

## شرایط پذیرش/ویزیت در کلینیک

## CONDITIONS OF ADMISSION / CLINIC VISIT (FARSI)

**رضایت پزشکی:** اینجانب با رویه‌ها و درمان‌هایی که ممکن است روی من/بیمار بستری در بیمارستان/کلینیک انجام گردد، موافقت می‌نمایم. این رویه‌ها و درمان‌ها ممکن است شامل معاینه‌های جسمی، تست‌های آزمایشگاهی و یا سایر آزمایش‌های دیگر، اشعه ایکس، تسکین درد، عملیات پرستاری رایج/ساده، عمل‌های جراحی و سایر خدمات پزشکی، رویه‌ها، معالجات و خدمات بهداشتی از راه دور باشد. اینجانب متوجه هستم که با تحت مراقبت قرار گرفتن در یک بیمارستان/کلینیک تحت مالکیت و اداره شهرستان لس آنجلس موافقت می‌نمایم. اینجانب متوجه هستم که بیمارستان‌ها/کلینیک‌های تحت نظر شهرستان لس آنجلس، ممکن است مراکز آموزشی باشند. اینجانب متوجه هستم و موافقت می‌نمایم که ممکن است من/بیمار، تحت مراقبت انترن‌ها، کارآموزان پزشکی، و همراهم تحت نظارت پزشک معالج، قرار بگیرم. اینجانب متوجه هستم و موافقت می‌نمایم که ممکن است از پزشکی که گواهینامه پزشکی و جراحی ندارد، اما مجوز داشته و هیئت پزشکی کالیفرنیا برای مراقبت در یک برنامه ویژه به عنوان استاد مدعو یا عضو هیئت علمی او را تأیید نموده است، مراقبت‌های پزشکی دریافت نمایم. همچنین اینجانب موافقت می‌نمایم که دانشجویان پزشکی، دانشجویان دندانپزشکی، دانشجویان پرستاری و سایر دانشجویانی که بیمارستان/کلینیک آنها را تأیید می‌کند، می‌توانند در مراقبت از من/بیمار کمک کرده و یا آنها را مشاهده نمایند. اینجانب موافقت می‌کنم که بیمارستان/کلینیک، ممکن است از هرگونه بافت، عضو، ماده یا سایر نمونه‌هایی که از بدن من/بیمار خارج شده است، استفاده نماید.

**عکس / فیلم / صدا:** اینجانب موافقت می‌نمایم که عکس، فیلم یا سایر تصاویر یا صدای ضبط شده من/بیمار، ممکن است توسط اداره کل خدمات و مراقبت‌های بهداشتی، برای اهداف درمانی از جمله داور تخصصی، بهبود کیفیت، آموزش و تحصیلات استفاده شود. اینجانب متوجه هستم که طبق قوانین کالیفرنیا، بدون اجازه کارمند بیمارستان/کلینیک، امکان فیلمبرداری یا ضبط صدا یا را ندارم. همچنین بدون اجازه کارمند بیمارستان/کلینیک، امکان اشتراک گذاری فیلم، عکس یا صدای ضبط شده او را نخواهم داشت.

**قوانین بیمارستان/کلینیک:** من/بیمار با پیروی از قوانین موافقت خواهم کرد و می‌پذیرم که سرپرست/مدیر بیمارستان/کلینیک، تنها شخصی خواهد بود که تصمیم می‌گیرد که آیا قوانین بیمارستان/کلینیک رعایت شده است یا خیر. اینجانب موافقت می‌نمایم که اگر من/بیمار از قوانین پیروی نکنم، ممکن است از من/بیمار خواسته شود به خانه بروم یا از بیمارستان/کلینیک مرخص شوم.

**مراقبت‌های پرستاری:** اینجانب متوجه هستم و موافقت می‌نمایم که در بیمارستان/کلینیک، تنها مراقبت‌های عمومی پرستاری انجام می‌شود، مگر اینکه با دستور پزشک من/بیمار، مراقبت‌های پرستاری ویژه‌تری برای من/بیمار در نظر گرفته شود.

**بیماران بخش زایمان:** اینجانب موافقت می‌نمایم چنانچه در طول مدتی که بیمار این بیمارستان/کلینیک هستم، نوزاد(انی) را به دنیا بیاورم، همین شرایط پذیرش در مورد نوزاد(ان) نیز اعمال گردد.

**انتشار اطلاعات:** اینجانب متوجه هستم که قانون ایالتی و فدرال حافظ اطلاعات بهداشتی من/بیمار خواهد بود. مگر در مواردی که قانون مجاز بداند، باید فرم جداگانه‌ای برای بیمارستان/کلینیک امضا شود تا از اطلاعات بهداشتی من/بیمار استفاده گردد.

**استفاده از اطلاعات بیمار برای دریافت هزینه خدمات بیمارستان/کلینیک:** اینجانب موافقت می‌نمایم که بیمارستان/کلینیک ممکن است هر بخشی از سوابق من/بیمار، از جمله پیشینه پزشکی را با فردی که مسئول پرداخت صورتحساب بیمارستان/کلینیک است، به اشتراک بگذارد. مسئول پرداخت صورتحساب می‌تواند یک شرکت بیمه، طرح مراقبت‌های بهداشتی یا شرکت جبران خسارت کارکنان باشد. اگر بیمار به دلیل سوء مصرف الکل یا مواد مخدر، اچ آی وی/ایدز یا مشکلات بهداشت روان تحت درمان باشد، به اشتراک گذاشتن این اطلاعات ممکن است نیاز به مجوز خاصی داشته باشد.

**موافقتنامه مالی:** اینجانب متوجه هستم و موافقت می‌نمایم که در صورت بیمه نبودن بیمار، من مسئول پرداخت هزینه‌های بیمارستان/کلینیک با نرخ معمول و شرایط بیمارستان/کلینیک هستم. اگر صورتحساب را پرداخت نکنم و صورتحساب‌ها روی هم انباشته شود، موافقت می‌کنم که هزینه استخدام وکیل و هزینه وصول را پرداخت نمایم. اگر حساب من دیرکرد داشته باشد، اینجانب موافقت می‌نمایم که با نرخ قانونی از من سود دریافت گردد.

**MEDI-CAL/MEDICARE:** در صورت پر کردن فرم برنامه‌های Medi-Cal یا Medicare، موافقت می‌نمایم که فرم‌ها را صادقانه پر کنم. اینجانب با انتشار اطلاعات مورد نیاز برای تکمیل این درخواست موافقت می‌نمایم. اینجانب موافقت می‌نمایم که اجازه بدهم پرداخت به صورت مستقیم به اداره خدمات بهداشت و درمان و/یا اداره بهداشت عمومی شهرستان لس آنجلس انجام شود. اینجانب موافقت می‌نمایم هزینه‌های باقیمانده‌ای را که به لحاظ قانونی مسئول پرداخت آنها هستم، بپردازم. من حقوقی را که باید ذیل بخش A یا Medicare B برای مراقبت در بیمارستان/کلینیک، از جمله خدمات پزشکی به بیمارستان/کلینیک پرداخت کنم، اعطا می‌نمایم.

**تخصیص مزایای بیمه:** اینجانب موافقت می‌نمایم که به شرکت بیمه بیمار، اجازه پرداخت مستقیم به شهرستان لس آنجلس را بدهم. این شامل گروه‌های پزشکی وابسته به این شهرستان هم خواهد شد. اینجانب موافقت می‌نمایم هزینه‌های باقیمانده‌ای را که شرکت بیمه نپرداخته است، پرداخت کنم.

**اشیاء گران قیمت در بیمارستان:** اینجانب متوجه هستم که بیمارستان گاو صندوقی برای نگهداری پول و اشیاء با ارزش دارد. بیمارستان مسئولیتی در قبال نگهداری پول یا اشیاء با ارزشی که در گاو صندوق قرار نگرفته باشند ندارد.

اگر من پول یا اشیاء با ارزش را در گاو صندوق نگذارم، ممکن است دزدیده یا گم شوند. اینجانب متوجه هستم که باید پول و اشیاء گرانبه را در خانه بگذارم. من متوجه هستم که بیمارستان تنها مسئول آن دسته از اقلام گمشده یا دزدیده شده در گاو صندوقش است که ارزشی تا حداکثر \$۵۰۰ داشته باشد، مگر آنکه برای امانت گذاشتن مقادیر بیشتر از بیمارستان رسیدی در دست داشته باشم.

MRUN

NAME

DOB

SEX on ID

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

شرایط پذیرش/ویزیت در کلینیک

CONDITIONS OF ADMISSION / CLINIC VISIT (FARSI)

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



## حقوق بیمار

شما حق دارید:

1. از مراقبتی دلسوزانه و محترمانه برخوردار بوده و احساس راحتی کنید. شما حق دارید بخاطر ارزش‌های فرهنگی، روانی-اجتماعی، معنوی و شخصی، باورها و ترجیحات خود مورد احترام قرار بگیرید.
2. یکی از اعضای خانواده (یا نماینده دیگری را که برمی‌گزینید) و پزشکتان را به سرعت از پذیرش خود در بیمارستان مطلع کنید.
3. نام پزشک دارای پروانه‌ای که در چهارچوب مجوز حرفه‌ای خود فعالیت می‌کند و مسئولیت اصلی او ایجاد هماهنگی در مراقبت از شماست و نیز نام و ارتباط شغلی پزشکان و غیر پزشکانی که شما را خواهند دید، بدانید.
4. اطلاعاتی در مورد وضعیت سلامت، تشخیص‌های پزشکی، پیشبینی بیماری، دوره درمان، چشم‌انداز بهبودی و نتایج حاصل از مراقبت خود (از جمله نتایج پیش‌بینی نشده) را به گونه‌ای که برایتان قابل فهم باشد، دریافت کنید. شما حق برقراری ارتباط مؤثر و مشارکت در تهیه و اجرای برنامه مراقبتی خود را دارید. در مطرح نمودن پرسش‌های اخلاقی که در طول مراقبت از شما برایتان ایجاد می‌شود، مانند مسائل رفع تعارض، جلوگیری از خدمات احیا و یا رها کردن یا ترک درمان‌های پایدار در زندگی، مشارکت نمایید.
5. درباره مراقبت‌های پزشکی تصمیم‌گیری کنید و در مورد هر گونه درمان یا رویه پیشنهادی، اطلاعات لازم را دریافت کنید تا بتوانید آگاهانه به انجام دوره درمان رضایت داده و یا از آن خودداری کنید. بجز در موارد اضطراری، این اطلاعات باید شرح رویه یا درمان، مخاطرات پزشکی قابل توجه، دوره‌های متناوب درمان یا عدم درمان و خطرات موجود در هر یک و نام شخصی که این رویه یا درمان را انجام می‌دهد، شامل شود.
6. درخواست معالجه یا خودداری از آن، در حدی که قانون مجاز شمرده است. با این حال، شما حق ندارید درمان یا خدمات نامناسب یا پزشکی غیرضروری را مطالبه کنید. شما حق دارید حتی بر خلاف توصیه کارکنان کادر پزشکی، تا جایی که قانون مجاز دانسته است، مرکز بهداشت را ترک کنید.
7. به شما پیشنهاد شود که در آزمایش‌های انسانی‌ای که سلامت یا درمان شما را تحت تأثیر قرار می‌دهند شرکت کنید، مشروط بر اینکه مرکز بهداشتی/پزشکان دارای پروانه مراقبت‌های بهداشتی در حوزه مجوز حرفه‌ای خود فعالیت نمایند. شما حق دارید از شرکت در چنین پروژه‌های تحقیقاتی خودداری کنید.
8. پاسخ‌های معقول به هر گونه درخواست منطقی خدمات.
9. ارزیابی و مدیریت مناسب درد، اطلاعات مربوط به درد، اقدامات تسکین‌دهنده درد و شرکت در تصمیمات مدیریت درد. اگر از درد شدید مزمن غیر قابل تحمل رنج می‌برید، می‌توانید استفاده از هر روش یا تمامی شیوه‌های درمانی تسکین درد، از جمله داروی افیونی را درخواست یا آن را رد کنید. ممکن است پزشک از تجویز داروی افیونی خودداری کند، اما در این صورت، باید به شما اطلاع دهد که پزشکانی هستند که در درمان درد با روش‌هایی که شامل مواد افیونی می‌شود، تخصص دارند.
10. مجوز اقدامات پزشکی را تدوین کنید. این امر شامل تعیین تصمیم‌گیرنده خواهد بود چنانچه خود شما قادر به درک درمان پیشنهادی نباشید، یا نتوانید خواسته‌های مراقبتی خود را منتقل کنید. کارکنان و کارورزان پزشکی که در مرکز درمانی از شما مراقبت می‌کنند، باید از این دستورالعمل‌ها پیروی نمایند. کلیه حقوق بیماران در خصوص شخصی که دارای مسئولیت قانونی تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های پزشکی از جانب شماست، اعمال می‌شود. شکایت در مورد مجوز اقدامات پزشکی ممکن است به اداره بهداشت عمومی کالیفرنیا وارد باشد (به اطلاعات تماس در زیر مراجعه شود).
11. به حریم شخصیتان احترام گذاشته شود. بحث موردی درباره بیماری، مشاوره، معاینه و درمان امری محرمانه است و باید با احتیاط انجام گیرد. شما حق دارید دلیل حضور هر فردی را بدانید. شما حق دارید از عیادت‌کنندگان بخواهید قبل از معاینه و هنگام گفتگو درباره مسائل درمانی محل را ترک کنند. در اتاق‌های نیمه خصوصی از پرده‌هایی برای حفظ حریم خصوصی استفاده خواهد شد.
12. رویکرد محرمانه نسبت به همه ارتباطات و پیشینه مربوط به مراقبت و اقامت شما در مرکز بهداشت. شما «اعلان شیوه‌های حفظ حریم خصوصی» را به‌طور جداگانه دریافت خواهید کرد که حقوق حریم خصوصی شما و نحوه استفاده و افشای اطلاعات سلامتی محافظت شده شما توسط ما را به تفصیل برایتان توضیح می‌دهد.

**هشدار قانون ایالتی ۶۵:** برابر قانون ایالتی ۶۵، استاندار موظف است فهرستی از مواد شیمیایی را که «دولت آنها را موجب سرطان، نقایص مادرزادی یا آسیب باروری می‌داند» منتشر کند. همچنین این امر شرکت‌های کالیفرنایی، از جمله ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی را ملزم می‌کند تا به عموم در مورد قرار گرفتن در معرض این مواد شیمیایی، هشدار دهند. مراکز بهداشتی درمانی، از جمله اداره خدمات بهداشتی و اداره تسهیلات بهداشت عمومی از برخی از این مواد شیمیایی موجود در فهرست ایالتی، استفاده می‌کنند. شما ممکن است در طول اقامت در بیمارستان/کلینیک در معرض برخی از این مواد شیمیایی قرار بگیرید. افزون بر این مواد شیمیایی، برخی از داروهایی که برای درمان بیماران استفاده می‌شوند، دارای مواد شیمیایی هستند که ایالت آنها را ایجاد کننده سرطان، نقایص مادرزادی یا آسیب باروری می‌داند. لطفاً برای دریافت اطلاعات دقیق درباره داروهایی که برای شما تجویز شده است، با ارائه دهنده خدمات درمانی یا داروساز خود در بیمارستان/کلینیک مشورت کنید. چنانچه در این خصوص پرسشی دارید، خواهشمند است به وبسایت اداره بهداشت محیط به نشانی [www.oehha.ca.gov](http://www.oehha.ca.gov) مراجعه کرده یا با شماره تلفن 445-6900 (916) تماس بگیرید.

