



T-AD0014

<p>San Francisco Department of Public Health SF Health Network</p> <p align="center">PAHINTULOT PARA SA PAGGAMOT MGA TUNTUNIN AT KUNDISYON CONSENT FOR TREATMENT TERMS AND CONDITIONS</p>	<p>Name:</p> <p>DOB:</p> <p>MRN:</p>
---	--------------------------------------

I. PANGKALAHATANG PAHINTULOT

A. Pahintulot sa Klinikal, Medikal na Serbisyo at Kirurhiko Paggamot: Pumayag ako sa paggamot na maaaring mangyari sa panahon ng pagharap. Maaaring kabilang dito, ngunit hindi limitado sa, mga klinikal na pakikipagtagpo, mga serbisyo sa kalusugan ng pag uugali, Kalusugan sa Bahay / Home Health Services, emergency treatment o mga serbisyo, mga pamamaraan sa laboratoryo, mga pagsusuri sa X ray, medikal o kirurhiko paggamot o pamamaraan, pangangalaga na pinadali ng mga teknolohiya ng telekomunikasyon ("telehealth"), anesthesia, o mga serbisyo sa ospital na ibinigay sa akin sa ilalim ng pangkalahatang at espesyal na pagtuturo ng isang provider o surgeon. Nauunawaan ko na ang pagsasanay ng klinikal at pag uugali na gamot sa kalusugan at operasyon ay hindi isang eksaktong agham, at ang pagsusuri at paggamot ay maaaring kasangkot sa mga panganib ng pinsala o kahit na kamatayan. Kinikilala ko na walang garantiya na ginawa sa akin tungkol sa resulta ng pagsusuri o paggamot.

Mga Pasyente sa Maternity Patient: Kung ako ay maghahatid ng (mga) sanggol habang pasyente ng ospital na ito, sumasang-ayon ako na ang mga kondisyon ng pagpasok na ito ay naaangkop sa (mga) sanggol.

B. Pagkuha ng larawan / Pag video ng video: Sumasang ayon ako sa pagkuha ng mga larawan, videotape at recording na kinakailangan para sa mga layunin ng pagkakakilanlan, upang idokumento ang mga proseso ng pagsusuri at paggamot at upang idokumento ang mga pinsala na naranasan sa trauma. Sumasang ayon pa ako sa paggamit ng mga naturang larawan, videotape at recording para sa pagbibigay ng pangangalaga, pagpapabuti ng kalidad, edukasyon, at reimbursement purposes. (maaaring may mga exception para sa Behavioral Health Services)

C. Pagtuturo, Pananaliksik at Healthcare Institution: San Francisco Department of Public Health Programs, Clinics, Zuckerberg San Francisco General Hospital, Laguna Honda Hospital at mga kaakibat na programa ay isang pagtuturo, pananaliksik at healthcare institusyon. Nauunawaan ko na ang mga residente, intern, mga mag aaral ng medikal, mga mag aaral ng mga katulong na propesyon sa pangangalagang pangkalusugan (hal., nursing, x ray, rehabilitation therapy), mga kasamahan sa post graduate, at iba pang mga trainee at mga visiting professor ay maaaring magmasid, suriin, gamutin, at makilahok sa kahilingan at sa ilalim ng pangangasiwa ng mga dumadalo na provider / manggagamot sa aking pangangalaga. Nauunawaan ko rin na ang isang institusyonal na lupon ng pagsusuri ay nag aaprubahan ng mga proyekto na isinasagawa ng mga mananaliksik alinsunod sa batas ng estado at pederal. Bilang isang resulta, nauunawaan ko na maaari akong makausap at hilingin na lumahok sa mga pag aaral sa pananaliksik, ngunit wala akong obligasyon na gawin ito. Ang desisyon ko kung sasali ako o hindi ay hindi makakaapekto sa kakayahan kong magpagamot.

