

**نموذج إخلاء المسؤولية عند التسجيل**

أوافق على جميع الإجراءات والرعاية في المستشفى والعلاج الذي طلبه الطبيب المعالج لي. قد يحصل الطبيب المعالج لي على المساعدة من مختصي الرعاية الصحية الآخرين. قد يغير الطبيب المعالج لي رعايتي لتحسين حياتي أو صحتك. تمتلك Bronson نظامًا لسجلات الرعاية الصحية الإلكترونية يسمح بمشاركة معلوماتي مع أولئك الذين يحتاجون إلى الوصول إليها من أجل توفير الرعاية لي و / أو تنسيق تلك الرعاية و / أو إدارتها.

أوافق على ما يلي:

- سوف أقوم بطرح الأسئلة التي تراودني. لم يتم أي شخص بتقديم وعود لي بشأن علاجي أو رعايتي.
- يمكن فحص الأنسجة أو أجزاء الجسم أو العينات أو استخدامها لأغراض الأبحاث. وسيتم التخلص منها بشكل محترم.
- يمكن أن يطلع الطلاب أو أفراد فريق العمل على علاجي والسجلات الطبية الخاصة بي لأغراض التعليم أو الأبحاث. لن يتم نشر المعلومات التي يمكن أن تكشف عن هويتي إلا إذا وافقت على ذلك.
- إذا كنت هنا للولادة، يمكن للطبيب المعالج لي وموفري الرعاية الصحية الآخرين تقديم الرعاية لطفلي.

أنا أدرك ما يلي:

- سوف يتحقق أفراد فريق العمل من هويتي. وسوف يستفسرون مني عما قمت بعمله. وأنا أدرك أن الغرض من ذلك الحفاظ على أمانتي.
- يمكن لموظفي المستشفى الكشف عن اسمي أو الاتصال باستخدامه إلا إذا وضعت علامة اختيار على مربع "لا" المجاور. □ لا
- لدي حقوق ومسؤوليات عندما أتلقى الخدمات. تم توفير هذه المعلومات لي. بعض الأطباء وموظفيهم ليسوا موظفين في Bronson. ويشمل ذلك:
 - أطباء الأشعة
 - أطباء التخدير
 - أطباء علم الأمراض
 - أطباء غرفة الطوارئ
- أنا أدرك أن Bronson غير مسؤولة عن تصرفاتهم.
- 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.
- قد يتم تفتيشي أنا شخصياً أو ممتلكاتي. قد يحدث هذا إذا كان هناك اعتقاد معقول بأن لديك عناصر أو مواد يمكن أن تضر بها بنفسك أو بالآخرين.
- نحن نأخذ سلامة المرضى والموظفين العاملين لدينا على محمل الجد.
- قد يتم إخطار طبيب الرعاية الرئيسية المعالج لي بدخولي إلى المستشفى.

المعلومات الطبية: أنا أفهم أن Bronson قد تكشف عن السجلات الخاصة بي للجهات التالية:

- شركات التأمين وخطط الرعاية الصحية والجهات المسؤولة عن معالجة المطالبات.
- الطبيب المعالج لي وغيره من المشاركين في رعايتي.
- الشركة التي أعمل بها إذا كانت هي من طلب توفير هذه الخدمات.
- أي شخص أو أي كيان مسؤول عن دفع فاتورتي بالكامل أو جزء منها.
- المحامون العاملون مع شركة Bronson ووكلائهم.
- أعلم أن هذه المعلومات يمكن أن تشمل على معلومات حول تعاطي المخدرات أو إدمان الكحول، أو الأمراض العقلية، أو الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية أو الأمراض ذات الصلة.

التنازل عن الحقوق: أتنازل لشركة Bronson عن جميع الحقوق الخاصة بإصدار فاتورة مقابل الخدمات التي أتلقاها. أمنح Bronson جميع الحقوق المتعلقة بالسعي نحو تحصيل الفاتورة الصادرة بشأني. هذا يعني أن Bronson يمكنها، على سبيل المثال، ما يلي:

- إرسال الفواتير الصادرة بشأني لشركات التأمين وخطط الرعاية الصحية. التواصل معهم من أجل تحصيل المدفوعات
- استئناف رفض الدفع أو القرارات الصادرة بعدم تغطية الامتيازات
- تقديم دعوى لتحصيل الفواتير
- المشاركة في أي دعوى أو إجراء ينطوي على الفاتورة الصادرة بشأني
- 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 شركة Bronson. أتخلى عن الحق في اتخاذ أي إجراء من شأنه أن يحول دون دفع أو سداد الفاتورة الصادرة من شركة Bronson بشأني.

التصريحات والاتفاقات الأخرى:

- أوافق على مساعدة Bronson في السعي للاستفادة من امتيازات التأمين الخاصة بي. وسأزود Bronson بأرقام هاتفي المنزلي و / أو الخليوي.
- أوافق على تلقي مكالمات هاتفية مسجلة مسبقاً من Bronson والمحامين المتعاملين معها و / أو وكلائهم على أي من أرقام الهواتف هذه.
- أوافق أيضاً على استلام الرسائل النصية و / أو رسائل البريد الإلكتروني من Bronson والمحامين المتعاملين معها و / أو وكلائهم باستخدام أي رقم هاتف أو عنوان بريد إلكتروني أقدمه. أنا أفهم أن موافقتي ليست مطلوبة للحصول على العلاج.
- أوافق على السماح لشركة Bronson بالاتصال بمدير العمليات في _____ (مستشفى الإحالة) لطلب تحديث لحالة طفلي، إلا إذا قمت بوضع علامة اختيار على مربع "لا" المجاور لا

مسؤوليتي عن الدفع:

- أنا مسؤول عن دفع جميع الرسوم المستحقة لشركة Bronson غير الخاضعة للتأمين.
- قد يكون هناك فرق بين الرسوم المستحقة لشركة Bronson والمبالغ المدفوعة عن طريق التأمين. أنا مسؤول عن دفع الفرق.
- أوافق على تزويد Bronson بجميع معلومات التأمين وجميع المعلومات المالية المتعلقة بقدرتي على الدفع. أفهم أنني مسؤول عما يلي:
 - المدفوعات المشتركة
 - الرسوم غير الخاضعة للتغطية
 - الخصومات
 - تكلفة بعض الأدوية
- أتفهم أنه حتى لو كنت أستخدم أحد الأسرة في مستشفى Bronson، يمكن أن يتم اعتياري مريضاً في العيادات الخارجية كذلك. أفهم أنني قد أتلقى فواتير من أطباء الأشعة أو أطباء علم الأمراض أو أطباء التخدير أو أطباء غرفة الطوارئ.
- أدرك أنني مسؤول عن دفع هذه الفواتير إذا لم تكن خاضعة لتغطية التأمين الخاص بي. لا تتحمل Bronson مسؤولية دفع هذه الفواتير.
- أؤكد صحة المعلومات التي أقدمها إلى Bronson.

الأشياء الثمينة:

- تشجع Bronson المرضى على ترك الأشياء الثمينة في المنزل أو مع أحد أفراد الأسرة.
- أعلم أنه يمكنني إيداع الأشياء الثمينة الخاصة بي في خزانة عندما يتم إدخالني إلى المستشفى.
- أوافق على أن Bronson ليست مسؤولة عن الأشياء الثمينة التي لم يتم إيداعها في تلك الخزانة.

لقد قرأت هذا النموذج. وقد تم الرد على جميع أسئلتني.

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: _____

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: _____