

ՀԻՎԱՆՂԱՆՈՑ ԸՆԴՈՒՄԱՆ/ԿԼԻՆԻԿԱ ԱՅՑԵԼՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ
CONDITIONS OF ADMISSION / CLINIC VISIT (ARMENIAN)

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆ: Ես համաձայն եմ գործողություններին և բուժումներին, որոնք կարող են իրականացվել իմ/հիվանդի նկատմամբ՝ որպես հիվանդ Հիվանդանոցում/Կլինիկայում գտնվելու ընթացքում: Այդ գործողություններն ու բուժումները կարող են ներառել ֆիզիկական (հետազոտություններ, լաբորատոր կամ այլ ստուգումներ, ռենտգեն հետազոտություններ, ցավագրում, կանոնավոր/սովորական ինամքի (բուժօրյակային) ծառայություններ, վիրաբուժական կամ այլ բժշկական ծառայություններ, վիրահատություններ և բուժումներ, ինչպես նաև հեռահաղորդակցության միջոցով իրականացվող բժշկական ծառայություններ: Ես գիտակցում եմ, որ ես իմ համաձայնությունն եմ տալիս Լոս Անջելեսի Շրջանի կողմից ղեկավարվող Հիվանդանոցում/Կլինիկայում բուժում (ինամք) ստանալու համար: Ես գիտակցում եմ, որ Լոս Անջելեսի Շրջանի կողմից ղեկավարվող Հիվանդանոցները/Կլինիկաները կարող են լինել ուսուցողական հաստատություններ: Ես գիտակցում եմ և համաձայն եմ, որ բժիշկ-պրակտիկաները, հաստատությունում բնակվողները և երիտասարդները, ովքեր վերահսկվում են բուժող բժշկի կողմից, կարող են իրականացնել իմ/հիվանդի բուժումը: Ես գիտակցում եմ և համաձայն եմ, որ հնարավոր է բուժում ստանալ այն բժշկի կողմից, որը չունի բժշկի կամ վիրաբույժի վկայական, բայց որակավորված և լիցենզավորված է Կալիֆորնիայի Բժշկական և խորհրդի կողմից՝ հատուկ ծրագրի շրջանակներում որպես իրավիճակ պրոֆեսոր կամ ֆակուլտետի անդամ բուժում իրականացնելու համար: Ես համաձայն եմ նաև, որ բժիշկ-ուսանողները, ատամնաբույժ-ուսանողները, բուժօրյակ-ուսանողները, ինչպես նաև Հիվանդանոցի/Կլինիկայի կողմից հաստատված մյուս ուսանողները, կարող են օգնել, հետևել իմ/հիվանդի բուժմանը: Ես համաձայն եմ, որ Հիվանդանոցը/Կլինիկան կարող են օգտագործել իմ/հիվանդի մարմնից հեռացված ցանկացած հյուսվածք, օրգան, նյութ կամ ցանկացած այլ իր, ինչպես նաև ազատվել դրանցից:

ՆԿԱՐՆԵՐ/ՎԻԴԵՈ/ԱՈՒԴԻՈ: Ես համաձայն եմ, որ իմ/հիվանդի նկարները, վիդեոները կամ այլ պատկերներ, կամ աուդիո ձայնագրությունները կարող են օգտագործվել բուժման նպատակներով, ինչպես նաև Առողջապահական Ծառայությունների Վարչության առողջապահական գործողությունների ժամանակ, ներառյալ՝ հավասարակից մասնագետի կողմից աշխատանքի գնահատում, որակի բարելավում, վերապատրաստում և ուսուցում: Ես գիտակցում եմ, որ համաձայն Կալիֆորնիայի օրենքի՝ ես չեմ կարող նկարահանել կամ ձայնագրել Հիվանդանոցի/Կլինիկայի աշխատակցին՝ առանց իր թույլտվության: Ինչպես նաև՝ ես չեմ կարող կիսվել Հիվանդանոցի/Կլինիկայի աշխատակցի վիդեոներով, նկարներով կամ ձայնագրություններով՝ առանց իր թույլտվության:

ՀԻՎԱՆՂԱՆՈՑԻ/ԿԼԻՆԻԿԱՅԻ ԿԱՆՈՆՆԵՐԸ: Ես համաձայն եմ, որ ես/հիվանդը պետք է հետևեմ կանոններին և ընդունեմ այն, որ Հիվանդանոցի/Կլինիկայի Ղեկավարը/SUՑՈՒՆԵՐԸ կլինի միակ անձնը, ով կորոշի՝ արդյոք Հիվանդանոցի/Կլինիկայի կանոնները պահպանվում են, թե ոչ:

ԲՈՒԺՈՒՄԸ: Ես գիտակցում եմ և համաձայն եմ, որ Հիվանդանոցը/Կլինիկան տրամադրի միայն ընդհանուր բուժական ծառայություններ, իսկ իմ/հիվանդի բժշկի կողմից այլ բան կարգադրվելու դեպքում, ինձ/հիվանդին պետք է տրամադրվի ավելի ինտենսիվ բուժում:

ԾՆՆՂԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ՊԱՏՐԱՍՏՎՈՂ ՀԻՎԱՆՂՆԵՐ: Եթե երեխան(ները) ծնվի(են) իմ՝ այս Հիվանդանոցում/Կլինիկայում որպես հիվանդ գտնվելու ընթացքում, ապա ես համաձայն եմ, որպեսզի Հիվանդանոց Ընդունման Միևնույն պայմանները գործեն նորածին(ների) նկատմամբ:

ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ՏՐԱՍԱՐԴՈՒՄ: Ես գիտակցում եմ, որ իմ/հիվանդի առողջության վերաբերյալ տեղեկությունները պաշտպանված են նահանգային և դաշնային օրենքներով: Օրենքով թույլ տրվելու դեպքում միայն իմ/հիվանդի առողջության վերաբերյալ տեղեկությունները օգտագործելու համար Հիվանդանոցի/Կլինիկայի կողմից պետք է ստորագրվի առանձին ձևաթուղթ:

ՀԻՎԱՆՂԻ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՈՒՄԸ ՀԻՎԱՆՂԱՆՈՑԻ/ԿԼԻՆԻԿԱՅԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՎՃԱՐՆԵՐԸ ՍՏԱՆԱԼՈՒ ՀԱՄԱՐ: Ես համաձայն եմ, որ Հիվանդանոցը/Կլինիկան կարող է կիսվել իմ/հիվանդի վերաբերյալ գրառումների ցանկացած մասով, ներառյալ՝ բժշկական քարտով, այն անձի հետ, որը պատասխանատու է Հիվանդանոցի/Կլինիկայի վճարները կատարելու համար: Դա կարող է լինել ապահովագրական ընկերություն, առողջապահական ծրագիր կամ աշխատակցի փոխհատուցման ընկերություն: Եթե հիվանդը բուժվում է ավիոնի կամ թմրանյութերի չարաշահումից, ՄԻԱՎ/ԶԻԱՀ-ից, կամ հոգեկան (մտավոր) խնդիրներից, ապա նման տեղեկություններով կիսվելու համար անհրաժեշտ է հատուկ թույլտվություն:

ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՀԱՄԱՁԱՅՆԱԳԻՐ: Ես գիտակցում եմ և համաձայն եմ, որ ես եմ Հիվանդանոցի/Կլինիկայի վճարման համար պատասխանատու անձը՝ Հիվանդանոցի/Կլինիկայի սահմանված չափով և ժամկետներում, եթե հիվանդը չունի ապահովագրություն: Եթե ես չվճարեմ, և վճարման ենթակա հաշիվը փոխանցվի պարտքերը հավաքագրողներին (կոլեկտորներին), ապա ես համաձայնվում եմ վճարել իրավաբանի ցանկացած վճար և կոլեկտորների ծախսերը: Իմ հաշվի ուշացման դեպքում համաձայն եմ, որ ինձից կարող է գանձվել օրինական տոկոսադրույք:

MEDI-CAL/MEDICARE: Ես համաձայն եմ ճշգրտորեն լրացնել Medi-Cal կամ Medicare ծրագրերի ձևաթղթերը: Ես համաձայն եմ տրամադրել տվյալ հայտը լրացնելու համար անհրաժեշտ տեղեկություններ: Ես համաձայն եմ թույլ տալ, որպեսզի վճարումը կատարվի անմիջապես Լոս Անջելեսի Շրջանի Առողջապահական Ծառայությունների Վարչությանը և/կամ Հանրային Առողջապահության Վարչությանը: Ես համաձայն եմ վճարել ցանկացած մնացորդ ծախսերը, որոնց համար օրինական կերպով պատասխանատվություն եմ կրում: Հիվանդանոցում/Կլինիկայում Medicare-ի Սաս Ա (Part A) կամ Սաս Բ (Part B) բուժման շրջանակներում՝ ներառյալ բժշկի ծառայությունների վճարման իմ իրավունքները փոխանցում եմ Հիվանդանոցի/Կլինիկային:

ԱՊԱՅՆԱԿԱՆ ՆՊԱՍՏՆԵՐԻ ՍԱՀՄԱՆՈՒՄ: Ես համաձայն եմ թույլ տալ հիվանդի ապահովագրական ընկերությանը վճարել անմիջապես Լոս Անջելեսի Վարչությանը: Սա ներառում է Լոս Անջելեսի Շրջանի հետ կապված Բժշկական Խմբերը: Ես համաձայն եմ վճարել ապահովագրական ընկերության կողմից չվճարված մնացորդ վճարները:

ԱՆՁՆԱԿԱՆ ԹԱՆԿԱՐԺԷ ԻՐԵՐ ՀԻՎԱՆՂԱՆՈՑՈՒՄ: Ես գիտակցում եմ, որ Հիվանդանոցն ունի գումարի և արժեքավոր իրերի պահարան: Հիվանդանոցը պատասխանատվություն չի կրում այն գումարի և արժեքավոր իրերի համար, որոնք չեն պահվում պահարանում: Եթե ես գումարը և արժեքավոր իրերը չպահեմ պահարանում, ապա դրանք կարող են գողացվել, կամ ես կարող եմ կորցնել: Ես գիտակցում եմ, որ իմ գումարը և արժեքավոր իրերը պետք է թողնեմ տանը: Ես գիտակցում եմ, որ հիվանդանոցը պատասխանատվություն է կրում պահարանում պահվող մինչև \$500 արժողությամբ կորած/գողացված պարագաների համար, քանի դեռ ես Հիվանդանոցից չունեմ ավելի մեծ գումարի անդորրագիր:

MRUN
NAME
DOB
SEX on ID



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

ՀԻՎԱՆԴԻ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ

Դուք իրավունք ունեք՝

1. Ուշադիր և հարգալից բուժօգնություն ստանալու և ձեզ հարմարավետ զգալու: Դուք իրավունք ունեք հարգալից վերաբերմունք ստանալու ձեր մշակութային, հոգեբանասոցիալական, հոգևոր և անձնական արժեքների, համոզմունքների և նախասիրությունների համար:
2. Որպեսզի ձեր ընտանիքի անդամը (կամ ձեր ընտրությամբ ուրիշ ներկայացուցիչ) և ձեր անձնական բժիշկն անհապաղ ծանուցվեն ձեր հիվանդանոց ընդունվելու մասին:
3. Իմանալու լիցենզավորված բուժաշխատողի անունը, որը գործում է իր մասնագիտական լիցենզիայի շրջանակներում և հիմնական պատասխանատվություն է կրում ձեր բուժման համակարգման համար, ինչպես նաև իմանալու ձեզ տեսակցող բժիշկների և ոչ բժիշկների անուններն ու մասնագիտական կապերը:
4. Ստանալու տեղեկություններ ձեր առողջական վիճակի, ախտորոշման, կանխատեսումների, բուժման ընթացքի, վերականգնման հեռանկարների և բուժման արդյունքների (ներառյալ չկանխատեսված արդյունքները) վերաբերյալ ձեզ համար հասկանալի տերմիններով: Դուք իրավունք ունեք արդյունավետ հաղորդակցության, ինչպես նաև մասնակցելու ձեր բուժման ծրագրի մշակմանն ու իրականացմանը: Դուք իրավունք ունեք մասնակցելու ձեր բուժման ընթացքում ծագող էթիկական հարցերի քննարկմանը, ներառյալ՝ վեճերի լուծման հետ կապված խնդիրների, վերակենդանացման ծառայություններից հրաժարվելու, ինչպես նաև կյանքի պահպանմանն ուղղված բուժման հետաձգման կամ դրանից հրաժարվելու մասին հարցերը:
5. Բուժօգնության վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու, և առաջարկվող բուժման կամ գործողությունների վերաբերյալ ստանալու այնքան տեղեկություն, որքան անհրաժեշտ է տեղեկացված համաձայնություն տալու կամ բուժումից հրաժարվելու համար: Բացառությամբ արտակարգ իրավիճակների, այդ տեղեկությունները պետք է ներառեն գործողությունների կամ բուժման նկարագրությունը՝ բժշկական տեսանկյունից նշանակալի վտանգներով, բուժման կամ ոչ բուժման այլընտրանքային գործընթացները և յուրաքանչյուրում առկա վտանգները, ինչպես նաև գործողությունները կամ բուժումն իրականացնող բժշկի անունը:
6. Օրենքով թույլատրելի սահմաններում պահանջելու կամ հրաժարվելու բուժումից: Սակայն դուք իրավունք չունեք պահանջելու ոչ համապատասխան կամ բժշկորեն ոչ անհրաժեշտ բուժում կամ ծառայություններ: Օրենքով թույլատրելի սահմաններում դուք իրավունք ունեք լքելու առողջապահական հաստատությունը՝ անգամ դեմ գնալով բուժանձնակազմի խորհուրդներին:
7. Տեղեկացված լինելու, եթե առողջապահական հաստատությունը/լիցենզավորված բուժաշխատողը, ով գործում է իր մասնագիտական լիցենզիայի շրջանակներում, առաջարկում է ներգրավել ձեզ կամ ձեր նկատմամբ իրականացնել ձեր խնամքի կամ բուժման վրա ազդող փորձարկումներ: Դուք իրավունք ունեք հրաժարվելու հետազոտական նմանատիպ ծրագրերին մասնակցելուց:
8. Ծառայությունների հետ կապված խելամիտ պահանջներին խելամիտ պատասխաններ ստանալու:
9. Ստանալու ձեր ցավի պատշաճ գնահատում և կառավարում, ստանալու ցավի մասին տեղեկություններ, ցավազրկող միջոցառումներ, ինչպես նաև մասնակցելու ցավի կառավարման վերաբերյալ որոշումներին: Դուք կարող եք պահանջել կամ հրաժարվել ցավազրկման ցանկացած կամ բոլոր տարբերակներից՝ ներառյալ ափիոնային դեղամիջոցները, եթե տառապում եք ծանր քրոնիկ անբուժելի ցավից: Բժիշկը կարող է հրաժարվել ափիոնի դեղորայք նշանակելուց, սակայն հրաժարվելու դեպքում պետք է տեղեկացնի ձեզ, որ կան բժիշկներ, ովքեր մասնագիտանում են ափիոնի օգտագործումը ներառող մեթոդներով ցավի բուժման մեջ:
10. Ձևակերպելու նախնական հրահանգներ: Սա ներառում է՝ նշանակել որոշում կայացնող անձի, եթե դուք ի վիճակի չլինեք գիտակցելու ձեզ առաջարկվող բուժումը կամ չկարողանաք հաղորդել ձեր ցանկությունները բուժման վերաբերյալ: Առողջապահական հաստատությունների աշխատակիցները և բուժաշխատողները, ովքեր բուժօգնություն են ցուցաբերում հաստատությունում, պետք է գործեն այս հրահանգներին համապատասխան: Հիվանդների բոլոր իրավունքները փոխանցվում են այն անձին, որը ձեր անունից բժշկական օգնության վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու համար ունի օրինական պատասխանատվություն: Նախնական հրահանգի պահանջների վերաբերյալ բողոքներ կարող են ներկայացվել Կալիֆոռնիայի Հանրային Առողջապահության Վարչությանը (տե՛ս ստորև նշված կոնտակտային տվյալները):
11. Ստանալու հարգալից վերաբերմունք անձնական կյանքի գաղտնիության նկատմամբ: Դեպքի քննարկումը, խորհրդակցությունը, հետազոտությունը և բուժումը հանդիսանում են գաղտնի գործընթացներ և պետք է իրականացվեն աննկատ կերպով: Դուք իրավունք ունեք տեղեկանալու ցանկացած անձի ներկայության պատճառի մասին: Դուք իրավունք ունեք պահանջելու, որպեսզի այցելուները հեռանան հետազոտությունից առաջ և բուժման հետ կապված խնդիրների վերաբերյալ քննարկման ժամանակ: Կիսամասնավոր սեյնյակների համար պետք է օգտագործվեն գաղտնիության (անձնական տարածքի ապահովման) վարագույրներ:
12. Բոլոր հաղորդակցությունների և գրառումների գաղտնի մշակման, որոնք վերաբերում են ձեր բուժմանը և առողջապահական հաստատությունում մնալուն: Դուք կստանաք առանձին «Գաղտնիության Վերաբերյալ Ծանուցում», որը մանրամասնորեն բացատրում է ձեր անձնական գաղտնիության իրավունքները և՛ ինչպես մենք կարող ենք օգտագործել և բացահայտել ձեր առողջության վերաբերյալ պաշտպանված տեղեկությունները:

ԱՈՍՁԱՐԿԵՆԱԿԱՎՈՒՄ: Առաջարկ 65-ը պահանջում է Նահանգապետից հրապարակել քիմիական նյութերի ցանկը <<Նահանգին հայտնի որպես՝ քաղցկեղածին, բնածին արատների կամ վերարտադրողական վնասի պատճառ հանդիսացող նյութեր>>: Այն նաև Կալիֆորնիայի Շնչառություններից՝ ներառյալ բժշկները, պահանջում է հանրությանը նախազգուշացնել այդ քիմիական նյութերի հնարավոր ազդեցության մասին: Նահանգապետի ցանկում ընդգրկված քիմիական նյութերից որոշները օգտագործվում են առողջապահական հաստատություններում՝ ներառյալ Առողջապահական Ծառայությունների Վարչության և Հանրային Առողջապահության Վարչության Հաստատությունները: Հիվանդանոցում/Կլինիկայում գտնվելու ընթացքում դուք կարող եք ենթարկվել քիմիական նյութերից որոշների ազդեցությանը: Ի հավելումն այս քիմիական նյութերի՝ որոշ դեղամիջոցներ, որոնք օգտագործվում են հիվանդներին բուժելու համար, ներառում են քիմիական նյութեր, որոնք նահանգին հայտնի են որպես քաղցկեղածին, բնածին արատների կամ վերարտադրողական վնասի պատճառ հանդիսացող նյութեր: Խնդրում ենք խորհրդակցել ձեր բժշկի կամ Հիվանդանոցի/Կլինիկայի դեղագործի հետ՝ ձեզ նշանակված ցանկացած դեղամիջոցի վերաբերյալ հստակ տեղեկություններ ստանալու համար: Սույն տեղեկատվության վերաբերյալ հարցեր ունենալու դեպքում, խնդրում ենք այցելել Շրջակա Միջավայրի Պահպանության Գրասենյակի հետևյալ հասցեով՝ www.oehha.ca.gov կամ զանգահարել հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (916) 445-6900:

ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ ՍՊԱՌՈՂՆԵՐԻՆ: Եթե դուք մտահոգություններ ունեք հիվանդի բուժման կամ անվտանգության հետ կապված, որոնք Հիվանդանոց/Կլինիկան չի ապահովել, խնդրում ենք դիմել Հիվանդանոցի/Կլինիկայի ղեկավարությանը: Եթե մտահոգությունները չեն կարող լուծվել Հիվանդանոցի/Կլինիկայի ղեկավարության միջոցով, ապա կարող եք կապ հաստատել Միացյալ Հանձնաժողովի հետ հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (800) 994-6610 կամ կապվելով complaint@jointcommission.org էլ. հասցեով՝ Առողջապահական Վարչության հաստատությունների վերաբերյալ ձեր մտահոգությունները հայտնելու համար: Տվյալ Հիվանդանոցի/Կլինիկայի բժշկները լիցենզավորված են և ղեկավարվում են Կալիֆորնիայի Բժշկական Խորհրդի կողմից: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ բժշկի (MD) վերաբերյալ բողոք ներկայացնելու համար կապ հաստատեք Կալիֆորնիայի Բժշկական Խորհրդի հետ հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (800) 633-2322, կամ հետևյալ հասցեով՝ 2005 Evergreen Փողոց, #1200, Sacramento, CA 95815, կամ www.mbc.ca.gov/consumers/complaints էլ. հասցեով: Այս Հիվանդանոցի/Կլինիկայի բժշկների օգնականները լիցենզավորված են և ղեկավարվում են Բժիշկների Օգնականների Հանձնաժողովի կողմից: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ բժշկի օգնականի (PA) դեմ բողոք ներկայացնելու համար կապ հաստատեք Բժիշկների Օգնականների Հանձնաժողովի հետ հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (916) 561-8780 կամ www.pac.ca.gov էլ. հասցեով:

ԵՍ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒՄ ԵՄ ԱՅՍ ՓԱՏՍԱԹՈՒՂԹԸ՝ ՓԱՏՅԵԼՈՒ, ՈՐ ԵՍ ԳԻՏԱԿՑՈՒՄ ԵՄ ԵՎ ՀԱՄԱՁԱՅՆ ԵՄ ՎԵՐՈՆՇՅԱԼ ԲՈԼՈՐ ՊՆԴՈՒՄՆԵՐԻՆ: ԻՆՁ ՀՆԱՐԱՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆ Է ՏՐՎԵԼ ՀԱՐՑԵՐ ՈՐԴՆԵԼՈՒ ԵՎ ԻՄ ՀԱՐՑԵՐԻ ՊԱՏԱՍԽԱՆՆԵՐԸ ՍՏԱՆԱԼՈՒ: ԵՍ ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ԵՄ՝ ՈՐՊԵՍ ՀԻՎԱՆԴ ԿԱՍ ՀԻՎԱՆԴԻ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԻՉ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆ ՏԱԼՈՒ ՀԵՏԵՎՅԱԼ ՊՆԴՈՒՄՆԵՐԻՆ: ԵՍ ԳԻՏԱԿՑՈՒՄ ԵՄ, ՈՐ ՍՈՒՅՆ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆԸ ՎԱԿԵՐ Է ԻՄ ՍՏՈՐԱԳՐԵԼՈՒ ՕՐՎԱՆՑ ՍԿԱԾ ՄԵՎ ՏԱՐԻ ԺԱՄԿԵՏՈՎ: ԸՍՏ ՊԱՅԱՆՁԻ ԵՍ ՍՏԱՑԵԼ ԵՄ ՍՈՒՅՆ ՀԱՄԱՁԱՅՆԱԳՐԻ ԿՐԿԵՐՈՒՄԿԸ:

ՎԿԱՅԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ	ՀԻՎԱՆԴԻ ԿԱՍ ՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՈՒ ԱՆՁԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ	ՀԻՎԱՆԴԻ ՀԵՏ ԿԱՊ	ԱՍՍԱԹԻՎ	ԺԱՄ
ՀԱՍՑԵ	ՓՈՂՈՑ	ԶՂՂԸ	ՓՈՍԱՅԻՆ ԻՆԴԵՍ	

MRUN

NAME

DOB

SEX on ID



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

13. Բուժում ստանալու անվտանգ վայրում՝ զերծ հոգեկան, ֆիզիկական, սեռական կամ բանավոր (բառերով) բռնությունից և անտեսումից, շահագործումից և հետապնդումից: Դուք իրավունք ունեք ստանալու պաշտպանություն և փաստաբանի ծառայություններ՝ ներառյալ պետական գործակալություններին անտեսման կամ բռնության մասին տեղեկացնելը:
14. Ձեր մնալու ցանկացած տեսակի սահմանափակումներից և մեկուսացումից, որը կարող է կիրառվել անձնակազմի կողմից՝ որպես հարկադրանքի, կարգապահության, հարմարավետության կամ վրեժխնդրության միջոց:
15. Ստանալու շարունակական խելամիտ բուժում և նախապես իմանալու հանդիպումների ժամանակը և վայրը, ինչպես նաև բուժում իրականացնող անձանց ինքնությունը:
16. Բժշկի կամ բժշկի ներկայացուցչի կողմից տեղեկացվելու շարունակական բուժման պահանջների և տարբերակների մասին՝ հաստատությունից դուրս գրվելուց հետո: Դուք իրավունք ունեք ներգավելու ձեր դուրսգրման ծրագրի մշակմանը և իրականացմանը: Ըստ ձեր պահանջի՝ ձեր ընկերոջը կամ ընտանիքի անդամին կարող է նույնպես տրամադրվել այդ տեղեկատվությունը:
17. Իմանալու՝ ինչպիսի կանոններ և գործելակերպեր են կիրառելի ձեր վարքագծի համար՝ հաստատությունում որպես հիվանդ գտնվելու ընթացքում:
18. Ձեր ընտրությամբ նշանակելու օժանդակ անձի, ինչպես նաև այցելուների, եթե ունեք որոշումներ կայացնելու կարողություն՝ անկախ այն բանից՝ այցելուն ձեզ հետ ունի արյունակցական կամ ամուսնական կապ, կամ գրանցված համատեղ կացությամբ զուգընկերոջ կարգավիճակ, քանի դեռ առողջապահական հաստատության որոշմամբ չի արգելվում այցելուների մուտքը, այսինքն՝ առողջապահական հաստատությունը հիմնավոր կերպով որոշում է, որ կոնկրետ այցելուի ներկայությունը վտանգի տակ կղնի հիվանդի, առողջապահական հաստատության աշխատակազմի անդամի կամ առողջապահական հաստատության այլ այցելուի առողջությունը կամ անվտանգությունը, կամ Էսպես կիսաթարի առողջապահական հաստատության գործունեությունը: Դուք առողջապահական հաստատության անձնակազմին հայտնել եք, որ այլևս չեք ցանկանում, որ որևէ անձ այցելի ձեզ: Սակայն առողջապահական հաստատությունը կարող է հիմնավորված սահմանափակումներ սահմանել այցելության ժամանակ՝ ներառյալ այցելության ժամերի և այցելուների քանակի սահմանափակում: Առողջապահական հաստատությունը պետք է տեղեկացնի ձեզ (կամ անհրաժեշտության դեպքում ձեր օժանդակ անձին) այցելության ձեր իրավունքների մասին՝ ներառյալ ցանկացած կլինիկական սահմանափակումները կամ արգելանքները: Առողջապահական հաստատությանը չի թույլատրվում սահմանափակել, արգելել կամ այլ կերպ մերժել այցելության արտոնությունները՝ կախված ռասայից, մաշկի գույնից, ազգային ծագումից, կրոնից, սեռից, գենդերային ինքնությունից, սեռական կողմնորոշումից կամ հաշմանդամությունից:
19. Որպեսզի ձեր ցանկությունները հաշվի առնվեն, եթե դուք չունենաք որոշումներ կայացնելու բավարար կարողություն ձեզ այցելողներին որոշելու համար: Այդ տարբերակը պետք է համապատասխանի դաշնային օրենքին և բացահայտվի առողջապահական հաստատություն այցելությունների համար: Առողջապահական հաստատությունն առնվազն պետք է ներառի ձեր տանը բնակվող կամ աջակցող ցանկացած անձի՝ համաձայն դաշնային օրենքի:
20. Ուսումնասիրելու և ձեր վճարի վերաբերյալ բացատրություն ստանալու՝ անկախ վճարման աղբյուրից:
21. Կիրառելու այս իրավունքները՝ հաշվի չառնելով և զերծ մնալով խտրականությունից անկախ՝ սեռից, տնտեսական կարգավիճակից, կրթությունից, ռասայից, մաշկի գույնից, կրոնից, նախնիներից, ազգային ծագումից, սեռական կողմնորոշումից, գենդերային ինքնությունից/արտահայտումից, հաշմանդամությունից, առողջական վիճակից, ամուսնական կարգավիճակից, տարիքից, գրանցված համատեղ բնակության զուգընկերոջ կարգավիճակից, գենետիկական տեղեկություններից, քաղաքացիությունից, հիմնական (մայրենի) լեզվից, ներգաղթի կարգավիճակից (բացառությամբ դաշնային օրենքով նախատեսված դեպքերի) կամ բուժման համար վճարելու աղբյուրից:
22. Բողոք ներկայացնելու: Եթե ցանկանում եք բողոք ներկայացնել այս առողջապահական հաստատության դեմ, ապա կարող եք դա անել գրելով կամ զանգահարելով Զիվանդի Կապերի Վարչություն/Զիվանդի Փաստաբանին: Ձեր բողոքը կվերանայվի և ձեզ կտրամադրվի գրավոր պատասխան: Գրավոր պատասխանը կպարունակի առողջապահական հաստատությունում կապ հաստատելու համար համապատասխան անձի անունը, բողոքի քննման համար իրականացված քայլերը, բողոքի ընթացքի արդյունքները և բողոքի գործընթացի ավարտի ամսաթիվը: Բուժման որակին կամ վաղաժամ դուրսգրմանը վերաբերող մտահոգությունները նույնպես կուղղվեն համապատասխան Օգտագործման և Զավասարակից Մասնագետի Կողմից Որակի Վերահսկման Վերանայման Կազմակերպությանը (PRO)՝ ըստ կիրառելիության:
23. Բողոք ներկայացնելու Կալիֆորնիայի Զանրային Առողջապահության Վարչությանը՝ անկախ այն բանից՝ օգտվում եք առողջապահական հաստատության բողոքի գործընթացից, թե՛ ոչ: Կալիֆորնիայի Զանրային Առողջապահության Վարչության հեռախոսահամարը և հասցեն՝ 800-228-5234, 681 S Parker Փողոց., Suite 200 Orange, CA 92868:
24. Բողոք ներկայացնելու Արդար Չբաղվածության և Բնակարանային Ապահովման Վարչությանը հետևյալ տարբերակներով՝ www.dfeh.ca.gov, 800-884-1684 կամ 800-700-2320 (TTY) կամ 2218 Kausen Dr., #100, Elk Grove, CA 95758: