

## شروط الإدخال إلى العيادات وزيارتها

## CONDITIONS OF ADMISSION / CLINIC VISIT (ARABIC)

**الموافقة الطبية:** أوافق على الإجراءات والعلاجات التي قد أخضع لها / يخضع لها المريض أثناء البقاء مُرفقًا داخل المستشفى / العيادة، والتي قد تتضمن فحوصًا بدنية، وفحوصًا مختبرية وغير مختبرية، وأشعة سينية، وتسكين للألام، وتمريض روتيني / بسيط، وخدمات جراحية وطبية أخرى، وإجراءات وعلاجات وخدمات الرعاية الصحية عن بُعد. أفهم أنني أوافق على تلقي الرعاية في مستشفى / عيادة تملكها وتديرها مقاطعة لوس أنجلوس وأن المستشفيات / العيادات التي تديرها مقاطعة لوس أنجلوس قد تكون منشآت تعليمية، وبالتالي أفهم وأوافق على أن أطباء الامتياز، والأطباء المقيمين، وأطباء الزمالة الذين يشرف عليهم طبيب مُعالج قد يعتنون بي / بالمريض. أفهم وأوافق على أنني قد أتلقى الرعاية من طبيب لا يحمل شهادة طبيب وجراح لكنه مؤهل ومعتمد من مجلس كاليفورنيا الطبي لتقديم الرعاية في برنامج خاص بصفته أستاذًا زائرًا أو عضو هيئة تدريس. كما أوافق على أن طلاب الطب، وطلاب طب الأسنان، وطلاب التمريض، وأي طلاب آخرين تعتمدهم المستشفى / العيادة قد يساعدون في رعايتي أو ملاحظتي / رعاية المريض أو ملاحظته. أوافق على أنه يجوز للمستشفى / العيادة استخدام أي نسيج، أو عضو، أو مادة، أو أي جزء آخر قد يُستأصل من جسمي / جسم المريض والتخلص منه.

**الصور / الفيديو / الصوت:** أوافق على أنه قد يتم التقاط صور ثابتة، أو مقاطع فيديو، أو أي صور أو تسجيلات صوتية أخرى لي / للمريض لاستخدامها في أغراض علاجية وعمليات للرعاية الصحية لإدارة الخدمات الصحية، وتتضمن هذه الأغراض مراجعة الزملاء، وتحسين الجودة، والتدريب والتعليم. أفهم أن قانون ولاية كاليفورنيا يلزمني بعدم التصوير أو التسجيل لأحد موظفي المستشفى / العيادة دون إذن منه كما لا يجوز لي مشاركة مقطع فيديو، أو صورة، أو تسجيل لأي من موظفي المستشفى / العيادة دون إذنه.

**قواعد المستشفى / العيادة:** أوافق على أن أتبع / يتبع المريض القواعد وأقبل أن يكون المدير الإداري / مدير المستشفى / العيادة هو من يقرر منفردًا مدى الالتزام بقواعد المستشفى / العيادة. أوافق على أنه إذا أخفقت أنا / المريض في اتباع القواعد، فقد يُطلب مني / من المريض العودة إلى المنزل أو الخروج من المستشفى / العيادة.

**الرعاية التمريضية:** أفهم وأوافق على أن المستشفى / العيادة تقدم رعاية تمريضية عامة فقط ما لم أحصل، بناءً على أوامر من طبيبي / طبيب المريض، على رعاية تمريضية أكثر تركيزًا.

**المريضات الحوامل:** إذا ولدت طفلًا (أطفالًا) خلال فترة رقدتي داخل هذه المستشفى / العيادة، أوافق على أن تنطبق شروط الترخيد هذه علي/ عليهم.

**الإفصاح عن المعلومات:** أفهم أن المعلومات الصحية الخاصة بي / بالمريض محمية بموجب قانون الولاية والقانون الفيدرالي. لذا يجب التوقيع على استمارة منفصلة للمستشفى / العيادة لاستخدام المعلومات الصحية الخاصة بي / بالمريض ما لم ينص القانون على السماح بهذا.

**استخدام معلومات المريض لسداد مقابل خدمات المستشفى / العيادة:** أوافق على أنه يجوز للمستشفى / العيادة مشاركة أي جزء من سجلاتي / سجلات المريض، ويتضمن هذا السجل الطبي، مع جهة مسؤولة عن دفع فاتورة المستشفى / العيادة قد تكون شركة تأمين، أو خطة رعاية صحية، أو شركة تعويض عمال. إذا كان المريض يُعالج من إدمان الكحول أو المخدرات، أو فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز، أو مشاكل صحة نفسية، فقد يتطلب الأمر إذنًا خاصًا لمشاركة هذه المعلومات.

**الموافقة المالية:** أفهم وأوافق على أنني المسؤول عن دفع تكاليف المستشفى / العيادة إذا لم يكن لدى المريض تأمين، بالأسعار والشروط العادية للمستشفى / العيادة. إذا لم أدفع الفاتورة وانتقل الأمر إلى إجراءات التحصيل القانونية، أوافق على دفع أتعاب المحامي ونفقات التحصيل. إذا تأخر حسابي، أوافق على تحمّل الفائدة بالسعر القانوني.

**برنامج ميديكال (MEDI-CAL) / ميديكير (MEDICARE):** إذا قمت بتعبئة استمارات برنامج ميديكال (Medi-Cal) أو ميديكير (Medicare)، فإنني أوافق على تعبئتها بصدق والكشف عن المعلومات المطلوبة بها لإكمال هذا الطلب. أوافق على السماح بالدفع مباشرة إلى إدارة الخدمات الصحية و/أو إدارة الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس. أوافق على دفع أي رسوم متبقية أتحمل مسؤوليتها بموجب القانون. أوافق على دفع أي رسوم متبقية أتحمل مسؤوليتها بموجب القانون. أوافق على دفع أي رسوم متبقية لم تدفعها شركة التأمين.

**التنازل عن المنافع التأمينية:** أوافق على السماح لشركة تأمين المريض بالدفع لمقاطعة لوس أنجلوس مباشرة ويشمل هذا المجموعات الطبية التابعة بالمقاطعة. أوافق على دفع أي رسوم متبقية لم تدفعها شركة التأمين.

**الأشياء الشخصية الثمينة داخل المستشفى:** أفهم أن المستشفى تمتلك خزنة للمال والأشياء الثمينة وأن المستشفى غير مسؤولة عن الأموال أو الأشياء الثمينة التي لا توضع داخل الخزنة. إذا لم أضع النقود أو الأشياء الثمينة داخل الخزنة، فقد تُسرق أو تُفقد. أفهم أنه يجب أن أترك أموالي وأشياء الثمينة في المنزل وأن المستشفى مسؤولة فقط عما يصل إلى 500 دولار أمريكي من المفقودات / المسروقات من داخل الخزنة، ما لم يكن لدي إيصال من المستشفى بمبلغ أكبر.

MRUN

NAME

DOB

SEX on ID

APPROVED FOR USE AT ALL DHS / DPH FACILITIES  
SCAN INTO ELECTRONIC HEALTH RECORD

T-HS62A-AB

## حقوق المريض

يحق لك ما يلي:

1. الحصول على رعاية تتسم بالمراعاة والاحترام، وأن تنعم بالراحة. كما يحق لك احترام معتقداتك، وتفضيلاتك، وقيمك الثقافية، والنفسية الاجتماعية، والروحية والشخصية.
2. أن يُبلغ أحد أفراد أسرتك (أو ممثل آخر من اختيارك) وطبيبك الخاص فور إدخالك إلى المستشفى.
3. معرفة اسم ممارس الرعاية الصحية المرخص الذي يعمل في نطاق ترخيصه المهني والمسؤول بشكل أساسي عن تنسيق رعايتك والأسماء والعلاقات المهنية للأطباء وغير الأطباء الذين سيتعاملون مع حالتك.
4. الحصول على معلومات حول حالتك الصحية، وتشخيصك، وتوقعات حالتك، ومسار العلاج، وتوقعات التعافي، ونتائج الرعاية (بما فيها النتائج غير المتوقعة) بطريقة يمكنك فهمها. كما يحق لك التواصل الفعال والمشاركة في وضع خطة رعايتك وتنفيذها. ويحق لك المشاركة في الأسئلة الأخلاقية التي قد تنشأ في سياق رعايتك، بما فيها قضايا حل النزاعات، وحجب خدمات الإنعاش، والتخلي عن العلاج الذي يحافظ على الحياة أو الانسحاب منه.
5. اتخاذ قرارات بشأن الرعاية الطبية، والحصول على أكبر قدر من المعلومات حول أي علاج أو إجراء مقترح قد تحتاجه لمنح موافقة مستنيرة أو رفض مسار علاج بعينه. كما يجب أن تتضمن هذه المعلومات، باستثناء حالات الطوارئ، وصفاً للإجراء أو العلاج، والمخاطر الطبية الجوهرية التي ينطوي عليها، وسبباً بديلة للعلاج أو عدم العلاج والمخاطر التي ينطوي عليها كل منها، واسم من سينفذ الإجراء أو العلاج.
6. طلب العلاج أو رفضه بقدر ما يسمح به القانون. ومع ذلك، لا يحق لك طلب علاج أو خدمات غير مناسبة أو غير ضرورية طبيًا. كما يحق لك مغادرة المنشأة الصحية حتى لو كانت مشورة أعضاء الطاقم الطبي خلاف هذا وذلك بقدر ما يسمح به القانون.
7. أن تُبلغ إذا كانت المنشأة الصحية / ممارس الرعاية الصحية المرخص الذي يعمل في نطاق ترخيصه المهني يقترح المشاركة في أو إجراء تجارب بشرية تؤثر على رعايتك أو علاجك. يحق لك رفض المشاركة في هذه المشاريع البحثية.
8. الحصول على ردود معقولة على أي طلبات معقولة للخدمة.
9. التقييم والإدارة المناسبين لما تشعر به من ألم، ومعرفة معلومات حول سبب الألم وإجراءات تخفيفه، والمشاركة في قرارات إدارة الألم. يمكنك طلب أو رفض استخدام أي من طرق تخفيف الألم أو كلها، بما فيها الأدوية الأفيونية، إذا كنت تعاني من ألم مزمن حاد مستعص على العلاج. قد يرفض الطبيب وصف الدواء الأفيوني، إلا أنه يجب عليه في هذه الحالة أن يبلغك بوجود أطباء متخصصين في علاج الألم بطرق تشمل استخدام المواد الأفيونية.
10. صياغة التوجيهات المسبقة. يتضمن ذلك تحديد شخص معنيّ باتخاذ القرار إذا أصبحت غير قادر على فهم العلاج المقترح أو التعبير عن رغباتك فيما يتعلق بالرعاية. يجب على موظفي المنشأة الصحية والممارسين الذين يقدمون الرعاية فيها الامتثال لهذه التوجيهات. تنطبق جميع حقوق المرضى على الشخص الذي يتحمل المسؤولية القانونية لاتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الطبية نيابة عنك. يمكن تقديم الشكاوى حول متطلبات التوجيه المسبق إلى إدارة الصحة العامة في كاليفورنيا (انظر معلومات الاتصال أدناه).
11. احترام الخصوصية الشخصية. مناقشة الحالة، والاستشارة، والفحص، والعلاج أمورٌ سرية ويجب إجراؤها بتكتم. يحق لك معرفة سبب وجود أي فرد خلال هذه الإجراءات وطلب مغادرة الزائرين قبل الفحص وعند مناقشة أمور العلاج. سيتم استخدام سائير الخصوصية في الغرف شبه الخاصة.
12. التعامل السري مع جميع الاتصالات والسجلات المتعلقة برعايتك وإقامتك في المنشأة الصحية. سنتلقى "إشعار ممارسات الخصوصية" منفصل يوضح حقوقك المتعلقة بالخصوصية بالتفصيل وكيف يمكننا استخدام معلوماتك الصحية المحمية والكشف عنها.

**تنبيه المقترح 65:** يُلزم المقترح 65 الحاكم بنشر قائمة بالمواد الكيميائية "التي تعرف الولاية أنها تسبب السرطان، أو التشوهات الخلقية، أو الأضرار التناسلية". كما يُلزم شركات كاليفورنيا، بما فيها موفري الرعاية الصحية، بتنبيه الجمهور بشأن التعرض المحتمل لهذه المواد الكيميائية. تستخدم مرافق الرعاية الصحية بعض المواد الكيميائية المدرجة بقائمة الحاكم، بما فيها إدارة الخدمات الصحية وإدارة مرافق الصحة العامة. قد تتعرض لبعض المواد الكيميائية أثناء إقامتك في المستشفى / العيادة. بالإضافة إلى هذه المواد الكيميائية، تتضمن بعض الأدوية المستخدمة في علاج المرضى موادًا كيميائية تعرف الولاية أنها قد تسبب السرطان، أو التشوهات الخلقية، أو الأضرار التناسلية. يُرجى استشارة موفر الرعاية الصحية أو الصيدلي في المستشفى / العيادة للحصول على معلومات محددة حول أي أدوية تُوصف لك. إذا كانت لديك أسئلة بشأن هذه المعلومات، يُرجى زيارة مكتب الصحة البيئية على [www.oehha.ca.gov](http://www.oehha.ca.gov) أو الاتصال بالرقم 445-6900 (916).

**إشعار للمستهلكين:** إذا كانت لديك مخاوف بشأن رعاية المرضى وسلامتهم وترى أن المستشفى / العيادة لم تتعامل معها، نشجعك على الاتصال بإدارة المستشفى / العيادة. إذا كان لا يمكن تسوية المخاوف من خلال إدارة المستشفى / العيادة، يمكنك الاتصال باللجنة المشتركة على رقم 994-6610 (800) أو عبر البريد الإلكتروني [complaint@jointcommission.org](mailto:complaint@jointcommission.org) للإبلاغ عن أي مخاوف تتعلق بمرافق إدارة الصحة. الأطباء في هذا المستشفى / هذه العيادة مرخصون ومنظمون من المجلس الطبي لولاية كاليفورنيا (Medical Board of California). للحصول على مزيد من المعلومات، أو لتقديم شكوى حول أي طبيب، تواصل مع المجلس الطبي في كاليفورنيا (Medical Board of California) على الرقم 633-2322 (800)، أو على العنوان 2005 شارع إيفرجرين، رقم 1200، ساكرامنتو، كاليفورنيا 95815، أو الموقع الإلكتروني [www.mbc.ca.gov/consumers/complaints](http://www.mbc.ca.gov/consumers/complaints). مساعدي الأطباء في هذا المستشفى / هذه العيادة مرخصون ومنظمون من لجنة مساعدي الأطباء (Physician Assistant Committee). للحصول على مزيد من المعلومات، أو لتقديم شكوى بشأن مساعد طبي، تواصل مع لجنة مساعدي الأطباء على الرقم 561-8780 (916) أو عبر الموقع الإلكتروني [www.pac.ca.gov](http://www.pac.ca.gov).

يعني توقيعني أدناه أنني أفهم وأوافق على جميع البيانات المذكورة أعلاه وأتني قد حصلت على الفرصة لطرح الأسئلة والحصول على إجابات عليها. أنا مفوض بصفتي المريض أو ممثل المريض للموافقة على هذه الأمور. أفهم أن هذه الموافقة صالحة لمدة عام واحد من تاريخ توقيعني. وقد تلقيت نسخة من هذه الاتفاقية بناء على طلبني.

توقيع الشاهد	توقيع المريض أو الشخص المسنون	علاقته بالمريض	التاريخ	الوقت
العنوان	الشارع	المدينة	الرمز البريدي	

MRUN

NAME

DOB

SEX on ID

APPROVED FOR USE AT ALL DHS / DPH FACILITIES  
SCAN INTO ELECTRONIC HEALTH RECORD

شروط الإدخال إلى العيادات وزيارتها

CONDITIONS OF ADMISSION / CLINIC VISIT (ARABIC)

T-HS62A-AB (05-01-2021)



13. الحصول على الرعاية في مكان آمن خالٍ من الإساءة العقلية، أو الجسدية، أو الجنسية، أو اللفظية، والإهمال، أو الاستغلال، أو التحرش. يحق لك الوصول إلى خدمات الحماية والمناصرة بما فيها إخطار الوكالات الحكومية بالإهمال أو الإساءة.
14. التحرر من القيود والعزلة أيًا كان شكلها والتي قد يستخدمها الموظفون وسيلة للإكراه، أو التأديب، أو الراحة، أو الانتقام.
15. الاستمرارية المعقولة للرعاية ومعرفة وقت ومكان المواعيد مسبقًا بالإضافة إلى هوية من يقدمون الرعاية.
16. الاطلاع من الطبيب أو من يفوضه على متطلبات الرعاية الصحية المستمرة وخياراتها بعد الخروج من المنشأة الصحية. يحق لك المشاركة في وضع خطة خروجك وتنفيذها. وقد يتم تزويد صديق أو أحد أفراد العائلة بهذه المعلومات أيضًا بناءً على طلبك.
17. معرفة قواعد وسياسات المنشأة الصحية التي تنطبق على سلوكك باعتبارك مريضًا.
18. تحديد شخص داعم واختيار زوارك إذا كان لديك القدرة على اتخاذ القرار، سواء كان الزائر من أقارب الرحم أو الزواج أو شريك منزلي مسجل أم لا، ما لم تكن الزيارة ممنوعة؛ أو إذا قررت المنشأة الصحية بشكل معقول أن وجود زائر معين من شأنه أن يعرض صحة أو سلامة المريض أو أحد أفراد طاقم المنشأة الصحية أو أي زائر آخر للمنشأة الصحية للخطر، أو قد يؤدي إلى تعطيل عمليات المنشأة الصحية بشكل كبير؛ أو إذا أخبرت موظفي المنشأة الصحية أنك لم تعد ترغب في زيارة شخص معين. ومع ذلك، يجوز للمنشأة الصحية أن تضع قيودًا معقولة على الزيارة فيما يتعلق بساعات الزيارة وعدد الزوار. يجب على المنشأة الصحية إبلاغك (أو إبلاغ الشخص الداعم لك، عند الاقتضاء) بحقوقك في الزيارة، بما فيها أي قيود أو حدود سريرية. لا يُسمح للمنشأة الصحية بتقييد امتيازات الزيارة، أو تحديدها، أو رفضها بأي طريقة أخرى على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الدين، أو الجنس، أو الهوية الجنسية، أو التوجه الجنسي، أو الإعاقة.
19. النظر في رغباتك إذا كنت تفتقر إلى القدرة على اتخاذ القرار لأغراض تحديد من يمكنه زيارتك على أن يمثل هذا النظر لما ينص عليه القانون الفيدرالي وسياسة المنشأة الصحية بشأن الزيارة. يجب أن تدرج المنشأة الصحية على أقل تقدير أي أشخاص يعيشون في منزلك وأي شخص داعم وفقًا للقانون الفيدرالي.
20. فحص فاتورتك والحصول على شرح لها بغض النظر عن مصدر الدفع.
21. ممارسة هذه الحقوق بغض النظر ودون تمييز للجنس، أو الوضع الاقتصادي، أو الخلفية التعليمية، أو العرق، أو اللون، أو الدين، أو النسب، أو الأصل القومي، أو التوجه الجنسي، أو الهوية / التعبير الجنسي، أو الإعاقة، أو الحالة الطبية، أو الحالة الاجتماعية، أو العمر، أو وضع الشريك المنزلي المسجل، أو المعلومات الجينية، أو الجنسية، أو اللغة الأساسية، أو وضع الهجرة (باستثناء ما يقتضيه القانون الفيدرالي)، أو مصدر الدفع مقابل الرعاية.
22. تقديم تظلم. إذا رغبت في تقديم تظلم لدى هذه المنشأة الصحية، يمكنك ذلك عن طريق الكتابة أو الاتصال بقسم علاقات المرضى/ محامي المرضى. سوف يُنظر في تظلمك وتحصل على رد كتابي يتضمن اسم الشخص الذي يجب الاتصال به في المنشأة الصحية، والخطوات المتخذة للتحقيق في التظلم، ونتائج عملية التظلم، وتاريخ الانتهاء منها. كما تُحال المخاوف المتعلقة بجودة الرعاية أو الخروج السابق لأوانه إلى جهة مراجعة الزملاء المعنية بمراقبة الجودة والاستخدام ((Utilization and Quality Control Peer Review Organization (PRO) حسب الاقتضاء.
23. تقديم شكوى إلى إدارة الصحة العامة بولاية كاليفورنيا (California Department of Public Health) بغض النظر عما إذا كنت تستخدم عملية التظلم الخاصة بالمنشأة الصحية. رقم هاتف إدارة الصحة العامة بولاية كاليفورنيا هو 800-228-5234 وعنوانها 681 شارع س باركر، الجناح 200 أورانج، كاليفورنيا 92868.
24. تقديم شكوى إلى إدارة التوظيف والإسكان العادل (Department of Fair Employment and Housing) على موقعها الإلكتروني [www.dfeh.ca.gov](http://www.dfeh.ca.gov) أو بالاتصال على الرقم 800-884-1684 أو 800-700-2320 (للصم أو ضعاف السمع أو من يعانون من إعاقات في الكلام) أو على العنوان 2218 كاوزن دكتور، رقم 100، إيلك جروف، كاليفورنيا 95758.