



T-AD0014

<p>San Francisco Department of Public Health SF Health Network</p> <p align="center">СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ ПРАВИЛА И УСЛОВИЯ</p> <p align="center">CONSENT FOR TREATMENT TERMS AND CONDITIONS</p>	Name: DOB: L MRN:
--	-------------------------

I. ОБЩЕЕ СОГЛАСИЕ

A. Согласие на клинические, медицинские услуги и хирургическое лечение: Я даю согласие на лечение, которое может произойти во время встречи. Они могут включать, помимо прочего, клинические контакты, услуги по охране психического здоровья, услуги по охране здоровья на дому/на дому, неотложное лечение или услуги, лабораторные процедуры, рентгенологические исследования, медицинское или хирургическое лечение или процедуры, уход, облегченный телекоммуникационными технологиями («телемедицина»), анестезию или больничные услуги, предоставляемые мне в соответствии с общими и специальными инструкциями врача или хирурга. Я понимаю, что практика клинической и поведенческой медицины и хирургии не является точной наукой, и что диагностика и лечение могут быть связаны с риском травмы или даже смерти. Я признаю, что мне не было дано никаких гарантий относительно результата обследования или лечения.

Родильные пациенты: Если я принимаю роды, будучи пациентом этой больницы, я соглашаюсь с тем, что к младенцу (младенцам) применяются те же условия госпитализации.

B. Фото/видеосъемка: Я даю согласие на фотосъемку, видеозаписи и записи, необходимые для идентификации, для документирования процессов диагностики и лечения, а также для документирования травм, полученных в результате травмы. Кроме того, я даю согласие на использование таких фотографий, видеокассет и записей для оказания медицинской помощи, повышения качества, обучения и возмещения расходов. (могут быть исключения для Услуг по охране психического здоровья)

C. Учебное, научно-исследовательское и медицинское учреждение: Департамент программ общественного здравоохранения Сан-Франциско, клиники, больница общего профиля Цукерберга в Сан-Франциско, больница Лагуна Хонда и связанные с ними программы являются учебными, исследовательскими и медицинскими учреждениями. Я понимаю, что ординаторы, интерны, студенты-медики, студенты вспомогательных медицинских специальностей (например, сестринское дело, рентген, реабилитационная терапия), аспиранты и другие стажеры и приглашенные профессора могут наблюдать, обследовать, лечить и участвовать по просьбе и под наблюдением лечащих врачей/врачей, находящихся под моим наблюдением. Я также понимаю, что институциональный наблюдательный совет одобряет проекты, проводимые исследователями, в соответствии с законодательством штата и федеральным законодательством. В результате я понимаю, что со мной могут связаться и попросить принять участие в научных исследованиях, но я не обязан это делать. Мое решение об участии или отказе не повлияет на мою способность получить медицинскую помощь.

D. Использование медицинской информации и образцов для отчетности: Я понимаю, что моя медицинская информация, фотографии и/или видео в любой форме могут быть использованы для других целей Департамента общественного здравоохранения Сан-Франциско (SFDPH)/Сети здравоохранения Сан-Франциско (SFHN), таких как повышение качества, безопасность пациентов и образование. Я также понимаю, что моя медицинская информация, а также ткани, жидкости, клетки и другие образцы (совместно именуемые «Образцы»), которые SFDPH/SFHN может собирать в ходе моего лечения и ухода, могут быть использованы и переданы исследователям, и любое такое использование будет соответствовать законам штата и федеральным законам, включая все законы и нормативные акты, регулирующие конфиденциальность пациентов, как написано в Уведомлении о политике конфиденциальности. Я понимаю, что в соответствии с законодательством штата Калифорния у меня нет никаких прав на какие-либо коммерчески полезные продукты, которые могут быть разработаны на основе таких исследований.

E. Я понимаю, что если у меня диагностировано заболевание в Калифорнии, включая, помимо прочего, рак, ВИЧ, заболевания, передающиеся половым путем, судороги, туберкулез, вирусный менингит или другие диагнозы, о которых можно сообщить, DPH по закону обязано сообщить о моем диагнозе в государственные организации, такие как Департамент здравоохранения штата или Центр по контролю и

**СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ
ПРАВИЛА И УСЛОВИЯ**

CONSENT FOR TREATMENT TERMS AND CONDITIONS

Name:

DOB:

Label

MRN:

профилактике заболеваний. О предполагаемом жестоком обращении с детьми, пожилыми людьми и теми, кто может причинить вред себе или другим, по закону необходимо сообщать в службы защиты. SFDPH также сообщает об иммунизации и тестах на туберкулез в Калифорнийский реестр иммунизации, как того требует закон. Если вы не хотите, чтобы эта информация об иммунизации передавалась другим поставщикам медицинских услуг, вы можете обратиться в cairweb.org регистратуры CAIR или в службу поддержки по телефону 1-800-578-1889

- F. История приема лекарств:** Я согласен с тем, что SFDPH/SFHN может получить электронный доступ к моей истории приема лекарств из внешних аптек и записать эту информацию в мою медицинскую карту, если я своевременно не предоставлю SFDPH письменное уведомление о своем возмущении. Я понимаю, что SFDPH/SFHN может использовать программное обеспечение для поиска в компьютерных базах данных внешних аптек и менеджеров по аптечным льготам с целью получения моей истории приема лекарств и принятия решения относительно моего лечения.
- G. Меры предосторожности в отношении веществ, связанных с веществами в организме:** Я понимаю, что медицинские работники SFDPH/SFHN обязаны соблюдать строгие меры предосторожности в отношении веществ в организме во всех мероприятиях по уходу за пациентами/клиентами/резидентами, чтобы защитить как пациентов/клиентов/резидентов, так и персонал от инфекций. Таким образом, медицинские работники не обязаны проходить тестирование на наличие патогенов, передающихся через кровь.
- H. Согласие на отправку сообщений по электронной почте и текстовых сообщений:** Я даю согласие на отправку мне напоминаний о встрече с помощью текстовых сообщений/электронной почты или уведомлений MyChart с пониманием того, что я могу **отказаться** от них в любое время. Я понимаю, что если я отправлю электронное письмо или текстовое сообщение поставщикам услуг и другим лицам, участвующим в моем лечении, они не смогут ответить мне тем же методом, который я использовал, из-за защищенной конфиденциальной информации. Я понимаю, что текстовые сообщения и электронная почта от любого отправителя могут быть небезопасными способами связи, так как незашифрованные сообщения могут быть перехвачены.
- I. Обмен медицинской информацией:** Я понимаю, что моя информация будет доступна в защищенной сети, такой как Epic CareEverywhere, если я не **откажусь от нее**. Этот обмен позволяет уполномоченным поставщикам/организациям медицинских услуг и специалистам, участвующим в моем лечении, координации ухода, улучшении качества и деятельности, связанной с управлением или оплатой, получить доступ к моим медицинским записям, чтобы предоставить мне наиболее информированное и качественное медицинское обслуживание.
- J. Координация медицинского обслуживания:** Я даю согласие на раскрытие и использование моей медицинской информации поставщиками услуг в рамках SFDPH/SFHN, а также между SFDPH/SFHN, ее аффилированными лицами и поставщиками услуг по контракту в целях координации медицинского обслуживания. Передаваемая медицинская информация может включать, помимо прочего: медицинскую, хирургическую, аллергическую, стоматологическую, зрительную, слуховую, пищевую, отказную от табака, лабораторные исследования, развитие и психическое здоровье, которые могут быть необходимы для моего лечения.
- K. Конфиденциальность - Номер социального страхования:** В соответствии с Федеральным законом о неприкосновенности частной жизни 1974 года настоящим уведомляем вас о том, что если у вас есть номер социального страхования, раскрытие вашего номера социального страхования является обязательным. Он используется для проверки вашей личности в медицинском обслуживании и платежной системе. Раскрытие номера социального страхования требуется в соответствии с правилом 4, раздел 404.1256, Свод

**СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ
ПРАВИЛА И УСЛОВИЯ**

CONSENT FOR TREATMENT TERMS AND CONDITIONS

Name:

DOB:

Label

MRN:

федеральных нормативных актов, в соответствии с разделом 218, раздел II, Закона о социальном обеспечении, с поправками.

II. СТАНДАРТЫ ПОВЕДЕНИЯ

- A. Политика SFDPH/SFHN: Я согласен соблюдать все правила SFDPH/SFHN в отношении моего поведения в помещениях SFDPH/SFHN или в присутствии сотрудников DPH.**
- B. Среда, свободная от табачного дыма: Я признаю, что SFDPH/SFHN является средой, свободной от табачного дыма, и соглашаюсь не курить ни в одном из своих зданий, на территории SFDPH/SFHN или в присутствии сотрудников DPH.**
- C. Безопасная среда для ухода за пациентами: Запрещены алкогольные напитки, запрещенные наркотики или огнестрельное оружие: Я соглашаюсь не приносить алкогольные напитки, запрещенные наркотики, огнестрельное оружие или другое опасное оружие на территорию SFDPH/SFHN или в присутствии сотрудников DPH. Я согласен с тем, что мои личные вещи могут быть обысканы надлежащим образом уполномоченным персоналом SFDPH/SFHN, Департамента полиции Сан-Франциско или Департамента шерифа Сан-Франциско.**