D. Paggamit ng Medikal na Impormasyon at Specimens para sa Pag uulat: Nauunawaan ko na ang aking medikal na impormasyon, mga larawan, at / o video sa anumang anyo ay maaaring gamitin para sa iba pang mga layunin ng SF Department of Public Health (SFDPH) / SF Health Network (SFHN), tulad ng pagpapabuti ng kalidad, kaligtasan ng pasyente, at edukasyon. Naiintindihan ko rin na ang aking medikal na impormasyon at tissue, fluids, cells at iba pang mga specimen (sama sama, "Specimens") na maaaring mangolekta ng SFDPH / SFHN sa panahon ng kurso ng aking paggamot at pag aalaga ay maaaring gamitin at ibahagi sa mga mananaliksik at ang anumang naturang paggamit ay naaayon sa batas ng estado at pederal, kabilang ang lahat ng mga batas at regulasyon na namamahala sa pagiging kompidensiyal ng pasyente, tulad ng nakasulat sa Paunawa ng Kasanayan sa Pagkapribado. Nauunawaan ko na sa ilalim ng batas ng California, wala akong anumang mga karapatan sa anumang komersyal na kapaki pakinabang na mga produkto na maaaring mabuo mula sa naturang pananaliksik.

San Francisco Department of Public Health
SF Health Network
PAHINTULOT PARA SA PAGGAMOT
MGA TUNTUNIN AT KUNDISYON
CONSENT FOR TREATMENT TERMS AND CONDITIONS

Name: _____
 DOB: _____ Label
 MRN: _____

E. Nauunawaan ko na kung ako ay diagnosed na may isang reportable sakit sa California, kabilang ang ngunit hindi limitado sa kanser, HIV, sexually transmitted diseases, seizures, tuberculosis, viral meningitis, o iba pang mga reportable diagnoses, DPH ay kinakailangan ng batas upang iulat ang aking pagsusuri sa mga organisasyon ng pamahalaan tulad ng State Department of Health Services o ang Center for Disease Control and Prevention. Ang pinaghihinalaang pang aabuso sa bata, pang aabuso sa matanda at ang mga maaaring makapinsala sa kanilang sarili, o iba pa ay hinihingi ng batas na iulat sa mga serbisyong proteksiyon. Iniuulat din ng SFDPH ang mga pagbabakuna at pagsusuri sa TB sa California Immunization Registry ayon sa kinakailangan ng batas. Kung ayaw mo ng impormasyong ito sa pagbabakuna na ibinahagi sa iba pang mga provider, maaari kang makipag-ugnayan sa CAIR registry cairweb.org o help desk 1-800-578-1889

F. **Kasaysayan ng Gamot:** Sumasang ayon ako na ang SFDPH / SFHN ay maaaring elektronikong ma access ang aking kasaysayan ng gamot mula sa mga panlabas na parmasya at itala ang impormasyong ito sa aking medikal na talaan maliban kung magbibigay ako ng SFDPH na may napapanahong nakasulat na abiso ng aking pagtutol. Nauunawaan ko na ang SFDPH / SFHN ay maaaring gumamit ng software upang maghanap sa mga database ng computer ng mga panlabas na parmasya at mga tagapamahala ng benepisyo sa parmasya para sa mga layunin ng pagkuha ng aking kasaysayan ng gamot at paggawa ng desisyon tungkol sa aking pangangalaga.

G. **Mga Pag iingat sa Sangkap ng Katawan:** Nauunawaan ko na ang mga manggagawa sa pangangalagang pangkalusugan ng SFDPH / SFHN ay kinakailangang sumunod sa mahigpit na Mga Pag iingat sa Katawan ng Substance sa lahat ng mga aktibidad sa pangangalaga ng pasyente / kliyente / residente upang maprotektahan ang parehong mga pasyente / kliyente / residente at kawani mula sa mga impeksyon. Samakatuwid, ang mga manggagawa sa pangangalagang pangkalusugan ay hindi kinakailangang masuri para sa mga pathogens na dala ng dugo.

H. **E mail at Pahintulot sa Pag text:** Sumasang ayon ako sa pagkakaroon ng mga paalala sa appointment na ipinadala sa akin sa pamamagitan ng text / email o MyChart notification na may pag unawa na maaari akong **mag opt out** anumang oras. Naiintindihan ko na kung ako email o text provider at iba pang kasangkot sa aking pangangalaga na maaaring hindi nila magagawang tumugon sa akin gamit ang parehong paraan na ginamit ko, dahil sa protektadong kumpidensyal na impormasyon. Nauunawaan ko na ang pagte text at email ng alinman sa nagpadala ay maaaring hindi ligtas na mga pamamaraan ng komunikasyon dahil ang mga mensaheng hindi naka encrypt ay maaaring ma intercept.

