فلن تتحمل المسؤولية المالية للرعاية الصحية التي يتلقاها المريض. كما أوافق على دفع المصاريف المعقولة لـ OHSU مقابل تحصيل الأموال، في حالة عدم قيامي بدفع المبلغ الذي يتوجب عليّ دفعه في الوقت المحدد. مصاريف التحصيل قد تشمل مصاريف المحامي المعقولة سواء تم رفع دعوى قضائية أو استئناف أم لا.

التفويض: أعطي OHSU الحق في الحصول على المستحقات مباشرة من التأمين الصحي الخاص بي أو خطط الرعاية الصحية لتسديد مصاريف المستشفى والأطباء والخدمات الأخرى التي أحصل عليها في OHSU.

أفوض التأمين الصحي والخطط الصحية الخاصة بي للدفع مباشرة إلى OHSU ومستشفى OHSU وخطّة الممارسة في OHSU وممارسة طب الأسنان أو أي خدمات فورية مهنية أخرى. أدرك أن المدفوعات من التأمين الصحي أو خطط الرعاية الصحية الخاصة بي مقابل الخدمات التي أحصل عليها في OHSU سيتم تطبيقها على رصيد حساب المريض والمسؤولية المالية الإجمالية. أوافق على الدفع خلال 30 يوماً من إخطار OHSU بأي مصاريف مستحقة عليّ والتي لا يغطيها التأمين.

TERMS & CONDITIONS OF SERVICE

الخدمة وأحكام شروط

ACCOUNT NO.

MED. REC. NO.

NAME

BIRTHDATE

برامج الضمان الاجتماعي: أقر بصحة المعلومات التي قمت بتقديمها لطلب الحصول على مساعدات Medicare و/أو Medicaid (والمدفوعات بموجب البنود V أو XVIII أو XIX من قانون الضمان الاجتماعي). في حالة انتهاء هذه المساعدات، أدرك بأنني سأتلقي إخطاراً وسأكون بذلك مسؤولاً عند الدفع مقابل رعاية المستشفى إذا اخترت البقاء في المستشفى و/أو استمرت في الحصول على الخدمات. أطلب أن تدفع المساعدات المعتمدة المبالغ نيابة عني لصالح مقدم الخدمة. إذا لم أقم بالتسجيل لأي من مساعدات Medicare و/أو Medicaid (والمدفوعات بموجب البنود V أو XVIII أو XIX من قانون الضمان الاجتماعي)، فإنني أوافق أنني إذا قمت أو عندما أقوم بالتسجيل لهذه المميزات، بأن أقدم معلومات دقيقة وأن هذه الفقرة سيتم تطبيقها علي عند تسجيلي لمخصصات Medicare و/أو Medicaid.

أخرى

أرقام الضمان الاجتماعي: أدرك أن OHSU تقوم بجمع المعلومات الإدارية والغير طبية الخاصة بالمريض بما في ذلك أرقام الضمان الاجتماعي لمعرفة هوية المريض والامتثال لمطالبات التقرير الفيدرالية وتقارير الولاية وإرسال الفواتير إلى شركات التأمين وتحصيل المدفوعات كما هو مصرح به في ORS 353.050. أدرك أنه ليس علي تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بي إلى OHSU. وإذا قمت بتقديم هذه المعلومة، فأنا أوافق على أن تستخدم OHSU هذه المعلومة للأغراض المذكورة أعلاه.

التعرض للدم/ سوائل الجسم: في حالة تعرض أحد العاملين في OHSU إلى دمي أو سائل من جسمي وكانت هناك احتمالية لنقل فيروس نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) أو فيروس الكبد الوبائي بي أو سي إلى OHSU موظف بسبب هذا التعرض. فإنني أدرك أنه يحق لـ OHSU عمل اختبار دم لفيروسات الإيدز أو الكبد الوبائي بي أو سي وإعطاء النتيجة إلى الموظف الذي تعرض لها وذلك وفقاً للقانون المعمول به. كما أدرك أنه يمكنني الانسحاب من إجراء الاختبار عن طريق توقيع نموذج "الانسحاب من إجراء اختبار الدم في حالة تعرض موظف في OHSU إلى دم أو سائل من الجسم". يمكنني طلب نسخة من هذا النموذج من Patient Access Services (خدمات مساعدة المريض) بالاتصال بالرقم 503-494-8927

المطالبات: أدرك أن كل شخص مسؤول عن الاطلاع بنفسه على القوانين التي تؤثر عليه أو عليها. كما أدرك أنه بالرغم من ذلك، ترغب OHSU بأن تنبهني بوجود قيود في القوانين المتعلقة بـ OHSU.

