

**УСЛОВИЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ/ВИЗИТА В КЛИНИКУ
CONDITIONS OF ADMISSION / CLINIC VISIT (RUSSIAN)**

СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: Я соглашаюсь с процедурами и лечением, которые могут проводиться надо мной/над пациентом во время пребывания в качестве пациента в Больнице/Клинике. Эти процедуры и лечение могут включать медицинские осмотры, лабораторные и другие анализы, рентген, обезболивание, плановый/стандартный уход, хирургические и другие медицинские услуги, процедуры и лечение, а также услуги телемедицины. Я понимаю, что даю согласие на лечение в Больнице/Клинике, принадлежащей и управляемой Округом Лос-Анджелес. Я понимаю, что больницы/клиники, находящиеся в ведении Округа Лос-Анджелес, могут являться учебными учреждениями. Я понимаю и соглашаюсь с тем, что уход за мной/пациентом могут осуществлять интерны, стажеры и ординаторы под наблюдением лечащего врача. Я понимаю и соглашаюсь с тем, что мне может предоставлять медицинскую помощь врач, не имеющий сертификата врача или хирурга, но который был аттестован и сертифицирован Медицинской комиссией Калифорнии для оказания медицинской помощи по специальной программе в качестве внештатного профессора или преподавателя. Я также соглашаюсь с тем, что студенты-медики, студенты-стоматологи, студенты медицинских училищ и любые другие студенты, допущенные Больницей/Клиникой, могут помогать или наблюдать за предоставлением мне/пациенту медицинской помощи. Я соглашаюсь с тем, что Больница/Клиника может использовать и уничтожать любые ткани, органы, материалы и другие предметы, удаленные из моего организма/организма пациента.

ФОТО/ВИДЕО/АУДИО: Я соглашаюсь с тем, что фотографии, видеозаписи или другие изображения или аудиозаписи меня/пациента могут использоваться в лечебных целях и для здравоохранительной деятельности Департамента здравоохранения, включая взаимное рецензирование, повышение качества, подготовку и обучение. Я понимаю, что в соответствии с законодательством Калифорнии я не могу фотографировать или производить аудио- или видеозапись сотрудников Больницы/Клиники без их разрешения. Я также не могу распространять видео, фото или записи работников Больницы/Клиники без их разрешения.

ПРАВИЛА БОЛЬНИЦЫ/КЛИНИКИ: Я соглашаюсь с тем, что я буду/пациент будет следовать правилам, и соглашаюсь с тем, что Администратор/Директор Больницы/Клиники будет единственным лицом, которое будет решать, соблюдаются ли правила Больницы/Клиники. Я соглашаюсь с тем, что, если я не соблюдаю/пациент не соблюдает правила, меня/пациента могут попросить отправиться домой или выписать из Больницы/Клиники.

СЕСТРИНСКИЙ УХОД: Я понимаю и соглашаюсь с тем, что Больница/Клиника предоставляет только общий сестринский уход, кроме случаев, когда по распоряжению моего врача/ врача пациента мне/пациенту будет предоставлен более интенсивный сестринский уход.

ПАЦИЕНТЫ РОДИЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ: Если я рожу младенца(ев), находясь в Больнице/Клинике в качестве пациента, я соглашаюсь, что те же Условия госпитализации применяются к младенцу(ам).

РАЗГЛАШЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ: Я понимаю, что информация о моем здоровье/здоровье пациента защищена законами штата и федеральными законами. За исключением случаев, когда это разрешено законом, для того чтобы Больница/Клиника могла использовать информацию о моем здоровье/здоровье пациента, должно быть подписано отдельное разрешение.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛИЧНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ОПЛАТЫ УСЛУГ БОЛЬНИЦЫ/КЛИНИКИ: Я соглашаюсь с тем, что Больница/Клиника может передавать любую информацию из моих учетных документов/учетных документов пациента, включая медицинскую карту, лицам, ответственным за оплату счетов, выставляемых Больницей/Клиникой. Это может быть страховая компания, программа медицинского обслуживания или компания, занимающаяся компенсационными выплатами для работников предприятий. Если пациент проходит курс лечения от алкогольной или наркотической зависимости, от ВИЧ/СПИДа или от проблем с психическим здоровьем, для передачи этой информации может потребоваться специальное разрешение.

