

نموذج التسجيل لعام 2021

معلومات المريض				
اسم العائلة	الاسم الأول	الاسم الأوسط		
الاسم المفضل	الجنس	أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/>	تاريخ الميلاد	
العنوان				
المدينة	الدولة	الرمز البريدي		
الهاتف الأساسي	عنوان البريد الإلكتروني			
الاتصال في حالات الطوارئ	هاتف الطوارئ			
<p>قد ترغب في Beaumont Urgent Care by WellStreet (BUCBW) في الاتصال بك عبر الهاتف أو البريد الإلكتروني مع معلومات مثل نتائج المختبر أو الأشعة السينية أو متابعة الزيارة أو تعليمات الطبيب. يمكننا ترك معلومات طبية مفصلة على بريدك الصوتي في حال موافقتك.</p>				
<p>يرجى وضع إشارة هنا إذا كنت لا توافق على وضعنا لبريد صوتي على الهاتف الأساسي أو إرسال رسالة إلكترونية لك فيما يتعلق برعايتك <input type="checkbox"/> لا أرغب في الموافقة على وضع بريد صوتي أو إرسال رسالة إلكترونية فيما يتعلق برعايتي</p>				
طبيب الرعاية الأولية (PCP)	لا أحد <input type="checkbox"/>	هاتف طبيب الرعاية الأولية		
طبيب الرعاية الأولية الممارس / رابطة المستشفيات				
الطرف المسؤول (إذا كان المرء نفسه، انتقل إلى القسم التالي)				
اسم العائلة	الاسم الأول			
تاريخ الميلاد	عنوان البريد الإلكتروني			
شركة التأمين	مُعَرَف العضو	رقم المجموعة		
عنوان المطالبات الطبية (موجودة على ظهر البطاقة)				
شركة تأمين ثانوية (إن وجدت)	مُعَرَف العضو	رقم المجموعة		
عنوان مطالبات التأمين الثانوي				
معلومات المشترك (إذا كان المشترك نفسه، قم باختيار "نفسى"، ثم انتقل إلى القسم التالي)				
العلاقة بالمشترك	نفسى <input type="checkbox"/> الأم <input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> الزوج / الزوجة <input type="checkbox"/> آخر (حدد):			
اسم العائلة	الاسم الأول			
تاريخ ميلاد المشترك	رقم الضمان الاجتماعي للمشارك			
يرجى إدراج ممثل/ممثلين أو جهة من اختيارك قد نقوم بالكشف له/لهم عن معلوماتك الطبية، بما في ذلك السجلات الطبية				
اسم العائلة	الاسم الأول			
الهاتف	العلاقة			

نموذج التسجيل لعام 2021

شروط الخدمة والموافقة على العلاج

الرجاء التوقيع على هذا النموذج فقط بعد قراءة المحتوى بأكمله

من خلال الموافقة على "نموذج الموافقة" هذا ("شروط الخدمة والموافقة على العلاج") والموافقة على الشروط والأحكام المنصوص عليها هنا، فإنك ("أنت" أو "الممثل الموقع أدناه بالنيابة عن المريض") تقدم موافقتك على ما يلي:

الموافقة على العلاج الطبي/الخدمات الطبية الروتينية

يوافق المريض على الخضوع للعلاج الطبي / الخدمات الطبية حسب ما هو ضروري ومناسب من قبل الطبيب المعالج أو طبيب ممارس آخر عضو في الطاقم الطبي في BUCBW الذي طلب الرعاية والعلاج للمريض، أو أحد آخر من موظفي BUCBW. قد يتم إجراء العلاج الطبي/الخدمات من قبل "أخصائي الرعاية الصحية" (الأطباء، الممرضات، التقنيين، الفنيين، مساعدي الأطباء، أو غيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية). يخول المريض الطبيب أو الممارس الآخر أو الطاقم الطبي في BUCBW وتقديم العلاج الطبي/الخدمات التي يتم طلبها أو المطالبة بها من قبل الطبيب الممارس أو من قبل طبيب آخر أو من يعمل في مكانه. تشمل الموافقة على تلقي "العلاج الطبي/الخدمات الطبية"، على سبيل المثال لا الحصر: الرعاية العاجلة؛ الفحوصات (الأشعة السينية أو غيرها)؛ الإجراءات المختبرية؛ الأدوية العلاجية؛ تسريبات السوائل؛ الأدوية؛ الإمدادات؛ التخدير؛ الإجراءات الجراحية والعلاجات الطبية؛ التسجيل/تصوير الأفلام للأغراض الداخلية (أي التحديد والتشخيص والعلاج والأداء) في حال قررت BUCBW أن على المريض تقديم عينات الدم لأغراض الاختبار لصالح سلامة أولئك ربما قد احتك بهم المريض؛ يوافق المريض على سحب واختبار دمه وعلى الإفراج عن معلومات الاختبار عندما يعتبر ذلك مناسباً لسلامة الآخرين.

التحويل لإصدار معلومات

يحق لـ BUCBW استخدام وإصدار المعلومات الواردة في سجل المريض كما هو موضح في إشعار BUCBW لممارسات الخصوصية كما يسمح به القانون أو يطلبه. وتشمل المعلومات المخوّل باستخدامها أو إطلاقها، على سبيل المثال لا الحصر، معلومات عن الأمراض المتفشية أو المعدية، بما في ذلك التقييمات أو التشخيص أو العلاج المتصلة بفيروس نقص المناعة البشرية أو الإيدز، أو المعلومات المتعلقة بتعاطي المخدرات أو الكحول أو العلاج النفسي و/أو المعلومات النفسية. يتنازل المريض عن أي امتياز يتعلق بسرية هذه المعلومات ويُعفي بموجب التحويل BUCBW ووكلائها وموظفيها من جميع الالتزامات والمسؤوليات والأضرار والمطالبات والنفقات الناشئة عن استخدام وإطلاق المعلومات على النحو المصروح به أعلاه. تشمل الاستخدامات والإفصاحات المسموح بها، على سبيل المثال لا الحصر، الإفصاحات لشركات التأمين أو وكلائها أو غيرهم من الجهات الأخرى التي ستقدم الدفعات أو وكالات حكومية أو وكالات خدمات اجتماعية قد تدفع أو سوف تدفع أي جزء من النفقات الطبية التي يتكدها أو يأذن بها ممثلو BUCBW. يقر المريض ويوافق على أن سجلات المريض ستكون متاحة لجميع الكيانات التابعة لـ BUCBW ومقدمي الخدمات، ولزودي الإحالة غير التابعين لـ BUCBW وفقاً لأحكام الاستخدام الهادف. من خلال الموافقة على العلاج وقبول المسؤولية المالية عن أي علاج من هذا القبيل، يدرك المريض ويقر أيضاً بأن BUCBW، قد يرسل استطلاعات رضا المرضى، والبريد الإلكتروني، والمكالمات و / أو النص الذي قدمه رقم الهاتف الذي قدمه المريض مع المعلومات المتعلقة بالعلاج وأرصدة المسؤولية المالية للمرضى.

المسؤولية المالية للمرضى

يقر المريض بأنه مسؤول مالياً عن أي نفقات من جيبه الخاص للخدمات الطبية والعلاج بما في ذلك المدفوعات المشتركة، التأمين المشترك، الخصومات، والخدمات التي لا تدفعها الخطة الصحية للمريض. الدفع المشترك (co-payment) مستحق في وقت الخدمة. يوافق المريض على الحصول على أي إحالات ضرورية قبل الزيارة. الرسوم المفروضة على جميع القاصرين هي مسؤولية الوالد أو الوصي أو الفرد الذي يقدم الطفل للعلاج. يقر المريض بأنه قد تم الاتفاق على دفع جميع الخدمات الطبية والعلاج المقدم في وقت الخدمة إذا كان نوع الدفع هو الدفع الذاتي. يقر المريض بأن الخدمات الطبية/العلاج ستكون ذاتية الدفع إذا لم يتم توفير معلومات التأمين النشطة في غضون 24 ساعة من الخدمات الطبية والعلاج.

الاعتراف بحقوق المريض وممارسات الخصوصية

من خلال التوقيع أدناه، أعترف بأنني تلقيت إشعار بممارسات الخصوصية والحقوق الفردية من Beaumont Urgent Care by WellStreet. أقر بأنني قرأت ما سبق، وأنا أعطي موافقتي على ما سبق، وأبلغت بحقوقتي في الخصوصية.

اسم المريض كتابةً: _____

توقيع المريض أو الوالد / الوصي: _____ التاريخ: _____