بسبب أن OHSU هيئة عامة، فإن قانون ولاية أوريغون قد يقيد قيمة المبالغ بعملة الدولار الأمريكي التي يمكن للشخص الحصول عليها من OHSU أو مقدمي الرعاية التابعين لها في حالة تقديم مطالبة متعلقة بالرعاية في OHSU وأيضاً يقيد القانون الوقت الذي يمكن للشخص تقديم المطالبة خلاله. إذا كان لدي أي أسئلة عن ذلك، فإنني أدرك أنه يمكنني متى أشاء سؤال أو طلب المشورة من أي شخص أو مصدر مستقل.

التواصل: أوافق صراحة على استقبال الاتصالات من OHSU أو موظفيها أو المتعاقدين معها أو وكلائها من خلال طريقة أو أكثر من طرق التواصل التالية: البريد العادي والهاتف (الأرضي والجوال) والتواصل الشخصي و OHSU MyChart® (إذا قمت بالتسجيل في هذه الخدمة) والاتصال اليدوي والاتصال التلقائي والرسائل النصية والمشغل المباشر والرسائل النصية الآلية والبريد الإلكتروني والاتصال بالفيديو والصوت وطرق الاتصال التنبؤية لأغراض العلاج والمدفوعات والرعاية الصحية كما يسمح به بيان OHSU الخاص بممارسات الخصوصية وقوانين خصوصية وأمان المعلومات المعمول بها.

المتعلقات الشخصية: أوافق على أن OHSU ليس مسؤولاً عن ضياع أو تلف أي من ممتلكاتي الشخصية التي أحضرها معي داخل OHSU أو في ممتلكات OHSU.

هذا المستند ساري على جميع خدمات الرعاية التي يتم تقديمها في مستشفيات وعيادات OHSU وستبقى سارية مالم يتم إلغاؤها كتابياً.

لقد قرأت وفهمت بالكامل ووافقت على البيانات الواردة أعلاه.

التاريخ/الوقت

المريض

التاريخ/الوقت

الشاهد

التاريخ/الوقت

ولي الأمر، الوصي، الجهة المسؤولة،
الوكيل القانوني (إن وجد)

Inclusive Patient Care and Communication

OHSU IS COMMITTED TO PROVIDING INCLUSIVE PATIENT CARE.

OHSU complies with applicable state and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of:

- Race
- National origin
- Disability; or
- Color
- Age
- Sex.

WE ARE HAPPY TO HELP YOU WITH COMMUNICATION AIDS AND LANGUAGE ACCESS.

OHSU provides free auxiliary aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats and other formats)

OHSU also provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, contact your care provider's office. They will make the language services arrangements for you. OHSU offers free language services in over 120 languages.

WE ARE HERE TO HELP YOU WITH YOUR CONCERNS.

If you believe that OHSU has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance in writing with the Patient Advocate at the Patient Relations

Office, 3181 SW Sam Jackson Park Road, Mail Code: UHS-3, Portland OR 97239, Phone: 503-494-7959, Fax: 503-494-3495, Email: advocate@ohsu.edu. You can file a grievance in person or by mail, fax or email. If you need help filing a grievance, the Patient Advocate is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

LANGUAGE SERVICES NOTIFICATION: TRANSLATIONS FOR MOST-SPOKEN LANGUAGES IN OREGON.

Language assistance services (in person, live over the phone or live video) are available to you free of charge upon request. Please let your provider's office staff know that you need language services for your visit.

English

If you speak [insert language], language assistance services, free of charge, are available to you. Call your care provider's office and they are happy to make the language services arrangements for you.

Español (Spanish)

Si usted habla español, contamos con servicios de asistencia de idiomas, sin costo, disponibles para usted. Si necesita estos servicios, comuníquese al consultorio de su proveedor de atención médica. Ellos gustosamente coordinarán los servicios de idiomas para usted.