**اطلاعیه به مصرف‌کنندگان:** اگر نگرانی در مورد مراقبت از بیمار و ایمنی او دارید که بیمارستان/کلینیک به آن رسیدگی نکرده است، لطفاً با بخش اداری بیمارستان/کلینیک تماس بگیرید. اگر مدیریت بیمارستان/کلینیک نتواند نگرانی‌های شما را برطرف کند، می‌توانید با کمیسیون مشترک به شماره 633-2322 (800) تماس بگیرید یا به آدرس [complaint@jointcommission.org](mailto:complaint@jointcommission.org) ایمیل بزنید تا نگرانی‌های مربوط به اداره تسهیلات بهداشتی را گزارش دهید. پزشکان در این بیمارستان/کلینیک توسط هیئت پزشکی کالیفرنیا مجوزدهی و سازماندهی می‌شوند. برای دریافت اطلاعات بیشتر، یا ثبت شکایت از پزشک (MD)، با هیئت پزشکی کالیفرنیا به شماره 633-2322 (800) یا آدرس 2005 Evergreen St., #1200, Sacramento, CA 95815 یا [www.mbc.ca.gov/consumers/complaints](http://www.mbc.ca.gov/consumers/complaints) تماس بگیرید. دستیاران پزشک در این بیمارستان/کلینیک توسط کمیته دستکاری پزشکی، مجوزدهی و سازماندهی می‌شوند. برای دریافت اطلاعات بیشتر، یا ثبت شکایت از دستیار پزشک (PA)، با کمیته دستکاری پزشکی به شماره 561-8780 (916) تماس بگیرید یا به وبسایت [www.pac.ca.gov](http://www.pac.ca.gov) مراجعه کنید.

اینجانب با امضای این برگه اعلام می‌دارم که همه آنچه در بالا گفته شده را متوجه شده‌ام و با آن موافقم. به من این فرصت داده شده است که سؤالاتم را بپرسم و پاسخ آنها را دریافت کنم. اینجانب به عنوان بیمار یا نماینده بیمار اجازه دارم تا با این موارد موافقت کنم. اینجانب آگاه هستم که این رضایت به مدت یک سال از تاریخ امضای من معتبر خواهد بود. در صورت درخواست، یک نسخه از این موافقتنامه را دریافت کرده‌ام.

| امضای شاهد | امضای بیمار یا فرد مسئول | نسبت با بیمار | تاریخ   | زمان |
|------------|--------------------------|---------------|---------|------|
| آدرس       | خیابان                   | شهر           | کد پستی |      |

MRUN

NAME

DOB

SEX on ID

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



T-HS62A-F

13. دریافت خدمات مراقبتی در فضایی ایمن، عاری از آزار و اذیت ذهنی، جسمی، جنسی یا کلامی و غفلت، استثمار یا تعرض. شما از حق دسترسی به خدمات حمایتی و وکالتی از جمله آگاه کردن سازمان‌های دولتی از بی‌توجهی یا سوء استفاده برخوردار هستید.
14. از هرگونه محدودیت و انزوا به هر شکلی که به عنوان وسیله‌ای برای زورگویی، برقراری نظم، فراهم آوردن راحتی یا تلافی‌جویی کارکنان استفاده شود، به دور باشید.
15. ادامه معقول مراقبت و اطلاع از زمان و مکان قرار ملاقات‌ها از قبل و نیز شناسایی هویت افراد ارائه دهنده مراقبت.
16. توسط پزشک یا نماینده پزشک، در مورد نیازها و گزینه‌های مربوط به ادامه مراقبت‌های بهداشتی پس از ترخیص از مرکز بهداشتی، مطلع شوید. شما حق دارید در تهیه و اجرای برنامه ترخیص خود مشارکت داشته باشید. در صورت درخواست شما، ممکن است این اطلاعات در اختیار یکی از دوستان یا یکی از اعضای خانواده‌تان نیز قرار گیرد.
17. در طول مدتی که بیمار هستید، آگاه باشید که کدام قوانین و سیاست‌های مرکز بهداشتی بر نحوه رفتار شما اعمال می‌شود.
18. در صورتی که توان تصمیم‌گیری دارید، شخص پشتیبان و همچنین عیادت‌کنندگان دلخواه خود را تعیین کنید، خواه نسبی باشند خواه سببی، یا همخانه قانونی شما باشند، مگر اینکه؛ عیادت مجاز نباشد؛ مرکز بهداشت به نحو معقولی تشخیص خواهد داد که آیا حضور یک عیادت‌کننده خاص، سلامتی یا ایمنی بیمار، یکی از اعضای کارکنان مرکز بهداشتی یا سایر مراجعان مرکز بهداشت را به خطر می‌اندازد، یا عملکرد مرکز بهداشت را به طور قابل توجهی مختل می‌کند یا اینکه شما به کارمندان مرکز بهداشت گفته باشید که دیگر نمی‌خواهید فرد خاصی از شما عیادت کند. با این حال، مرکز بهداشتی ممکن است محدودیت‌های معقولی در هنگام عیادت اعمال کند، از جمله محدودیت ساعت عیادت و تعداد عیادت‌کنندگان. مرکز بهداشت باید حقوق عیادت شما، از جمله هرگونه محدودیت یا محدودیت بالینی را به شما (یا شخص پشتیبان شما تا جایی که مناسب باشد) اطلاع دهد. مرکز بهداشت اجازه انحصاری کردن، محدود کردن، یا به هر نحو محروم کردن شما از حق ملاقات بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت اولیه، مذهب، جنسیت، هویت جنسیتی، گرایش جنسی یا ناتوانی را ندارد.
19. اگر توانایی تصمیم‌گیری نداشته باشید، برای تعیین فردی که می‌تواند از شما عیادت کند، می‌توانید درخواست نمایید تا خواسته‌های شما را مد نظر قرار دهند. روش این بررسی مطابق با قانون فدرال خواهد بود و در سیاست‌های عیادتی مرکز بهداشت افشا خواهد شد. مرکز بهداشتی دست کم هر شخص ساکن در خانه شما و هر فرد پشتیبان را مطابق قانون فدرال شامل این مورد خواهد نمود.
20. بدون در نظر گرفتن منبع پرداخت، صورتحساب خود را بررسی و توضیحاتی در مورد آن دریافت کنید.
21. این حقوق بدون توجه به، و بدون تبعیض بر مبنای جنسیت، وضعیت اقتصادی، پیشینه تحصیلی، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، ملیت اصلی، گرایش جنسی، هویت/بیان جنسیتی، معلولیت، شرایط پزشکی، وضعیت تأهل، سن، همخانه قانونی، اطلاعات وراثتی، تابعیت، زبان اول، وضعیت مهاجرت (به استثنای مواردی که در قانون فدرال الزامی به شمار می‌رود) یا منبع پرداخت هزینه‌های مراقبتی، شامل حال شما شود.
22. شکایت خود را طرح کنید. اگر می‌خواهید از این مرکز بهداشت شکایت کنید، می‌توانید این کار را با نوشتن نامه یا تماس با اداره روابط بیماران/وکیل بیماران انجام دهید. شکایت شما بررسی شده و پاسخ کتبی آن به شما تسلیم خواهد شد. این پاسخ حاوی نام شخصی که باید در مرکز بهداشت با او تماس بگیرید و مراحلی که باید برای بررسی شکایت، نتایج فرایند شکایت و تاریخ تکمیل روند رسیدگی به شکایت طی کنید، خواهد بود. نگرانی‌های مربوط به کیفیت مراقبت یا ترخیص زودهنگام نیز در صورت لزوم به سازمان مربوطه داوری تخصصی بهره برداری و کنترل کیفیت (PRO) ارجاع داده خواهد شد.
23. بدون توجه به اینکه آیا از روند رسیدگی به شکایات مرکز بهداشت استفاده می‌کنید، به اداره بهداشت عمومی کالیفرنیا شکایت کنید. شماره تلفن اداره بهداشت عمومی کالیفرنیا 800-228-5234 و آدرس آن 681 S Parker St., Suite 200 Orange, CA 92868 می‌باشد.
24. شکایتی را به اداره اشتغال و مسکن عادلانه به نشانی وبسایت [www.dfeh.ca.gov](http://www.dfeh.ca.gov)، شماره تلفن‌های 800-884-1684 یا 800-700-2320 (TTY) یا به آدرس 2218 Kausen Dr., #100, Elk Grove, CA 95758 ارسال کنید.