ФИНАНСОВОЕ СОГЛАШЕНИЕ: Я понимаю и соглашаюсь с тем, что если у пациента отсутствует страховка, я являюсь лицом, ответственным за оплату услуг Больницы/Клиники по обычным ставкам и на условиях Больницы/Клиники. Если я не заплачу и задолженность будет взыскана во внесудебном порядке, я соглашаюсь оплатить все гонорары адвокату и затраты на взыскание задолженности. Если оплата по моему счету задерживается, я соглашаюсь с тем, что с меня могут взиматься проценты по установленной законом ставке.

ПРОГРАММЫ MEDI-CAL/MEDICARE: В случае заполнения мной форм программ Medi-Cal или Medicare, я соглашаюсь с тем, что они заполнены верно. Я соглашаюсь предоставить информацию, необходимую для выполнения этого запроса. Я соглашаюсь с тем, чтобы оплата производилась непосредственно Департаменту здравоохранения и/или Департаменту общественного здравоохранения округа Лос-Анджелес. Я соглашаюсь оплатить любые оставшиеся расходы, за оплату которых я несу юридическую ответственность. Я даю право, которое у меня есть, на оплату услуг Больницы/Клиники, включая любые услуги врачей Больницы/Клиники, в рамках Medicare Часть А или В.

НАЗНАЧЕНИЕ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ: Я разрешаю страховой компании пациента осуществлять платежи непосредственно Округу Лос-Анджелес. В частности, это включает Медицинские группы, связанные с Округом. Я соглашаюсь оплатить любые оставшиеся расходы, не оплаченные страховой компанией.

ЛИЧНЫЕ ЦЕННОСТИ В БОЛЬНИЦЕ:

Я понимаю, что в Больнице есть сейф для хранения денег и ценных вещей. Больница не несет ответственности за деньги или ценные вещи, которые не положены в сейф. Если я не положу деньги или ценные вещи в сейф, они могут быть украдены или потеряны. Я понимаю, что мне стоит оставить дома деньги и ценные вещи. Я понимаю, что Больница несет ответственность только за утерянные/украденные вещи, находившиеся на хранении в сейфе, в пределах суммы 500 долларов, если у меня нет квитанции от Больницы на большую сумму.

MRN

NAME

DOB

SEX on ID

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

**УСЛОВИЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ/ВИЗИТА В КЛИНИКУ
CONDITIONS OF ADMISSION / CLINIC VISIT (RUSSIAN)**

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



ПРАВА ПАЦИЕНТА

У вас есть право:

1. На внимательный и уважительный уход, а также на комфорт. У вас есть право на уважение ваших культурных, психосоциальных, духовных и личностных ценностей, убеждений и предпочтений.
2. На незамедлительное уведомление члена вашей семьи (или другого представителя по вашему выбору) и вашего врача о вашей госпитализации.
3. Знать имя лицензированного практикующего врача, действующего в рамках его профессиональной лицензии, несущего основную ответственность за осуществление вашего лечения, а также имена и профессиональные связи врачей и других сотрудников, которые будут вас наблюдать.
4. Получать информацию о состоянии вашего здоровья, диагнозе, прогнозе, курсе лечения, перспективах выздоровления и результатах лечения (включая непредвиденные результаты) на понятном вам языке. У вас есть право на эффективное общение и участие в разработке и реализации плана вашего медицинского обслуживания. Вы имеете право участвовать в рассмотрении этических вопросов, возникающих в ходе вашего лечения, включая вопросы разрешения конфликтов, отказа от реанимационных услуг, а также воздержания от поддерживающего жизнь лечения или отказа от него.
5. Принимать решения о медицинском обслуживании и получать информацию о любом предложенном вам лечении или процедуре, достаточную для того, чтобы вы могли дать информированное согласие или отказаться от курса лечения. За исключением экстренных случаев, эта информация должна включать описание процедуры или лечения, связанных рисков, значимых с медицинской точки зрения, альтернативных курсов лечения или отсутствия лечения и рисков, связанных с каждым из них, а также имя лица, которое будет проводить процедуру или лечение.
6. Запрашивать лечение или отказываться от лечения в пределах, разрешенных законом. Однако вы не имеете права требовать несоответствующего или ненужного с медицинской точки зрения лечения или медицинских услуг. У вас есть право покинуть медицинское учреждение даже вопреки совету медицинского персонала в случаях, разрешенных законом.
7. Быть проинформированным в том случае, если медицинское учреждение/лицензированный практикующий врач, действующий в рамках его или ее профессиональной лицензии, предлагает участвовать в экспериментах или осуществлять проведение экспериментов на людях, влияющих на уход или лечение, оказываемые вам. У вас есть право отказаться от участия в таких исследовательских проектах.
8. На получение адекватных ответов на адекватные вопросы, касающиеся вашего обслуживания.
9. На проведение должного обследования и лечение ваших болевых ощущений, информации о боли, мерах по обезболиванию и на участие в принятии решений по применению обезболивания. Вы можете запросить или отказаться от использования любых или всех способов облегчения боли, включая прием опиоидных препаратов, если вы страдаете от тяжелой хронической неизлечимой боли. Врач может отказать в назначении вам опиоидных препаратов, но в этом случае должен сообщить вам, что есть врачи, специализирующиеся на лечении боли с помощью методов, включающих использование опиатов.
10. Формулировать предварительные медицинские указания. Это включает в себя назначение лица, принимающего решения в случае, если вы окажетесь неспособны понять информацию о предлагаемом лечении, или не сможете сообщить о своих пожеланиях относительно оказания помощи. Персонал медицинского учреждения и практикующие врачи, оказывающие помощь в этом учреждении, должны соблюдать эти указания. Все права пациента распространяются на лицо, которое несет юридическую ответственность за принятие решений относительно медицинского обслуживания от вашего имени. Жалобы, связанные с требованиями предварительных распоряжений, можно подавать в Департамент общественного здравоохранения Калифорнии (см. Контактную информацию далее).
11. На неприкосновенность вашей частной жизни. Обсуждение вашего случая, консультации, осмотры и лечение являются конфиденциальными и должны проводиться негласно. У вас есть право на сообщение вам причины присутствия любого человека. Вы имеете право на то, чтобы посетители ушли до начала осмотра или не присутствовали при обсуждении вопросов лечения. В двухместных палатах должны использоваться разделительные шторы.
12. На конфиденциальное обращение со всеми сообщениями и записями, касающимися вашего обслуживания и пребывания в медицинском учреждении. Вы получите отдельное «Уведомление об использовании конфиденциальной информации», в котором подробно объясняются ваши права на конфиденциальность и то, как мы можем использовать и раскрывать вашу закрытую медицинскую информацию.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О ЗАКОНЕ 65: Законом 65 предусматривается опубликование Губернатором списка химических веществ, «считающихся причиной возникновения раковых заболеваний, врожденных дефектов и нарушения внутриутробного развития». Закон также обязывает предприятия Калифорнии, включая поставщиков медицинских услуг, предупреждать население о возможности подвергнуться воздействию этих химических веществ. Некоторые химические вещества из списка Губернатора используются в медицинских учреждениях, в том числе в учреждениях Департамента здравоохранения и Департамента общественного здравоохранения. Вы можете подвергнуться воздействию некоторых из этих химических веществ во время вашего пребывания в Больнице/Клинике. Помимо этих химических веществ, некоторые лекарства, используемые для лечения пациентов, включают химические вещества, которые считаются Штатом причиной возникновения раковых заболеваний, врожденных дефектов и нарушения внутриутробного развития. Пожалуйста, проконсультируйтесь с вашим лечащим врачом или фармацевтом в Больнице/Клинике, чтобы получить конкретную информацию о любых назначенных вам лекарствах. Если у вас есть вопросы относительно этой информации, посетите веб-сайт Департамента оценки экологической опасности для здоровья по адресу www.oehha.ca.gov или позвоните по телефону (916) 445-6900.

УВЕДОМЛЕНИЕ ДЛЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ: Если у вас есть претензии по поводу обслуживания пациентов и их безопасности, которые не были рассмотрены Больницей/Клиникой, рекомендуем связаться с администрацией Больницы/Клиники. Если эти вопросы не могут быть решены через администрацию Больницы/Клиники, вы можете связаться с Объединенной комиссией по телефону (800) 994-6610 или по адресу complaint@jointcommission.org, чтобы сообщить о проблемах, связанных с учреждениями Департамента здравоохранения. Деятельность врачей этой Больницы/Клиники лицензируется и регулируется Медицинской комиссией Калифорнии. Чтобы получить дополнительную информацию или подать жалобу на врача (MD), обратитесь в Медицинскую комиссию Калифорнии по телефону (800) 633-2322, или направьте жалобу по почтовому адресу 2005 Evergreen St., # 1200, Sacramento, CA 95815, или онлайн по адресу www.mbc.ca.gov/consumers/complaints. Деятельность вспомогательного медицинского персонала в этой Больнице/Клинике лицензируется и регулируется Фельдшерским комитетом. Чтобы получить дополнительную информацию или подать жалобу на представителя вспомогательного медицинского персонала (PA), обратитесь в Фельдшерский комитет по телефону (916) 561-8780 или через веб-сайт www.pac.ca.gov.

ПОДПИСЫВАЯ ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ, Я ПОНИМАЮ И СОГЛАШАЮСЬ СО ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ВЫШЕ ПОЛОЖЕНИЯМИ. МНЕ ПРЕДОСТАВИЛИ ВОЗМОЖНОСТЬ ЗАДАТЬ ВОПРОСЫ И ПОЛУЧИТЬ ОТВЕТЫ НА ЗАДАнные МНОЙ ВОПРОСЫ. БУДУЧИ ПАЦИЕНТОМ ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ ПАЦИЕНТА, Я ЯВЛЯЮСЬ ЛИЦОМ, УПОЛНОМОЧЕННЫМ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СОГЛАСИЯ С ЭТИМИ ПОЛОЖЕНИЯМИ. Я ПОНИМАЮ, ЧТО ДАННОЕ СОГЛАСИЕ ДЕЙСТВИТЕЛЬНО В ТЕЧЕНИЕ ОДНОГО ГОДА С ДАТЫ ПОДПИСАНИЯ МНОЙ. КОПИЯ ДАННОГО ДОКУМЕНТА БЫЛА ПРЕДОСТАВЛЕНА МНЕ ПО МОЕМУ ЗАПРОСУ.

ПОДПИСЬ ЗАВЕРИТЕЛЯ ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА ИЛИ ОТВЕТСТВЕННОГО ЛИЦА ОТНОШЕНИЕ К ПАЦИЕНТУ ДАТА ВРЕМЯ