III. ФИНАНСОВЫЕ УСЛОВИЯ

- A. Соглашение о возмещении расходов SFDPH/SFHN: Я соглашаюсь оплатить полную стоимость медицинских услуг, предоставляемых применимыми федеральными законами и законами штата, постановлениями, резолюциями и распоряжениями города и округа Сан-Франциско, включая, помимо прочего, Муниципальный кодекс Сан-Франциско, часть I, глава V. Статья 3 (Кодекс здоровья). Я согласен разрешить SFDPH/SFHN исследовать и проверять любую личную и/или финансовую информацию, предоставленную в поддержку моего запроса на услуги и любого заявления на получение социальных пособий. Настоящим я свободно и добровольно отказываюсь от срока исковой давности права SFDPH/SFHN на установление права удержания моего имущества или любых действий в судах штата Калифорния для взыскания расходов на такие услуги, как стационарное лечение, амбулаторные услуги и профессиональные услуги. Я понимаю, что буду получать сообщения и звонки от имени SFDPH/SFHN по указанным номерам, включая номер мобильного телефона и адрес электронной почты, указанные при регистрации. Способы связи могут включать использование предварительно записанных/искусственных голосовых сообщений и/или использование устройства автоматического набора, в зависимости от обстоятельств. Я уполномочиваю SFDPH/SFHN осуществлять все возвраты, вытекающие из любых расходов, понесенных мной или лицами, за которых я являюсь ответственной стороной.**
- B. Отношения между поставщиками SFDPH/SFHN и UCSF: Я понимаю, что поставщики, врачи и хирурги, как в стационарных, амбулаторных условиях (включая психическое здоровье), так и радиологи, патологоанатомы, поставщики неотложной помощи, анестезиологи и другие, не являются сотрудниками или агентами больницы или SFDPH/SFHN. Эти поставщики могут выставять отдельные счета за профессиональные услуги под коммерческим названием San Francisco Medical Group. Врачи (MD, DO) лицензированы и регулируются Медицинским советом Калифорнии. Чтобы проверить лицензию или подать жалобу, перейдите по ссылке www.mbc.ca.gov, email: licensecheck@mbc.ca.gov**
- C. Соглашение о возмещении расходов San Francisco Medical Group: Я соглашаюсь с тем, что в обмен на услуги, предоставляемые любыми поставщиками, врачами, хирургами или стоматологами, я буду платить по обычным ставкам за все профессиональные гонорары, за которые я несу ответственность. Я согласен разрешить San Francisco Medical Group исследовать**

**СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ
ПРАВИЛА И УСЛОВИЯ**

CONSENT FOR TREATMENT TERMS AND CONDITIONS

Name:

DOB:

Label

MRN:

и проверять любую личную и финансовую информацию, предоставленную в поддержку запроса на услуги и для любого заявления на получение социальных пособий. Настоящим я свободно и добровольно отказываюсь от срока исковой давности права San Francisco Medical Group заявить о залоговом праве на мое имущество или начать любой иск в судах штата Калифорния для взыскания расходов на профессиональные услуги.

База данных Open Payments — это федеральный инструмент, используемый для поиска платежей, сделанных компаниями-производителями лекарств и оборудования поставщикам медицинских услуг и учебным больницам. Его можно найти по адресу <https://openpaymentsdata.cms.gov>