I. **Palitan ng Impormasyon sa Kalusugan:** Nauunawaan ko na ang aking impormasyon ay magagamit sa isang ligtas na network tulad ng Epic CareEverywhere, maliban kung **OPT-OUT ako**. Ang palitan na ito ay nagbibigay daan sa mga awtorisadong tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan / organisasyon at mga propesyonal na kasangkot sa aking paggamot, koordinasyon ng pangangalaga, pagpapabuti ng kalidad, at mga aktibidad na may kaugnayan sa pamamahala o pagbabayad, pag access sa aking mga talaan ng pangangalagang pangkalusugan upang mabigyan ako ng pinaka marunong at kalidad na pangangalagang pangkalusugan.

J. **Pangangalaga sa Koordinasyon:** Sumasang ayon ako sa pagsisiwalat at paggamit ng aking impormasyon sa kalusugan ng mga provider sa loob ng SFDPH / SFHN at sa pagitan ng SFDPH / SFHN, ang mga kaakibat nito at mga nagbibigay ng kontrata para sa mga layunin ng koordinasyon ng pangangalaga. Ang impormasyong pangkalusugan na ibinahagi ay maaaring kabilang ngunit hindi limitado sa: medikal, kirurhiko, allergy, dental, paningin, pandinig, nutrisyon, pagtigil sa tabako, lab work, pag unlad, at kalusugan ng isip na maaaring kinakailangan para sa aking paggamot.

K. **Privacy - Social Security Number:** Alinsunod sa Federal Privacy Act of 1974, ipinaalam sa iyo na

San Francisco Department of Public Health
SF Health Network
PAHINTULOT PARA SA PAGGAMOT
MGA TUNTUNIN AT KUNDISYON
CONSENT FOR TREATMENT TERMS AND CONDITIONS

Name:
DOB: Label
MRN:

kung mayroon kang social security number, ang pagsisiwalat ng iyong social security number ay sapilitan. Ito ay ginagamit upang i verify ang iyong pagkakakilanlan sa medikal na pangangalaga, at sistema ng pagbabayad. Ang pagsisiwalat ng numero ng social security ay kinakailangan alinsunod sa regulasyon 4, Seksyon 404.1256, Code of Federal Regulations, sa ilalim ng Seksyon 218, Title II, ng Social Security Act, ayon sa susog.

II. MGA PAMANTAYAN NG PAG UUGALI

- A. **Mga Patakaran ng SFDPH/SFHN:** Sumasang ayon akong sumunod sa lahat ng mga patakaran ng SFDPH/SFHN hinggil sa aking pag uugali sa SFDPH/SFHN premises o sa presensya ng DPH Staff.
- B. **Kapaligiran na Walang Usok:** Kinikilala ko na ang SFDPH/SFHN ay isang smoke free environment at sumasang ayon na huwag manigarilyo sa loob ng alinman sa mga gusali nito o sa SFDPH/SFHN premises o sa presensya ng DPH Staff.
- C. **Ligtas na Kapaligiran para sa Pangangalaga ng Pasyente: Walang Mga Inuming Nakalalasing, Bawal na Droga, o Fire Arms:** Sumasang ayon ako na huwag magdala ng mga inuming may alkohol, ilegal na droga, baril o iba pang mapanganib na armas sa SFDPH/SFHN premises o sa presensya ng DPH Staff. Sumasang ayon ako na ang aking mga personal na gamit ay maaaring hanapin ng mga maayos na awtorisadong tauhan ng SFDPH/SFHN, ng San Francisco Police Department o ng San Francisco Sheriff's Department.

III. MGA TUNTUNIN SA PANANALAPI

- A. **Kasunduan sa Reimburse SFDPH/SFHN:** Sumasang ayon akong bayaran ang buong gastos ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na ibinigay ng naaangkop na mga batas, ordinansa, resolusyon, at kautusan ng Lungsod at County ng San Francisco kabilang ang, ngunit hindi limitado sa, San Francisco Municipal Code Part III, Kabanata V. Artikulo 3 (Kodigo sa Kalusugan). Sumasang ayon ako na pahintulutan ang SFDPH/SFHN upang siyasatin at i verify ang anumang personal at/o pinansiyal na impormasyon na isinumite bilang suporta sa aking kahilingan para sa mga serbisyo at anumang aplikasyon para sa mga benepisyo ng pampublikong karapatan. Sa pamamagitan nito ay malaya at kusang loob kong tinatanggihan ang batas ng limitasyon ng karapatan ng SFDPH/SFHN na igiit ang isang lien laban sa aking ari arian o anumang aksyon sa mga hukuman ng Estado ng California upang mangolekta ng mga gastos sa mga serbisyo tulad ng pangangalaga sa ospital, mga serbisyo sa outpatient at mga serbisyong propesyonal. Naiintindihan ko na makakatanggap ako ng mga mensahe at tawag sa ngalan ng SFDPH / SFHN, sa mga numerong ibinigay, kabilang ang aking numero ng cell phone at e mail address na ibinigay sa panahon ng proseso ng aking pagpaparehistro. Maaaring kabilang sa mga paraan ng contact ang paggamit ng mga pre recorded/ artipisyal na mensahe ng boses at / o paggamit ng isang awtomatikong aparato ng pag dial, kung naaangkop. Pinahihintulutan ko ang SFDPH/SFHN na isagawa ang lahat ng refund bunga ng anumang singil na naranasan ko o ng mga taong ako ang responsableng partido.
- B. **Ugnayan sa Pagitan ng SFDPH / SFHN at UCSF Provider:** Nauunawaan ko na ang mga provider, manggagamot at siruhano, sa parehong inpatient, outpatient setting (kabilang ang kalusugan ng pag uugali) at radiologists, pathologists, emergency provider, anesthesiologists, at iba pa, ay hindi empleyado o ahente ng ospital o SFDPH / SFHN. Ang mga provider na ito ay maaaring magsingil nang hiwalay para sa mga propesyonal na serbisyo sa ilalim ng pangalan ng negosyo ang San Francisco Medical Group.
Ang mga medikal na doktor (MD, DO) ay lisensyado at regulated ng Medical Board of California. Upang mag check up sa isang lisensya o upang maghain ng reklamo pumunta sa www.mbc.ca.gov, email: licensecheck@nbc.ca.gov

San Francisco Department of Public Health
SF Health Network
PAHINTULOT PARA SA PAGGAMOT
MGA TUNTUNIN AT KUNDISYON
CONSENT FOR TREATMENT TERMS AND CONDITIONS

Name:
 DOB: Label
 MRN:

