



**TERMS & CONDITIONS OF SERVICE**

**ПОСТАНОВЛЕНИЯ И УСЛОВИЯ ДОГОВОРА О  
МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ**

**СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ**

**СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ:** Я запрашиваю и даю согласие на получение всех услуг, предоставляемых медицинскими работниками, уполномоченными осуществлять уход за мной в OHSU. Я понимаю, что указанные услуги могут включать:

- Услуги, предоставляемые под наблюдением, руководством или согласно инструкции лечащих врачей и других уполномоченных медицинских работников.
- Стандартные процедуры, используемые для диагностики.
- Дополнительные или связанные с ними процедуры, а также те процедуры, которые работники OHSU посчитают необходимыми и наилучшим образом соответствующими моим интересам, включая использование фотоснимков, видео/аудио наблюдение и/или запись.
- Услуги цифровой и телемедицины, в том числе виртуальные приемы (видео), онлайн-обследования (например, посредством электронных визитов и переписки в MyChart), телефонные опросы, консультации между поставщиками услуг, которые помогают предоставлять уход через eConsult или по телефону, а также другие услуги, которые предоставляются через MyChart, электронный медицинский журнал, а также видео- или телефонную связь.

Я также понимаю следующее:

- Конкретное лечение или процедуры, рекомендуемые или назначенные мне медицинским работником, могут иметь риски. Также могут быть альтернативные варианты лечения.
- Моему медицинскому работнику, возможно, потребуется обсудить со мной определённые виды лечения или процедуры и предоставить мне некоторые объяснения. Ему также может потребоваться получение моего предварительного согласия.
- Для меня важно задавать вопросы или запрашивать дополнительную информацию об уходе или лечении, которые я могу получить в OHSU.

Я понимаю, что медицинская, хирургическая и стоматологическая практика - это не точная наука. Я не получал никаких обещаний или гарантий относительно результатов, которые я могу ожидать от своего лечения в OHSU.

**ОБУЧЕНИЕ/ИССЛЕДОВАНИЯ:** OHSU - это академический исследовательский центр, и все исследования человеческого организма проходят процесс оценки на соответствие этическим нормам. Я понимаю, что медицинские работники OHSU или клинические исследователи могут связаться со мной, чтобы спросить меня, хочу ли я добровольно участвовать в образовательных или клинических исследовательских проектах, требующих согласия пациента.

Я понимаю, что OHSU является учебным заведением, и что постоянный врачебный персонал управляет оказанием медицинской помощи в OHSU. В рамках образовательных программ и мероприятий OHSU студенты, врачи-ординаторы, аспиранты или другие лица, занимающиеся по образовательным программам медицинским магистром, могут наблюдать и/или принимать участие в лечении или процедурах, получаемых мной в OHSU.

Я понимаю, что могу отказаться от участия в образовательных программах и мероприятиях, и мой отказ не повлияет на моё лечение в OHSU.

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ФИНАНСОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ**

**ФИНАНСОВОЕ СОГЛАШЕНИЕ:** Если у меня есть медицинская страховка, я понимаю, что условия моего медицинского страхования или плана (планов) медицинского страхования могут снижать, ограничивать или контролировать ту сумму, которую я должен заплатить OHSU за услуги, получаемые мною в OHSU. Независимо от того, имею ли я медицинскую страховку, я соглашаюсь быть материально ответственным и оплатить услуги, предоставляемые мне OHSU, в случае, если эти услуги не покрываются или не оплачиваются страховым полисом в полном объеме, и закон позволяет OHSU взыскать с меня сумму задолженности. Если вы временно предоставляете уход ребенку и не являетесь его законным родителем или опекуном, вы не несете финансовую ответственность за медицинские услуги, предоставленные такому пациенту. Я также соглашаюсь оплачивать оправданные расходы OHSU за сбор платежей в том случае, если я не буду своевременно производить выплаты тех сумм, которые я обязан выплатить. Эти расходы на взыскание средств могут включать гонорары адвокатов в разумных пределах вне зависимости от того, были ли поданы соответствующие судебные иски или апелляции.

**ПЕРЕДАЧА ПРАВ:** Я передаю OHSU право получать выплаты страховых сумм непосредственно от моего поставщика медицинского страхования или плана медицинского страхования, для возмещения расходов на услуги больницы, врачей и прочие услуги, которые я получаю в OHSU.

Я разрешаю моему поставщику медицинского страхования и плана медицинского страхования осуществлять платежи непосредственно в пользу OHSU, больницы OHSU, плану практики OHSU, стоматологической практике факультета или другим поставщикам соответствующих платных услуг. Я понимаю, что платежи от моего поставщика медицинского страхования или плана за предоставленные мне в OHSU услуги будут применены к балансу моего счёта пациента и общей финансовой ответственности. Я соглашаюсь произвести оплату в течение 30 дней после получения уведомления OHSU о любых расходах, которые я должен оплатить и которые не покрываются и не оплачиваются страховой компанией (компаниями).



**TERMS & CONDITIONS OF SERVICE**

**ПОСТАНОВЛЕНИЯ И УСЛОВИЯ ДОГОВОРА О  
МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ**

ACCOUNT NO.  
MED. REC. NO.  
NAME  
BIRTHDATE

Patient Identification

**ПРОГРАММЫ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ:** Я удостоверяю, что информация, которую я предоставил при подаче заявления на получение льгот по программам Medicare и/или Medicaid (и оплату согласно разделам V, XVIII или XIX Закона о социальном обеспечении), является верной. Если действие этих льгот прекратится, я понимаю, что я получу уведомление и буду в таком случае нести ответственность за оплату стационарного ухода в случае, если я решу остаться в больнице и/или продолжать получать услуги. Я прошу, чтобы оплата утвержденных льгот производилась от моего имени непосредственно поставщику услуг. Если я не был зарегистрирован на получение льгот по программам Medicare и/или Medicaid (и оплату согласно разделам V, XVIII или XIX Закона о социальном обеспечении), я согласен, что в случае, если/когда я зарегистрируюсь на получение таких льгот, я предоставлю точную информацию, и что этот пункт будет ко мне применен после подачи заявления на получение льгот по программам Medicare и/или Medicaid.

**ПРОЧИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

**НОМЕРА СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ:** Я понимаю, что OHSU собирает административную и немедицинскую информацию о пациентах, включая номера социального обеспечения, для идентификации пациентов, соблюдения требований отчетности на федеральном уровне и уровне штата, для выставления счетов страховым компаниям и сбора платежей, как это разрешено ORS 353.050. Я понимаю, что я не обязан предоставлять OHSU свой номер социального обеспечения. Если я предоставляю такую информацию, я разрешаю OHSU использовать её для указанных выше целей.

**КОНТАКТ С КРОВЬЮ/ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ ЖИДКОСТЯМИ:** Если у члена персонала OHSU был контакт с моей кровью и/или физиологической жидкостью, и существует вероятность передачи вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) или гепатита В или С члену персонала OHSU в результате такого контакта, я понимаю, что OHSU может взять образец моей крови и проверить её на ВИЧ и гепатит В и С и сообщить результаты проверки этому члену персонала OHSU в соответствии с применимым законодательством. Я также понимаю, что я могу отказаться от такой проверки, подписав «Отказ от анализа крови в случае контакта работника OHSU с кровью или физиологической жидкостью». Копию этого бланка можно запросить в регистратуре по номеру 503-494-8927.

**СТРАХОВЫЕ ТРЕБОВАНИЯ:** Я понимаю, что каждый человек отвечает за знание законов, которые его затрагивают. При этом я также понимаю, что OHSU желает предупредить меня об ограничении в законе, которое касается OHSU.

Поскольку OHSU является государственным учреждением, закон штата Орегон может ограничивать денежную сумму, которую лицо может получить от OHSU или его специалистов по медицинскому уходу, в случае предъявления претензии по предъявленному страховому требованию за медицинский уход в OHSU, и время, в течение которого лицо может подать страховое требование. Если у меня есть какие-либо вопросы по этому поводу, я понимаю, что я могу спросить или обратиться за советом к любому независимому лицу или источнику.

**КОММУНИКАЦИЯ:** Я ясно выражаю своё согласие на получение сообщений от OHSU, его сотрудников, подрядчиков и/или агентов одним или несколькими из следующих средств связи: почта, телефон (например, стационарный или мобильный), заказная корреспонденция, OHSU MyChart® (например, если я подписался на такую услугу), ручной набор номера, автоматический набор номера, текстовые сообщения, оператор на линии, автоматическое текстовое сообщение, электронная почта, двухстороннее аудио-видео сообщение, а также набор предварительно записанного номера и интеллектуальный набор номера; с целью лечения, управления платежами и медицинских операций, как разрешено в Уведомлении OHSU о конфиденциальности и в соответствующих законах о конфиденциальности и безопасности информации.

**ЛИЧНОЕ ИМУЩЕСТВО:** Я согласен, что OHSU не несет ответственности за потерю или порчу любого личного имущества, которое я приношу в OHSU или принадлежащие OHSU помещения.

Настоящий документ применяется ко всей медицинской помощи, получаемой в больницах и клиниках OHSU, и остаётся в силе, пока не будет отозван в письменной форме.

*Я ПРОЧИТАЛ, ПОЛНОСТЬЮ ПОНИМАЮ И СОГЛАШАЮСЬ С ВЫШЕУКАЗАННЫМИ ЗАЯВЛЕНИЯМИ.*

\_\_\_\_\_  
Пациент

\_\_\_\_\_  
Дата/Время

\_\_\_\_\_  
Родитель, опекун, ответственное лицо  
Официальный представитель (если имеется)

\_\_\_\_\_  
Дата/Время

\_\_\_\_\_  
Свидетель

\_\_\_\_\_  
Дата/Время

Russian version

# 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](mailto: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でご利用しています。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.

### ខ្មែរ-ខ្មែរ (Mon-Khmer Cambodian)

ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ-ខ្មែរ, ភាសាខ្មែរនេះ នោះសេវាជំនួយផ្លូវភាសាមានផ្តល់ជូនលោកអ្នកឥតគិតថ្លៃ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកក្រុម/ការសម្រាប់នេះ សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់ការិយាល័យអ្នកផ្តល់ការថែទាំរបស់លោកអ្នក។ ពួកគេពេញចិត្តក្នុងការរៀបចំសេវាជំនួយភាសាសម្រាប់លោកអ្នក។

### 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 qannamaa. 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 ซึ่งพร้อมที่จะจัดหาระบบการทางด้านภาษาให้ท่าน