- D. Разглашение информации для возмещения:** Я согласен с тем, что в той мере, в какой это необходимо для определения ответственности за оплату и получения возмещения, SFDPH/SFHN может раскрывать части моей медицинской карты любому физическому или юридическому лицу, которое несет или может нести ответственность за все или любую часть расходов SFDPH/SFHN, включая, помимо прочего, страховые компании, организации, проводящие проверку страховых компаний, планы медицинского обслуживания или компании, предоставляющие компенсации работникам. Я понимаю, что моя медицинская карта может быть просмотрена подрядчиком или представителем такого лица или корпорации. Я также понимаю, что для того, чтобы предотвратить разглашение моей медицинской карты в целях возмещения, я должен своевременно уведомить SFDPH/SFHN в письменной форме.
- E. Назначение пособий:** Я назначаю и санкционирую прямую выплату SFDPH/SFHN и San Francisco Medical Group всех страховых выплат, выплачиваемых за амбулаторные, клинические, психические заболевания или госпитализацию. Я согласен с тем, что выплата страховой компании в соответствии с этим разрешением должна выполнить обязательство страховой компании в пределах такой выплаты. Я понимаю, что несу материальную ответственность за расходы, не оплаченные в соответствии с этим заданием.
- F. Части А и В программы Medi-Cal/Medicare:** Я подтверждаю, что любая информация, предоставленная при подаче заявления на получение льгот по программам MEDI-CAL или MEDICARE, является правильной. Я разрешаю разглашение любой информации, необходимой для принятия мер по этому заявлению. Я прошу, чтобы выплата любых пособий была произведена от моего имени SFDPH/SFHN и San Francisco Medical Group, и соглашаюсь оплатить любые оставшиеся расходы, за которые я несу юридическую ответственность.
- G. Уполномоченный представитель:** Я уполномочиваю SFDPH/SFHN при его избрании, но без каких-либо обязательств, представлять меня в отношении любого заявления и апелляции о праве и льготах, связанных с Medicare, MEDICAL, California Children Services, Victims of Crimes или другими программами, предоставляющими льготы, связанные с услугами, предоставляемыми в учреждении SFDPH/SFHN.
- H. Залог против третьих лиц:** В случае, если я подаю иск в суд или подаю иск против другой стороны, утверждая, что какая-либо часть амбулаторных услуг или госпитализации была вызвана неправомерным поведением другого лица, я соглашаюсь уведомить о таком случае Бюро по взысканию просроченных доходов в Управлении по сбору налогов, как это предусмотрено в разделе 124.5 Кодекса здравоохранения Сан-Франциско, чтобы облегчить исполнение залог на возмещение расходов, установленный разделом 124 Кодекса здравоохранения Сан-Франциско. Я признаю, что стоимость услуг при обстоятельствах, изложенных в настоящем документе, является залоговым правом на любой ущерб, взысканный мною, будь то по судебному решению, урегулированию или компромиссу.

**СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ
ПРАВИЛА И УСЛОВИЯ**

CONSENT FOR TREATMENT TERMS AND CONDITIONS

Name:

DOB:

Label

MRN:

- I. **Обязательство по плану медицинского страхования:** SFDPH/SFHN ведет список планов медицинского обслуживания, с которыми он заключает контракты. Список таких планов можно получить по запросу в финансовом офисе. SFDPH/SFHN не имеет контракта, явного или подразумеваемого, с каким-либо планом, который не фигурирует в списке. Я согласен оплатить полную стоимость всех услуг, предоставленных мне SFDPH/SFHN, если я принадлежу к плану, который не указан в вышеупомянутом списке. Поставщики медицинских услуг, врачи и хирурги могут выставлять счета за свои услуги отдельно. Я несу ответственность за определение того, заключает ли поставщик медицинских услуг/врачи, предоставляющие мне услуги, контракт с моим планом медицинского страхования, если таковой имеется.
- J. **Помощь в программе медицинского страхования, благотворительной помощи и скидок:** SFDPH/SFHN предоставляет помощь в подаче заявления на медицинское страхование незастрахованным и недостаточно застрахованным клиентам/резидентам/пациентам, чтобы помочь покрыть стоимость услуг. Клиенты, резиденты, пациенты могут иметь право на участие в программах, которые включают: (1) Medi-Cal, которая предоставляет бесплатное или недорогое медицинское страхование жителям Калифорнии с ограниченным доходом, (2) Medi-Cal, которая обеспечивает немедленный доступ к временным, бесплатным услугам Medi-Cal, пока люди обращаются за постоянными Medi-Cal, (3) Healthy San Francisco, программа доступного доступа к медицинскому обслуживанию для жителей Сан-Франциско, (4) San Francisco County Sliding Scale Program, окружная программа медицинской помощи для жителей Сан-Франциско, и (5) Covered CA, которая представляет собой рынок медицинского страхования штата, где жители Калифорнии могут покупать планы медицинского страхования и получать доступ к финансовой помощи. Помощь в подаче заявления на участие в этих программах можно получить, связавшись с Отделом регистрации пациентов по телефону (628) 206-7800. Сеть здравоохранения Сан-Франциско (SFHN) также предлагает программы благотворительной помощи и скидок для клиентов, резидентов, пациентов, которые не могут позволить себе стоимость услуг и которые сотрудничали с предоставлением или стремлением к страховому покрытию третьей стороны. Политика благотворительной помощи и оплаты скидок размещена на Laguna Honda Hospital по адресу <https://lagunahondahospital.org/>, где приведены полные требования к кандидатам. Помощь в подаче заявления можно получить, связавшись с Отделом финансовой поддержки пациентов по телефону (415) 682-5683 или через портал для пациентов MyChart. Альянс потребителей медицинских услуг (<https://healthconsumer.org/>) оказывает помощь в медицинском страховании. Bay Area Legal Aid (<https://baylegal.org/>) предоставляет медицинскую и юридическую помощь. Есть и другие организации, которые помогут клиентам, жителям, пациентам разобраться в процессе выставления счетов и оплаты. Плата за покупные услуги (которая представляет собой список товаров, которые могут быть выставлены клиенту, резиденту, пациенту) находится на веб-сайте Департамента здравоохранения штата Калифорния (HCAI) по адресу <https://hcai.cagov/>.

