



### الفحوصات التشخيصية في العيادات الخارجية والزيارات إلى العيادات نموذج الموافقة العامة وإخلاء المسؤولية عند التسجيل

أوافق على ما يلي:

- الخضوع للعلاج على يد فريق الرعاية المعالج لي.

أوافق على ما يلي:

- سوف أقوم بطرح الأسئلة التي تراودني. لم يتم أي شخص بتقديم وعود لي بشأن علاجي أو رعايتي.
- يمكن أن يطلع طلاب الطب أو أفراد فريق العمل على علاجي والسجلات الطبية الخاصة بي لأغراض التعليم أو الأبحاث. لن يتم نشر المعلومات الخاصة بي إلا إذا وافقت على ذلك كتابةً.

أنا أدرك ما يلي:

- لديّ حقوق ومسؤوليات عندما أتلقى الخدمات. تم إعطائي معلومات حول حقوقي ومسؤولياتي.
- سوف يتحقق أفراد فريق العمل من هويتي. وسوف يستفسرون مني عما قمت بعمله. وأنا أدرك أن الغرض من ذلك الحفاظ على أمانتي.
- تستخدم Bronson نظامًا للسجلات الصحية الإلكترونية يسمح بمشاركة معلومات الرعاية الصحية الخاصة بي مع موفري الرعاية الصحية الآخرين الذين يحتاجون إلى الوصول إلى معلوماتي. وسوف يستخدمون هذه المعلومات لتوفير الرعاية الخاصة بي وإدارتها.
- قد يغير الطبيب المعالج لي رعايتي لتحسين حياتي أو صحتك.
- قد يعمل الطبيب المعالج لي مع الأطباء الآخرين الذين قاموا بفحصي إما في الماضي أو الحاضر.
- أفهم أن بعض الأطباء وأطباء الأشعة وأطباء الأمراض ليسوا موظفين في Bronson. وهم مسؤولون عن الرعاية التي يوفرونها.
- قد يتم إجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشرية (فيروس الإيدز) أو اختبار دم آخر دون موافقتي بعد أن يتعرض شخص ساعد في رعايتي للدم أو لسوائل الجسم الأخرى الخاصة بي. ومن الأمثلة على ذلك الحالات التي تحدث عند التعرض لجرح في الجلد.
- لأسباب تتعلق بالسلامة، قد يتم تفتيشي بشكل شخصي أو تفتيش ممتلكاتي إذا كان هناك اعتقاد مبرر بأنني قد أمتلك عناصر أو مواد يمكن أن تضر بالآخرين أو تضر بي نفسي.
- جميع العينات التشخيصية التي يتم الحصول عليها في العيادة (على سبيل المثال: الفحوصات المعملية أو فحوصات علم الأمراض أو فحوصات علم الخلايا) سيتم إرسالها إلى مستشفى Bronson من أجل معالجتها ما لم يتم إخطار المريض بخلاف ذلك. يمكن أن تقوم شركة التأمين التي أعمل معها بالتحقق مما إذا كانت الفحوصات تخضع للتغطية أم لا

**المعلومات الطبية:** أنا أدرك أن شركة Bronson يمكن أن تقوم بالكشف عن السجلات الطبية الخاصة بي للجهات التالية:

- شركات التأمين وخطط الرعاية الصحية والجهات المسؤولة عن معالجة المطالبات.
- الطبيب (الأطباء) المعالج لي وغيره من المشاركين في رعايتي.
- الشركة التي أعمل بها، إذا كانت الشركة هي من يطلب توفير الخدمات أو إذا كانت الخدمات تتعلق بمطالبة خاصة بتعويض العمال أو أي حادث آخر متعلق بالعمل.
- أي شخص أو كيان مسؤول عن دفع كامل الفاتورة التي يتم إصدارها بشأنها أو جزء كبير منها.
- المحامون ووكلائهم (بما في ذلك المحامون العاملون مع شركة Bronson) للرد على أمر قانوني أو أي عملية قانونية أخرى.
- المحاكم، حسب الضرورة لتحصيل الفاتورة الصادرة بشأنها أو استجابة لأمر من المحكمة.

تتمتع "المعلومات شديدة السرية"، بما في ذلك المعلومات المتعلقة بتعاطي المخدرات أو إدمان الكحول، أو الأمراض العقلية، أو الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية أو الأمراض ذات الصلة، بحماية خاصة فيما يتعلق بالخصوصية بموجب قوانين الولاية أو القوانين الفيدرالية، ولن يتم الكشف عنها بدون نموذج تصريح مكتوب منفصل.

