

ОБЩЕЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ, ФИНАНСОВОЕ СОГЛАШЕНИЕ И ФОРМА ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ФИО ПАЦИЕНТА: _____ ДАТА РОЖДЕНИЯ: ____/____/____

ФИО ЗАКОННОГО ОПЕКУНА: _____ СТЕПЕНЬ РОДСТВА: _____

СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ: Я, совершеннолетний пациент или законный опекун, даю согласие на получение мной или пациентом, указанным выше ("Пациент"), медицинского обслуживания, обследования и лечения в клинике Pediatric Associates & Pediatric Associates Family of Companies ("Практика") и ее поставщиков. Это может включать необходимые с медицинской точки зрения осмотры, лечение, назначение и выдачу лекарств, инъекции, вакцинацию, скрининги и анкетирование, диагностические исследования, лабораторные процедуры, амбулаторные процедуры, организацию медицинских услуг, неотложную помощь со стороны поставщика, других лицензированных сотрудников или сотрудников под контролем лицензированного поставщика для данного приема, других приемов в будущем и сеансов телемедицины. Пациент понимает, что поставщиками могут быть врачи, фельдшеры, помощники врачей и другие клиницисты, а также студенты, стажеры и клиницисты, как являющиеся, так и не являющиеся непосредственными сотрудниками Практики.

Пациент понимает, что имеет право дать согласие или отказать в согласии на любое необходимое с медицинской точки зрения лечение или процедуру, за исключением случаев, предусмотренных законом. Пациент понимает, что имеет право обсуждать все медицинские процедуры с поставщиками услуг. Пациент понимает, что медицинская практика не является точной наукой, и что диагностика и лечение могут быть связаны с риском травмы или смерти. Пациент понимает, что никаких гарантий относительно диагностики, лечения или ухода, который может получить пациент, не дается. Пациент понимает, что данное согласие на лечение должно быть подписано для того, чтобы Пациент был принят, и будет считаться действительным до тех пор, пока Пациент не отзовет данное согласие в письменном виде.

СОГЛАСИЕ НА УСЛУГИ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ: Пациент соглашается на уход и лечение с использованием электронных средств связи между пациентом, законным опекуном и поставщиком, передаваемых по телефону и/или с помощью видео или иначе передаваемой информации поставщику, который не находится в одном месте с пациентом. Телемедицинские услуги позволяют поставщикам медицинских услуг в удаленных местах обмениваться медицинской информацией Пациента в целях диагностики, лечения, последующего наблюдения и обучения. Пациент дает согласие и уполномочивает Практику и поставщиков передавать информацию Пациента третьей стороне, если это необходимо для получения услуг телемедицины, и Пациент понимает, что в этом случае действуют существующие меры защиты конфиденциальности.

Пациент понимает, что хотя услуги телемедицины могут быть использованы для обеспечения более широкого доступа к медицинскому обслуживанию, как и в случае любой медицинской услуги или процедуры, существуют потенциальные риски. Эти риски включают, в частности, технические проблемы с передачей информации и сбои оборудования, которые могут привести к потере информации или задержкам в лечении. Пациент понимает, что он имеет право в любое время отказать или отозвать свое согласие на использование телемедицинских услуг во время лечения, что не повлияет на право Пациента на будущее лечение.

СОГЛАСИЕ НА РАЗГЛАШЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО АНАМНЕЗА: Пациент уполномочивает Практику и поставщиков услуг запрашивать, использовать и разглашать историю назначений лекарственных

ОБЩЕЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ, ФИНАНСОВОЕ СОГЛАШЕНИЕ И ФОРМА ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ФИО ПАЦИЕНТА: _____ ДАТА РОЖДЕНИЯ: ____/____/____

препаратов пациента у других поставщиков медицинских услуг и/или независимых аптек, если это необходимо для целей лечения.

МЕДИЦИНСКОЕ ОБУЧЕНИЕ И ТРЕНИНГИ: Пациент понимает и дает согласие на то, что поставщики, клиницисты и другие медицинские работники могли проходить обучение во время лечения Пациента. Пациент понимает и дает согласие на то, чтобы Практика и поставщики разрешили доступ в помещения для обслуживания пациентов лицам, не являющимся сотрудниками, например, студентам и ассоциированным поставщикам медицинских услуг, участвующим в образовательных программах. Пациент понимает, что он может иметь доступ к случайной медицинской информации. Пациент понимает, что он имеет право задавать вопросы поставщику относительно такого обучения и может принять решение не разрешать такой доступ во время обследования и лечения Пациента.

МЕДИЦИНСКИЕ ИЗОБРАЖЕНИЯ: Пациент разрешает делать фотографии Пациента в целях медицинского обслуживания или медицинского обучения. Пациент понимает, что эти изображения будут храниться в медицинской карте Пациента безопасным способом, который защитит конфиденциальность Пациента. Изображения будут храниться в течение периода времени, предусмотренного законом.

РАЗГЛАШЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ: Пациент разрешает Практике передавать защищенную медицинскую информацию Пациента для целей лечения и оплаты взрослым лицам, не являющимся опекунами, перечисленным ниже, когда эти лица приводят Пациента на приемы. Пациент понимает, что у них есть законное право предварительно разрешить лечение и попросить Практику предоставить медицинское лечение, когда законный опекун не может присутствовать на приемах Пациента, и может связаться с законным опекуном по телефону. Однако я понимаю, что данное разрешение на лечение не обусловлено их способностью успешно связаться со мной как с законным опекуном Пациента.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАЗГЛАШЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ: Пациент дает согласие на использование и разглашение Практикой информации из медицинской карты пациента, включая защищенную медицинскую информацию, для лечения, оплаты и действий в сфере здравоохранения в установленном законом объеме. Все виды использования и разглашения информации будут осуществляться в соответствии с условиями, указанными в Уведомлении о практике конфиденциальности.

Пациент уполномочивает Практику выдавать все записи о вакцинации по запросу напрямую в учебное заведение и/или детский сад пациента. Пациент понимает, что данное разрешение останется в силе до тех пор, пока Пациент не отзовет данное согласие в письменной форме. Пациент понимает, что для ограничения разглашения записей о вакцинации Пациент должен запросить и заполнить форму запроса на ограничение и разглашение охраняемой медицинской информации, которая будет включать записи о вакцинации Пациента для школ.

ПЕРЕУСТУПКА СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ И ФИНАНСОВОЕ СОГЛАШЕНИЕ: Настоящим пациент назначает и разрешает выплату страховых возмещений непосредственно Практике. Пациент понимает, что он несет финансовую ответственность за любые расходы, не оплаченные страховой компанией. Пациент дает разрешение на передачу медицинской и финансовой информации пациента соответствующему

ОБЩЕЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ, ФИНАНСОВОЕ СОГЛАШЕНИЕ И ФОРМА ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ФИО ПАЦИЕНТА: _____ ДАТА РОЖДЕНИЯ: ____/____/____

плательщику медицинского страхования, включая коммерческих и государственных плательщиков. Все расходы, не покрываемые страховой компанией, должны быть оплачены в момент оказания услуг. Во время приема пациент понимает, что лицо, которое привело пациента на прием, может нести финансовую ответственность.

Практика может взимать плату за пропущенные приемы, чеки, возвращенные из-за недостаточных средств на счету и коллекторскую деятельность. Пациент подтверждает, что он может ознакомиться с правилами пропущенных приемов на веб-сайте.

ПРАВИЛА РАБОТЫ ОФИСА: Пациент ознакомился со всеми представленными правилами работы офиса получил удовлетворительные ответы на все вопросы, касающиеся этих правил. Пациент согласен соблюдать эти правила.

СОГЛАСИЕ НА ЭЛЕКТРОННУЮ КОММУНИКАЦИЮ: Пациент разрешает Практике использовать информацию о пациенте для отправки напоминаний о предстоящих приемах, для получения отзывов и впечатлений о работе практики, а также для предоставления общей медицинской информации по электронной почте и/или с помощью текстовых сообщений.

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ: Пациент получил копию документа "Права и обязанности пациента клиники Pediatric Associates" или вместо этого решил скачать электронную копию этого документа с веб-сайта.

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАКТИКЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ:

Отметив этот раздел, Пациент подтверждает, что он получил информацию из Уведомления о практике конфиденциальности, в котором изложены способы использования или разглашения Практикой медицинской информации и права Пациента в отношении такой информации. Пациент понимает, что Уведомление также доступно на веб-сайте Практики или в офисе по запросу.

ОБМЕН МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ:

Отметив этот раздел, Пациент дает разрешение на запрос и передачу медицинской информации Пациента в центр защищенного регионального обмена медицинской информацией штата Флорида. Пациент понимает, что доступ к этой информации могут получить уполномоченные участвующие медицинские организации и поставщики. Пациент понимает, что он может отозвать это разрешение, и что отзыв вступит в силу в день его оформления и не будет применяться к медицинской информации, которая уже была предоставлена или подвергнута обмену.

ДРУГИЕ ЗАКОННЫЕ ОПЕКУНЫ:

1. Имя и фамилия: _____
Степень родства к пациенту: _____
Телефонный номер: (____) _____

ОБЩЕЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ, ФИНАНСОВОЕ СОГЛАШЕНИЕ И ФОРМА ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ФИО ПАЦИЕНТА: _____ **ДАТА РОЖДЕНИЯ:** ____/____/____

2. Имя и фамилия: _____

Степень родства к пациенту: _____

Телефонный номер: (____) _____

3. Имя и фамилия: _____

Степень родства к пациенту: _____

Телефонный номер: (____) _____

ДРУГИЕ ВЗРОСЛЫЕ, НЕ ЯВЛЯЮЩИЕСЯ ОПЕКУНАМИ, КОТОРЫЕ МОГУТ ПРИВОДИТЬ ПАЦИЕНТА НА ПРИЕМЫ И ПОЛУЧАТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ ПАЦИЕНТА:

1. Имя и фамилия: _____

Отношение к пациенту: _____

Телефонный номер: (____) _____

2. Имя и фамилия: _____

Отношение к пациенту: _____

Телефонный номер: (____) _____

3. Имя и фамилия: _____

Степень родства к пациенту: _____

Телефонный номер: (____) _____

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА (ЕСЛИ ПАЦИЕНТУ 18 ИЛИ БОЛЕЕ ЛЕТ) ИЛИ ЗАКОННОГО ОПЕКУНА:

Подписываясь ниже, Пациент подтверждает, что он прочитал, понял и согласился с условиями настоящего общего соглашения, финансового соглашения и формы выпуска. Пациент подтверждает, что предоставленная информация о его личности, демографических, финансовых и страховых данных соответствует действительности. Пациент подтверждает, что ему была предоставлена возможность задавать вопросы, и на все вопросы (если они были) даны удовлетворительные ответы.

Подпись законного опекуна или пациента (если пациенту 18 или более лет) _____ Дата

ФИО законного опекуна или пациента печатными буквами