- C. Kasunduan sa Reimburse San Francisco Medical Group:** Sumasang ayon ako na sa pagsasaalang alang ng mga serbisyo na ibinigay ng anumang mga provider, manggagamot, siruhano o dentista na babayaran ko ang mga regular na rate para sa lahat ng mga propesyonal na bayad na kung saan ako ay may pananagutan. Sumasang ayon ako na pahintulutan ang San Francisco Medical Group na siyasatin at i verify ang anumang personal at pinansiyal na impormasyon na isinumite bilang suporta sa kahilingan para sa mga serbisyo at para sa anumang aplikasyon para sa mga benepisyo sa karapatan ng publiko. Sa pamamagitan nito ay malaya at kusang loob kong tinatanggi ang batas ng limitasyon ng karapatan ng San Francisco Medical Group na igiit ang isang lien laban sa aking ari arian o magsimula sa anumang pagkilos sa mga hukuman ng Estado ng California upang mangolekta ng mga gastos ng mga propesyonal na serbisyo.
- Ang database ng Open Payments ay isang pederal na tool na ginagamit upang maghanap ng mga pagbabayad na ginawa ng mga kumpanya ng gamot at aparato sa mga provider at pagtuturo ng mga ospital. Matatagpuan ito sa [https:// openpaymentsdatacms.gov](https://openpaymentsdatacms.gov)
- D. Paglabas ng Impormasyon para sa Reimbursement:** Sumasang ayon ako na, sa lawak na kinakailangan upang matukoy ang pananagutan para sa pagbabayad at upang makakuha ng reimbursement, SFDPH / SFHN ay maaaring magbunyag ng mga bahagi ng aking medikal na talaan sa sinumang tao o korporasyon na, o maaaring, mananagot para sa lahat o anumang bahagi ng mga singil ng SFDPH / SFHN, kabilang ang, ngunit hindi limitado sa, mga kumpanya ng seguro, Mga organisasyon ng pagsusuri ng carrier ng seguro, mga plano sa serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, o mga carrier ng kompensasyon ng mga manggagawa. Naiintindihan ko na ang aking medical record ay maaaring suriin ng isang kontratista o kinatawan ng naturang tao o korporasyon. Naiintindihan ko rin na upang maiwasan ko ang paglabas ng aking medical record para sa reimbursement purposes, kailangan kong magbigay ng napapanahong written notice sa SFDPH/SFHN.
- E. Pagtatalaga ng mga Benepisyo:** I assign at pahintulutan ang direktang pagbabayad sa SFDPH / SFHN at sa San Francisco Medical Group para sa lahat ng mga benepisyo sa seguro na babayaran para sa outpatient, klinika, kalusugan ng pag uugali o pag ospital. Sumasang ayon ako na ang pagbabayad ng kompanya ng seguro alinsunod sa awtorisasyon na ito ay dapat maglabas ng obligasyon ng kompanya ng seguro sa lawak ng naturang pagbabayad. Nauunawaan ko na ako ay may pananagutan sa pananalapi para sa mga singil na hindi binabayaran ayon sa assignment na ito.
- F. Medi-Cal/Medicare Parts A & B:** Pinatutunayan ko na tama ang anumang impormasyong ibinigay sa pag-aaplay para sa mga benepisyo ng mga programang MEDI-CAL o MEDICARE. Pinahihintulutan ko ang paglabas ng anumang impormasyon na kinakailangan upang kumilos sa application na ito. Hinihiling ko na ang pagbabayad ng anumang mga benepisyo ay ginawa sa aking ngalan sa SFDPH / SFHN at sa San Francisco Medical Group at sumasang ayon na magbayad ng anumang natitirang mga singil na kung saan ako ay legal na responsable.
- G. Awtorisadong Kinatawan:** Pinahihintulutan ko ang SFDPH/SFHN, sa halalan nito ngunit walang obligasyon, na kumatawan sa akin hinggil sa anumang aplikasyon at apela para sa pagiging karapat dapat at benepisyo na may kaugnayan sa Medicare, MEDICAL, California Children Services, Victims of Crimes, o iba pang mga programa na nagbibigay ng mga benepisyo na may kaugnayan sa mga serbisyong naibigay sa pasilidad ng SFDPH/SFHN.
- H. Lien Laban sa mga Third Party:** Sa kaganapan na ako ay maghain ng dahilan ng pagkilos sa isang hukuman o igiit ang isang paghahabol laban sa ibang partido na nagsasabing ang anumang bahagi ng mga serbisyo ng outpatient o pagpapaospital ay kinakailangan ng maling pag uugali ng iba, sumasang ayon ako na magbigay ng abiso ng naturang kaso sa Bureau of Delinquent Revenue Collection sa Tax Collector Office tulad ng itinatadhana sa San Francisco Health Code Section 124.5 upang mapadali ang

San Francisco Department of Public Health
SF Health Network
PAHINTULOT PARA SA PAGGAMOT
MGA TUNTUNIN AT KUNDISYON
CONSENT FOR TREATMENT TERMS AND CONDITIONS

Name:
 DOB: Label
 MRN:

pagpapatupad ng ang cost reimbursement lien na itinatag ng San Francisco Health Code Section 124. Kinikilala ko na ang gastos ng serbisyo sa ilalim ng mga pangyayaring nakasaad dito ay isang kasinungalingan sa anumang pinsala na nakuha ko, maging sa pamamagitan ng paghatol, pag aayos, o kompromiso.