**التنازل عن الحقوق:** أمنح لمجموعة Bronson Healthcare Group جميع الحقوق الخاصة بالفوترة والحصول على مدفوعات مقابل الخدمات التي أتلقاها أو التي تلقيتها سابقًا حتى تاريخ توقيعي على هذا التنازل. أمنح Bronson جميع الحقوق المتعلقة بسداد الفاتورة الصادرة بشأنها. هذا يعني أن Bronson يمكنها، على سبيل المثال، ما يلي:

- إرسال الفواتير الخاصة بي لشركات التأمين وخطط الرعاية الصحية والتواصل معهم بغرض تلقي المدفوعات.
- استئناف رفض الدفع أو القرارات الصادرة بعدم تغطية الامتيازات.
- تقديم دعوى لتحصيل الفواتير.
- تقديم الدعاوى منفردة أو كطرف ضمن مجموعة في أي دعوى أو إجراءات تتعلق بالفاتورة الصادرة بشأنها. وهذا يشمل السعي نحو تحصيل جميع التكاليف والامتيازات والغرامات وأتعاب المحاماة التي يسمح بها القانون.

- أتخلى عن جميع الحقوق المتعلقة بتسوية الأموال أو إصدارها أو الاحتفاظ بها فيما يتعلق بالفاتورة الصادرة بشأني لصالح مجموعة Bronson Healthcare Group. أتخلى عن الحق في اتخاذ أي إجراء من شأنه أن يحول دون دفع أو سداد الفاتورة الصادرة من مجموعة Bronson Healthcare Group بشأني.

### التصريحات والاتفاقات الأخرى المتعلقة بي:

- أوافق على مساعدة Bronson Healthcare Group أو الوكلاء المعتمدين لدى Bronson الذين يعملون نيابة عني في السعي للحصول على امتيازات التأمين أو التغطية التأمينية أو الاستفادة من مصادر الدفع. وسأزود Bronson Healthcare Group بأرقام هاتفي المنزلي و / أو الخليوي.
- أوافق على أنه يجوز لشركة Bronson Healthcare Group الاتصال بي عبر الهاتف على أي رقم هاتف مرتبط بحسابي، بما في ذلك أرقام الهواتف اللاسلكية، مما قد يؤدي إلى فرض رسوم، ، لكي يتسنى لشركة Bronson تسوية حسابي أو تحصيل أي مبالغ قد أكون مدينًا بها. يمكن لشركة Bronson الاتصال بي أيضًا عن طريق إرسال الرسائل النصية أو رسائل البريد الإلكتروني باستخدام عنوان البريد الإلكتروني الذي قدمته إلى Bronson. قد تشمل طرق الاتصال الرسائل الصوتية المسجلة مسبقًا / الاصطناعية واستخدام خدمة الاتصال التلقائي، حسب الضرورة.
- أقوم بتعيين مجموعة Bronson Healthcare Group لكي تكون ممثلًا معتمدًا لي لمتابعة الأمور المتعلقة بدفع الفاتورة الصادرة بشأني واستئناف رفض الدفع أو القرارات الصادرة بشأن عدم التغطية، بالإضافة إلى تقديم الدعاوى القضائية للحصول على المدفوعات.