АДРЕС УЛИЦА ГОРОД ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

MRUN

NAME

DOB

SEX on ID



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

13. Получать медицинскую помощь в безопасных условиях, свободных от психологического, физического, сексуального или словесного насилия, пренебрежения, эксплуатации или домогательства. У вас есть право на доступ к услугам по защите вашей личности и ваших интересов, включая уведомление государственных органов об оставлении без внимания или жестоком обращении.
14. Не подвергаться ограничениям и изоляции в любой форме, использующимся в качестве средства принуждения, поддержания дисциплины, получения выгоды или возмездия со стороны персонала.
15. На адекватную продолжительность лечения, а также на заблаговременное уведомление вас о времени и месте осуществления визитов, а также о лицах, оказывающих вам медицинскую помощь.
16. Быть проинформированным врачом или представителем врача о потребностях и возможностях последующего медицинского обслуживания после выписки из медицинского учреждения. Вы имеете право участвовать в разработке и реализации вашего плана выписки. По вашему запросу эта информация также может быть предоставлена вашему другу или родственнику.
17. Знать, какие правила и положения медицинского учреждения применимы к вашему поведению как пациента.
18. Назначить помощника, а также посетителей по вашему выбору, если вы обладаете способностью принимать решения, независимо от того, связан ли с вами посетитель кровным родством, узами брака или статусом зарегистрированного гражданского партнера, кроме случаев, когда: посещения запрещены; медицинское учреждение обоснованно определяет, что присутствие конкретного посетителя поставит под угрозу здоровье или безопасность пациента, члена персонала медицинского учреждения или другого посетителя медицинского учреждения, или существенно помешает работе медицинского учреждения; вы сообщили персоналу медицинского учреждения, что больше не хотите, чтобы вас посещал конкретный человек. Однако медицинское учреждение может устанавливать обоснованные ограничения на посещение, включая ограничения на часы для посещений и количество посетителей. Медицинское учреждение должно проинформировать вас (или, при необходимости, вашего помощника) о ваших правах на посещение, включая любые клинические ограничения или запреты. Медицинскому учреждению не разрешается ограничивать, запрещать или иным образом отказывать в привилегиях посещения на основании расы, цвета кожи, национального происхождения, религии, пола, гендерной идентичности, сексуальной ориентации или инвалидности.
19. На то, чтобы ваши пожелания по определению того, кто может посещать вас, учитывались, если вы утратили способность принимать решения. Способ такого рассмотрения ваших пожеланий должен соответствовать федеральному законодательству и должен описываться в правилах посещения медицинского учреждения. Как минимум, в соответствии с федеральным законодательством, медицинское учреждение должно включить в список допустимых посетителей всех лиц, проживающих с вами вместе, а также любого вашего помощника.
20. Изучать и получать объяснения касательно вашего счета независимо от источника оплаты.
21. Осуществлять эти права без учета и без дискриминации по признаку пола, экономического положения, образовательного уровня, расы, цвета кожи, религии, происхождения, национального происхождения, сексуальной ориентации, гендерной идентичности/гендерного самовыражения, инвалидности, состояния здоровья, семейного положения, возраста, статуса зарегистрированного гражданского партнера, генетической информации, гражданства, основного языка общения, иммиграционного статуса (за исключением случаев, предусмотренных федеральным законом) или источника оплаты лечения.
22. Подать жалобу. Если вы хотите подать жалобу в медицинское учреждение, это можно сделать в письменной форме или позвонив в Отдел по работе с пациентами/Адвокату пациентов. Ваша жалоба должна быть рассмотрена, и вам должны предоставить письменный ответ. Письменный ответ должен содержать имя контактного лица медицинского учреждения, меры, предпринятые для расследования жалобы, результаты процесса рассмотрения жалобы и дату завершения процесса рассмотрения жалобы. Претензии относительно качества медицинской помощи или преждевременной выписки также должны передаваться в соответствующую Организацию по коллегиальному рассмотрению вопросов использования и контроля качества (PRO) в установленном порядке.
23. Подать жалобу в Департамент общественного здравоохранения Калифорнии независимо от того, воспользовались ли вы процедурой подачи жалобы в медицинском учреждении. Номер телефона и адрес Департамента общественного здравоохранения Калифорнии: 800-228-5234; 681 S Parker St., Suite 200 Orange, CA 92868.
24. Подать жалобу в Департамент по вопросам справедливого трудоустройства и предоставления жилья через веб-сайт www.dfeh.ca.gov, по телефону 800-884- 1684 или 800-700-2320 (телетайп) или направить по адресу 2218 Kausen Dr., #100, Elk Grove, CA 95758.