- I. **Obligasyon sa Plano ng Kalusugan:** Ang SFDPH / SFHN ay nagpapanatili ng isang listahan ng mga plano sa serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na kung saan ito ay nakikipagkontrata. Ang listahan ng mga naturang plano ay magagamit kapag hiniling mula sa financial office. Ang SFDPH / SFHN ay walang kontrata, ipinahayag o ipinahiwatig, na may anumang plano na hindi lumilitaw sa listahan. Sumasang ayon ako na bayaran ang buong singil ng lahat ng mga serbisyo na ibinigay sa akin ng SFDPH / SFHN kung kabilang ako sa isang plano na hindi lumilitaw sa nabanggit na listahan. Ang mga provider, manggagamot at siruhano ay maaaring magsingil nang hiwalay para sa kanilang mga serbisyo. Responsibilidad ko na alamin kung ang provider/physicians na nagbibigay ng serbisyo sa akin ay nakikipagkontrata sa aking health plan, kung mayroon man.

- J. **Saklaw ng Kalusugan, Pag aalaga sa Kawanggawa at Tulong sa Programa ng Pagbabayad ng**

Diskwento: Ang SFDPH/SFHN ay nagbibigay ng tulong sa application ng health coverage sa mga uninsured at underinsured clients/ residents/patients upang makatulong na masakop ang gastos ng mga serbisyo. Ang mga Kliyente, Residente, Pasyente ay maaaring maging karapat dapat para sa mga programa na kinabibilangan ng: (1) Medi Cal, na nagbibigay ng libre o mababang halaga na segurong pangkalusugan sa mga karapat dapat na residente ng California na may limitadong kita, (2) Presumptive Eligibility Medi Cal, na nagbibigay ng agarang access sa pansamantalang, walang gastos na mga serbisyo ng Media Cal habang ang mga indibidwal ay nag aaplay para sa permanenteng Medi Cal, (3) Malusog na San Francisco, isang abot kayang programa sa pag access sa pangangalagang pangkalusugan para sa mga residente ng San Francisco, (4) San Francisco County Sliding Scale Program, ang programa ng tulong medikal ng county para sa mga residente ng San Francisco, at (5) Covered CA, na siyang health insurance marketplace ng estado kung saan ang mga residente ng California ay maaaring mamili para sa mga plano sa kalusugan at ma access ang tulong pinansyal. Ang tulong sa aplikasyon para sa mga programang ito ay makukuha sa pamamagitan ng pagkontak sa Patient Access Enrollment Office sa (628) 206-7800. Nag aalok din ang San Francisco Health Network (SFHN) ng mga programa ng Charity Care at Discount Payment sa mga kliyente, residente, pasyente na hindi kayang bayaran ang gastos ng mga serbisyo at nakipagtulungan sa pagbibigay o pagtugis ng lahat ng coverage ng third party. Ang patakaran sa Charity Care and Discount Payment ay matatagpuan sa website ng Laguna Honda Hospital sa <https://lagunahondahospital.org/> para sa buong mga kinakailangan sa pagiging karapat dapat. Ang tulong sa aplikasyon ay makukuha sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa Patient Financial Service Office sa (415) 682-5683 o sa pamamagitan ng MyChart patient portal. Ang Health Consumer Alliance (<https://healthconsumer.org/>) ay nagbibigay ng tulong sa saklaw ng kalusugan. Ang Bay Area Legal Aid (<https://baylegal.org/>) ay nagbibigay ng tulong sa consumer at legal na kalusugan. May iba pang mga organisasyon na makakatulong sa mga kliyente, residente, pasyente na maunawaan ang proseso ng pagsingil at pagbabayad. Ang chargemaster ng mga serbisyong shoppable (na isang listahan ng mga item na maaaring singilin sa isang kliyente, residente, pasyente) ay matatagpuan sa website ng State of California Department of Health Care Access Information (HCAI) sa <https://hcai.cagov/>.

IV. MGA TUNTUNIN PARA SA MGA INPATIENT LAMANG

- A. **Mga Order ng Provider:** Sumasang ayon ako na ang mga medikal na paggamot na pinangangasiwaan sa ospital ay limitado sa mga inireseta ng isang provider o surgeon na miyembro ng Medical Staff ng ospital.

San Francisco Department of Public Health
SF Health Network
PAHINTULOT PARA SA PAGGAMOT
MGA TUNTUNIN AT KUNDISYON
CONSENT FOR TREATMENT TERMS AND CONDITIONS

Name: _____
 DOB: _____ Label
 MRN: _____

- B. **Nursing Care:** Ang ospital ay nagbibigay lamang ng pangkalahatang pangangalaga at pangangalaga sa pag aalaga na iniutos ng manggagamot / tagapagbigay ng mga miyembro ng mga medikal na kawani. Kung gusto ko ng private duty nurse, agree ako na gumawa ng ganyang arrangements. Ang ospital ay hindi mananagot para sa kabiguan na magbigay ng isang pribadong duty nurse at sa pamamagitan nito ay inilabas mula sa anumang at lahat ng pananagutan na nagmumula sa katotohanan na ang ospital ay hindi nagbibigay ng karagdagang pangangalaga na ito.
- C. **Manatili Sa Nursing Unit:** Agree ako na manatili sa unit/hospital. Naiintindihan ko na kung pipiliin kong iwan ang unit/hospital na walang kasamang hospital staff, nang walang pahintulot ng nursing staff o physician orders, na maaari akong ma discharge sa ospital.
- D. **Mga Personal na Mahahalagang Bagay:** Ang pananagutan sa ospital para sa pagkawala ng anumang personal na ari arian na naideposito sa ospital para sa safekeeping ay limitado sa batas sa limang daang dolyar (\$ 500.00) maliban kung makatanggap ako ng nakasulat na resibo para sa mas malaking halaga mula sa ospital. Ang mga damit at iba pang personal na gamit ay itatapon kung hindi ihahabol sa loob ng tatlong (30) araw mula sa discharge mula sa ospital.

SERTIPIKASYON

Pinatutunayan ko dito na nabasa ko ang nabanggit at nakatanggap ako ng kopya. Ako ang kliyente, pasyente, residente, o legal na kinatawan, o pinahihintulutan ng tao na lagdaan ang nasa itaas at tanggapin ang mga tuntunin nito para sa kanya.

Petsa _____ Oras na _____

Lagda ng Kliyente/Pasyente/Residente: _____

Pangalan ng Naka print na Kliyente / Pasyente / Residente: _____

Lagda ng Kliyente, Pasyente o legal na Kinatawan _____

Kliyente, Pasyente o legal na Kinatawan Naka print na Pangalan: _____

Tumanggi sa Lagda Pisikal na Hindi Makalagda

Kung pinirmahan ng ibang tao maliban sa kliyente/residente/pasyente, ipahiwatig

Relasyon _____ Petsa ng Kapanganakan _____

Lagda ng mga Saksi: _____ Pangalan na Nakalimbag: _____ Petsa / Oras _____

Lagda ng mga Saksi: _____ Pangalan na Nakalimbag: _____ Petsa / Oras _____

Interpreter Language: _____ Interpreter ID # _____ Signature if present: _____

Advance Directives: SFDPH/SFHN honors client/resident/patients' wishes regarding treatment decisions hangga't maaari. Hinihikayat ng SFDPH/SFHN ang mga indibidwal na ipaalam ang kanilang mga kagustuhan sa pangangalagang pangkalusugan sa kanilang mga tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan at sa mga maaaring magkaroon ng mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan para sa kanila kung sila ay magiging walang kakayahan. Hindi nagdidiskrimina ang SFDPH/SFHN sa isang indibidwal batay sa kung ang indibidwal ay nagpatupad ng isang Advance Directive. Kung ang isang Advance Directive ay naisagawa, ang naka sign sa ilalim ay responsable para sa pagbibigay ng isang kopya ng Advance Directive sa SFDPH / SFHN para sa pagsasama sa medikal na talaan.

Mayroon ka bang Advance Directive para sa Pangangalaga sa Kalusugan Oo nga Hindi

Nabatid sa akin na responsibilidad ko na ilahad ang Direktibang ito sa SFDPH/SFHN bilang permanenteng bahagi ng tsart

Nakatanggap ako ng impormasyon tungkol sa Advance Directives.

Tumanggi akong tumanggap ng impormasyon tungkol sa mga Advance Directive sa oras na ito.

SA KAHILINGAN, ANG KOPYA NG DOKUMENTONG ITO AY IBIBIGAY SA KLIYENTE, PASYENTE, RESIDENTE O SINUMANG PUMIRMA SA DOKUMENTONG ITO.