### مسؤوليتي عن الدفع:

- أدرك أنني مسؤول شخصيًا عن دفع فواتير مجموعة Bronson Healthcare Group الصادرة بشأني.
- أؤكد على أن المعلومات التي أقدمها إلى Bronson Healthcare Group صحيحة وأوافق على تزويد Bronson بجميع معلومات التأمين وجميع المعلومات المالية المتعلقة بقدرتي على الدفع.
- أنا أدرك أنني مسؤول عن ضمان توفير أي تصاريح مطلوبة للعلاج من قبل اختصاصي قبل الزيارة. وإذا لم يتم استلام التصريح قبل الزيارة المقررة، فأنا أدرك أنني سأحتاج إلى دفع الرسوم بنفسي.
- إذا لم يكن طبيب الرعاية الرئيسية المعالج لي طبييًا في مجموعة Bronson للرعاية الصحية، فأنا مسؤول عن الحصول على أي ترخيص مطلوب من طبيب الرعاية الصحية الرئيسية أو من خطة الرعاية الصحية التي أتعامل معها وتوجيهه إلى مجموعة Bronson Healthcare Group.
- إذا لم يتم استلام التصريح قبل العلاج، فسأكون مسؤولاً ماليًا عند دفع الرسوم ويجب عليّ دفعها بنفسي.
- إذا كانت شركة التأمين التي أتعامل معها قد أبرمت "عقد خدمات" مع Bronson يغطي رعايتي، فقد تكون مسؤوليتي المالية الشخصية تجاه Bronson مقتصرة على ما هو محدد على أنه غير خاضع لتغطية الامتيازات مستحقة الدفع بموجب هذا العقد. سيتم إخطاري من قبل Bronson بأي أرصدة أبقى مسؤولاً عنها بعد تطبيق أي مدفوعات تأمين.
- إذا لم تكن شركة التأمين التي أتعامل معها قد أبرمت "عقد خدمات" مع Bronson، فسوف يتعين عليّ دفع جميع الرسوم المستحقة لصالح Bronson والتي لا يغطيها التأمين الخاص بي. إذا كان هناك فرق بين رسوم شركة Bronson والمبالغ التي تدفعها شركة التأمين غير المتعاقد معها، فأنا مسؤول عن دفع ذلك الفرق.
- إذا لم يكن لدي تأمين صحي، يجب أن أدفع لمجموعة Bronson Healthcare Group جميع الرسوم المستحقة لمجموعة Bronson Healthcare Group مقابل رعايتي.
- أفهم أنني مسؤول عما يلي:
  - المدفوعات المشتركة
  - الرسوم غير الخاضعة للتغطية
  - الخصومات
  - تكلفة بعض الأدوية
- أدرك أنني سألتقي كشوف فواتير شهرية إذا كنت مدينًا لشركة Bronson بعد تلقي الخدمات المقدمة لي. ستتضمن البيانات مدفوعات التأمين المتعلقة وأي رصيد مستحق مني. ومن المتوقع أن يتم دفع المبلغ المستحق مني بالكامل في غضون 30 يومًا من تاريخ الحصول على بيان الفواتير، وسوف تتم إحالة الأرصدة التي تتجاوز 120 يومًا إلى شركات التحصيل لتقوم بتحصيلها. أدرك أنني مسؤول عن جميع تكاليف التحصيل، بما في ذلك تكاليف المحكمة وأتعاب المحاماة المعقولة.
- أدرك أنه قد تتم محاسبتني على رسوم الطبيب والمنشأة مقابل الخدمات المقدمة، حتى مقابل الخدمات المقدمة في نفس اليوم.
- أفهم أنني قد أحصل على فواتير منفصلة عن أطباء التخدير وأخصائيي الأشعة وأخصائيي علم الأمراض. أدرك أنني مسؤول عن دفع هذه الفواتير إذا لم تكن خاضعة لتغطية التأمين الخاص بي. لا تتحمل Bronson مسؤولية دفع هذه الفواتير.
- يتم فرض تكلفة قيمتها 25.00 دولارًا على جميع الشيكات المرتجعة. يتحمل المرضى مسؤولية دفع هذه الرسوم عن طريق بطاقة الائتمان أو الحوالات المالية أو نقدًا عند استلام البيانات.
- بالنسبة للمرضى الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا (القصر)، يقر ولي الأمر أو الوصي أو القاصر الذي لا يرافقه أحد بالمسؤولية عن شروط نموذج الموافقة العامة وإخلاء المسؤولية عند التسجيل هذا.
- إذا كنت غير قادر في أي وقت على دفع رصيد كشف الحساب الصادر لك، فإن مجموعة Bronson Healthcare Group تتيح خيارات دفع أخرى لك.

Patient Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

○ يرجى التواصل مع أحد المستشارين الماليين أو الاتصال على الرقم 269-341-6117 لطرح أي أسئلة تراودك.

إذا قررت أي محكمة عدم صلاحية سريان أي بند من شروط نموذج الموافقة العامة وإخلاء المسؤولية عند التسجيل هذا، فأنا أوافق على أن البنود المتبقية تظل سارية المفعول.

لقد قرأت هذا النموذج وأفهمه. وقد تم الرد على جميع أسئلتي. إذا كان المريض قاصرًا (عمره 18 عامًا أو أقل)، يجب على ولي الأمر أو الوصي عليه التوقيع أدناه.

التغييرات أو التعديلات التي تحدث في هذا النموذج ليست ملزمة لمجموعة Bronson Healthcare Group أو الكيانات التابعة لها.

توقيع المريض: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_ الوقت: \_\_\_\_\_

توقيع ولي الأمر أو الوصي: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_ الوقت: \_\_\_\_\_

العلاقة بالمريض: \_\_\_\_\_

توقيع الشاهد: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_ الوقت: \_\_\_\_\_

Witness Statement: I obtained verbal consent via phone from parent/guardian. Two staff witnesses are required.

Witness Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Witness Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Interpreter's Statement:

I have interpreted this consent form to the patient, a parent, closest relative or legal guardian.

Voice/Video Service: \_\_\_\_\_ Interpreter ID #: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Interpreter Name (*printed*): \_\_\_\_\_ Agency: \_\_\_\_\_

Interpreter Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_