IV. УСЛОВИЯ ТОЛЬКО ДЛЯ СТАЦИОНАРНЫХ ПАЦИЕНТОВ

- A. **Распоряжения поставщика:** Я согласен с тем, что медицинские процедуры, проводимые в больнице, будут ограничены теми, которые назначены врачом или хирургом, который является членом медицинского персонала больницы.
- B. **Сестринский уход:** Больница предоставляет только общий сестринский уход и уход, назначенный врачом/поставщиком медицинских услуг. Если мне нужна частная дежурная медсестра, я соглашаюсь на это. Больница не несет ответственности за непредоставление частной

San Francisco Department of Public Health SF Health Network СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ ПРАВИЛА И УСЛОВИЯ CONSENT FOR TREATMENT TERMS AND CONDITIONS	Name: DOB: Label MRN:
---	-----------------------------

дежурной медсестры и настоящим освобождается от любой ответственности, возникающей в связи с тем, что больница не предоставляет эту дополнительную помощь.

- C. **Оставаться в отделении сестринского ухода:** Я согласен остаться в отделении/больнице. Я понимаю, что если я сделаю решение покинуть отделение/больницу без сопровождения персонала больницы, без разрешения медсестер или предписаний врача, я могу быть выписан из больницы.
- D. **Личные ценности:** Ответственность больницы за потерю любого личного имущества, сданного на хранение в больницу, ограничена законом пятьюстами долларами (500,00 долларов США), если я не получу письменную квитанцию на большую сумму от больницы. Одежда и другие личные вещи будут утилизированы, если они не будут востребованы в течение тридцати (30) дней после выписки из больницы.

СЕРТИФИКАЦИЯ

Настоящим я подтверждаю, что прочитал вышеизложенное и получил копию. Я являюсь клиентом, пациентом, резидентом или законным представителем, или иным образом уполномочен физическим лицом подписывать вышеуказанное и принимать его условия от его/ее имени.

Дата	Время
Подпись клиента/пациента/резидента:	
Напечатанное имя клиента/пациента/резидента:	
Подпись клиента, пациента или законного представителя	
Имя клиента, пациента или законного представителя:	
<input type="checkbox"/> Отказались подписывать	<input type="checkbox"/> Физически невозможно подписать документ
Если подпись подписана кем-либо, кроме клиента/резидента/пациента, укажите	
Связь	Дата рождения
Подпись свидетеля:	Печатное имя: Дата/Время
Подпись свидетеля:	Печатное имя: Дата/Время
Interpreter Language:	Interpreter ID # Signature if present:

Предварительные распоряжения: SFDPH/SFHN уважает пожелания клиентов/резидентов/пациентов в отношении решений о лечении, когда это возможно. SFDPH/SFHN призывает людей сообщать о своих предпочтениях в отношении медицинского обслуживания своим поставщикам медицинских услуг и тем, кто, возможно, будет вынужден принимать решения о медицинском обслуживании за них, если они станут недееспособными. SFDPH/SFHN не дискриминирует физическое лицо на основании того, выполнило ли данное лицо предварительную директиву. Если Предварительное распоряжение было исполнено, нижеподписавшийся несет ответственность за предоставление копии Предварительного распоряжения в SFDPH/SFHN для включения в медицинскую карту.

Есть ли у вас предварительное распоряжение о медицинском обслуживании? Да Нет

- Я был проинформирован о том, что я несу ответственность за то, чтобы представить эту Директиву SFDPH/SFHN в качестве постоянной части таблицы
- Я получил информацию о предварительных распоряжениях.
- В настоящее время я отказываюсь получать информацию о предварительных распоряжениях.

ПО ЗАПРОСУ КОПИЯ ЭТОГО ДОКУМЕНТА БУДЕТ ПЕРЕДАНА КЛИЕНТУ, ПАЦИЕНТУ, РЕЗИДЕНТУ ИЛИ ЛЮБОМУ ЛИЦУ, ПОДПИСАВШЕМУ ЭТОТ ДОКУМЕНТ.