Tiếng Việt (Vietnamese)

Nếu bạn nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí, có sẵn dành cho bạn. Nếu bạn cần những dịch vụ này, hãy liên lạc văn phòng của bác sĩ chăm sóc của bạn. Họ sẽ sẵn sàng thu xếp các dịch vụ ngôn ngữ cho bạn.

中文 (Chinese-Simplified)

如果您说中文, 可为您提供免费的语言援助服务。如果您需要这些服务, 请联系您保健提供者的办公室。他们将乐意为您安排语言服务。

Русский (Russian)

Если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги переводчика. Если вам требуются такие услуги, обратитесь в офис своего поставщика медицинских услуг. Сотрудники с радостью предоставят вам переводчика!

한국어 (Korean)

한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 이 서비스가 필요하시면 귀하의 의료 제공자 사무실에 연락하십시오. 귀하를 위해 기꺼이 언어 서비스를 준비해드릴 것입니다.

Українська (Ukrainian)

Якщо ви розмовляєте українською мовою, послуги мовної допомоги доступні для вас безкоштовно. Якщо вам потрібні ці послуги, зв'яжіться з офісом вашого постачальника послуг. Вони будуть раді надати вам послуги мовної допомоги.

日本語 (Japanese)

あなたの母語が日本語であれば、言語サポートサービスを無料にてご利用しています。サービスをご希望の場合には、あなたのケアプロバイダー事務所までご連絡ください。喜んで言語サポートサービスの手配をいたします。

العربية (Arabic)

إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً. إذا كنت تحتاج إلى هذه الخدمات، فأتصل بمكتب مقدم الرعاية الخاص بك. سيكون الموظفون هناك سعداء بإجراء الترتيبات المتعلقة بالخدمات اللغوية من أجلك.

Română (Romanian)

Dacă vorbiți română, puteți beneficia de asistență lingvistică gratuită. Dacă aveți nevoie de astfel de servicii, luați legătura cu biroul furnizorului dvs. de servicii medicale. Reprezentanții acestuia vă vor ajuta cu plăcere să beneficiați de asistență lingvistică.

មន-ខ្មែរ (Mon-Khmer Cambodian)

ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាមន-ខ្មែរ, ភាសាខ្មែរ នោះសេវាជំនួយផ្លូវភាសាមានជូនជូនជូនលោកអ្នកជាយកគិតថ្លៃ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកក្រុម/ការសម្រាប់នេះ សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់ការិយាល័យអ្នកផ្តល់ការថែទាំរបស់លោកអ្នក។ ពួកគេពេញចិត្តក្នុងការរៀបចំសេវាជំនួយភាសាជូនលោកអ្នក។

Oroomiffa (Oromo)

Afaan Kuush (Oromoo), dubbattu yoo ta'e, tajaajilliwwan deeggarsa afaanii, kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif ni jiraatu. Tajaajilawwan kanneen ni barbaaddu yoo ta'e, wajjira dhiyessaa deeggarsa keessanii qunnamaa. Isaan gammachuudhaan tajaajilawwan afaanii isiniif mijjeessu.

Deutsch (German)

Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen für Sie kostenlos Sprachassistentendienste zur Verfügung. Wenn Sie diese Dienste in Anspruch nehmen möchten, wenden Sie sich bitte an das Büro Ihres Leistungserbringers. Dort wird man die Sprachassistentendienste gerne für Sie arrangieren.

فارسی (Farsi)

اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، سرویس کمک زبانی به صورت رایگان در دسترس شما خواهد بود. اگر به این سرویس ها نیاز دارید، با دفتر ارائه دهنده خدمات تماس بگیرید. آنها حتماً مقدمات لازم را برای دسترسی به سرویس های زبانی در اختیارتان قرار می دهند.

Français (French)

Si vous parlez français, des services d'aide linguistique gratuits sont à votre disposition. Si vous nécessitez ces services, contactez le cabinet de votre prestataire de soins. Ils se feront un plaisir d'organiser ces services linguistiques pour vous.

ไทย (Thai)

หากท่านพูดภาษาไทย จะมีบริการช่วยเหลือฟรี
เพื่อช่วยท่านหากท่านไม่มีความเข้าใจ หากท่านต้องการใช้บริการดังกล่าว โปรดติดต่อสำนักงานผู้ให้บริการดูแล ซึ่งพร้อมที่จะจัดการบริการทางด้านภาษาให้ท่าน

