CONDITIONS OF ADMISSION CLINIC VISIT / INPATIENT

УСЛОВИЯ ПОСТУПЛЕНИЯ В БОЛЬНИЦУ И ПРАВИЛА ПОСЕЩЕНИЯ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ (Russian)

СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ. Я соглашаюсь с процедурами и лечением, которые могут оказывать мне (пациенту) во время пребывания в больнице или клинике. Сюда входят медицинские осмотры, лабораторные и другие анализы, рентгеновские снимки, обезболивание, обычный и простой уход, хирургические и другие медицинские услуги, процедуры и лечение, а также услуги телемедицины. Я понимаю, что даю согласие на получение медицинской помощи в больнице или клинике, принадлежащей и управляемой округом Лос-Анджелес. Я осознаю, что больницы или клиники, находящиеся под управлением округа Лос-Анджелес, могут быть учебными учреждениями. Я понимаю и соглашаюсь с тем, что интерны, ординаторы и члены научно-практического общества под наблюдением лечащего врача могут осуществлять уход за мной (пациентом). Я понимаю и соглашаюсь с тем, что могу получать медицинскую помощь от врача, не имеющего диплома врача или хирурга, но обладающего квалификацией и сертификацией Калифорнийского медицинского совета (California Medical Board) для оказания медицинской помощи в рамках специальной программы в качестве приглашенного профессора либо преподавателя. Я также соглашаюсь с тем, что студенты, которые обучаются на медицинских специалистов, стоматологов, средних медицинских работников и на любые другие специальности, одобренные больницей или клиникой, могут оказывать мне (пациенту) услуги по уходу либо наблюдению. Я соглашаюсь с тем, что сотрудники больницы или клиники могут использовать и утилизировать любую ткань, орган, вещество либо другой предмет, извлеченный из моего тела (или тела пациента).

ФОТОГРАФИРОВАНИЕ, ВИДЕОСЪЕМКА И АУДИОЗАПИСЬ. Я соглашаюсь с тем, что фотографии, видеоматериалы или другие изображения, а также аудиозаписи с моим участием (либо участием пациента) могут быть сделаны в лечебных целях и для осуществления операций в области здравоохранения сотрудниками Департамента медицинского обслуживания (Department of Health Services) и (или) Департамента здравоохранения (Department of Public Health). Такие операции могут включать экспертную оценку, повышение качества, обучение и подготовку. Я понимаю, что в соответствии с законодательством штата Калифорния не имею права снимать или записывать сотрудника больницы либо клиники без его разрешения. Я также не имею права делиться видеоматериалами, фотографиями или аудиозаписями с участием сотрудника больницы либо клиники без его разрешения.

ПРАВИЛА БОЛЬНИЦЫ ИЛИ КЛИНИКИ. Я соглашаюсь с тем, что я (пациент) обязуюсь соблюдать правила, а также с тем, что администратор или директор больницы либо клиники будет единственным лицом, которое сможет решать, соблюдаются ли правила данного учреждения. Я соглашаюсь с тем, что если я (пациент) не буду соблюдать правила, меня (пациента) могут попросить уйти домой или выписать из больницы либо клиники.

СЕСТРИНСКИЙ УХОД. Я понимаю и соглашаюсь с тем, что сотрудники больницы или клиники предоставляют только общепрофильный сестринский уход, за исключением случаев, когда по указанию врача мне (пациенту) будет предоставлен более интенсивный сестринский уход.

ПАЦИЕНТЫ РОДИЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ. Если во время пребывания в больнице или клинике в качестве пациентки я рожу ребенка (детей), то соглашаюсь с тем, что настоящие условия поступления в больницу будут распространяться и на ребенка (детей).

РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ. Я понимаю, что моя медицинская информация (или пациента) защищена законодательством штата и федеральными правовыми нормами. Если это не разрешено законом, то для использования моей медицинской информации (или пациента) необходимо подписать отдельную форму для сотрудников больницы или клиники.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИИ ПАЦИЕНТА ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ОПЛАТЫ ЗА УСЛУГИ БОЛЬНИЦЫ ИЛИ КЛИНИКИ. Я соглашаюсь с тем, что сотрудники больницы или клиники могут передать любую часть моих записей (либо пациента), включая медицинскую карту, лицу, которое несет ответственность за оплату счета больницы или клиники. Они могут передать мою информацию представителю страховой компании, медицинского страхового плана или организации, выплачивающей компенсацию работникам. Если пациент проходит лечение от наркотической или алкогольной зависимости, ВИЧ, СПИДа либо психических расстройств, может потребоваться специальное разрешение на передачу таких сведений.

PATIENT HIM LABEL
NAME
DOB
FIN#
MR#
SEX on ID

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

T-HS62A

ПРАВА ПАЦИЕНТА.

Вы имеете право:

1. На внимательное и уважительное отношение к себе, а также создание комфортных условий. На уважение своих культурных, психосоциальных, духовных и личных ценностей, убеждений и предпочтений.
2. Незамедлительно уведомить члена семьи (или другого представителя по вашему выбору) и своего лечащего врача о поступлении в больницу.
3. Знать имя и фамилию лицензированного медицинского работника, действующего в рамках своей профессиональной лицензии, который несет основную ответственность за координацию вашего лечения, а также имена, фамилии и профессиональные отношения врачей и немедицинских специалистов, которые будут оказывать вам услуги наблюдения.
4. Получать информацию о состоянии своего здоровья, диагнозе, прогнозе, ходе лечения и его результатах (включая непредвиденные результаты), а также перспективах выздоровления в понятной для вас форме. Вы имеете право на доступ к своим медицинским записям. Вы получите отдельный документ «Уведомление о порядке соблюдения конфиденциальности», в котором разъясняются ваши права на доступ к своим записям. Вы имеете право на эффективную коммуникацию, а также на участие в разработке и реализации плана медицинского обслуживания. Кроме того, вы имеете право участвовать в решении этических вопросов, возникающих в процессе оказания вам медицинской помощи, включая вопросы разрешения конфликтов, отказа от реанимационных услуг и искусственного поддержания жизни или его прекращения.
5. Принимать решения, касающиеся медицинского обслуживания, и получать столько информации о любом предлагаемом лечении или процедуре, сколько вам может понадобиться для того, чтобы дать информированное согласие либо отказаться от курса лечения. Эти сведения, за исключением экстренных случаев, должны включать описание процедуры или лечения, связанные медицинские риски, альтернативные варианты лечения (либо отказа от него) и связанные с ними риски, а также имя и фамилию лица, которое будет проводить процедуру или лечение.
6. Запрашивать лечение или отказываться от него, насколько позволяет закон. Однако вы не имеете права требовать ненадлежащего или ненужного с медицинской точки зрения лечения либо услуг. Вы имеете право покинуть медицинское учреждение даже вопреки рекомендациям медицинского персонала, насколько позволяет закон.
7. Быть уведомлены, если медицинское учреждение или лицензированный медицинский работник, действующий в рамках своей профессиональной лицензии, предлагает участвовать в экспериментах над людьми, влияющих на ваше лечение или уход, либо проводить их. Вы имеете право отказаться от участия в таких исследовательских проектах.
8. Получать обоснованные ответы на любые обоснованные запросы касательно обслуживания.
9. Получать надлежащую оценку и лечение боли, а также информацию о боли и мерах по ее облегчению. Также вы имеете право участвовать в принятии решений касательно ее лечения. Вы можете потребовать использование всех методов снятия боли либо отказаться от них. Это включает в себя применение опиатных препаратов, если вы страдаете от тяжелой хронической трудноизлечимой боли. Врач может отказаться от назначения опиатных препаратов, но в этом случае он должен сообщить вам, что есть врачи, специализирующиеся на лечении боли с применением опиатов.
10. Составить предварительные распоряжения. Это включает в себя назначение лица, принимающего решения, если вы окажетесь неспособны понять предлагаемое лечение или не сможете сообщить о своих пожеланиях относительно ухода. Персонал медицинского учреждения и врачи, оказывающие услуги в данном учреждении, должны выполнять эти указания. Все права пациента распространяются на лицо, которое несет юридическую ответственность за принятие решений о медицинском обслуживании от вашего имени. Жалобы в отношении предварительных распоряжений могут быть поданы в Департамент здравоохранения штата Калифорния (см. контактную информацию ниже).
11. Уважение к личной жизни. Обсуждение случаев, консультации, обследование и лечение являются конфиденциальными и должны проводиться скрытно. Вы имеете право на то, чтобы вам объяснили причину присутствия любого человека. Вы имеете право попросить посетителей удалиться до начала обследования и во время обсуждения вопросов лечения. В двухместных палатах должны быть установлены разделительные шторы.
12. Конфиденциальность всех сообщений и записей, касающихся вашего лечения и пребывания в медицинском учреждении. Вы получите отдельный документ «Уведомление о порядке соблюдения конфиденциальности», в котором подробно объясняются ваши права на конфиденциальность, а также то, как мы можем использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию.

ПРОГРАММЫ MEDI-CAL И MEDICARE. Если мною были заполнены формы программы Medi-Cal или Medicare, я подтверждаю, что вся информация является правдивой. Я соглашаюсь на предоставление информации, необходимой для выполнения данного запроса. Я соглашаюсь с тем, чтобы оплата производилась непосредственно в Департамент медицинского обслуживания округа Лос-Анджелес и (или) Департамент здравоохранения. Я соглашаюсь оплатить все оставшиеся расходы, за которые несу юридическую ответственность. Я предоставляю имеющиеся у меня права на оплату по части A или B программы Medicare за обслуживание в больнице либо клинике, включая любые услуги врача, предоставляемые в больнице или клинике.

ПЕРЕДАЧА ПРАВ НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ. Я соглашаюсь с тем, что страховая компания пациента будет оплачивать услуги, предоставляемые в округе Лос-Анджелес, напрямую. Сюда также входят медицинские группы, связанные с округом. Я соглашаюсь оплатить все оставшиеся расходы, которые страховая компания не покрыла.

ХРАНЕНИЕ ЛИЧНЫХ ЦЕННЫХ ВЕЩЕЙ В БОЛЬНИЦЕ. Я понимаю, что в больнице есть сейф для хранения денег и ценных вещей. Сотрудники больницы не несут ответственности за деньги или ценные вещи, которые не находятся в сейфе. Если я положу деньги или ценные вещи в сейф, они могут быть украдены либо потеряны. Я понимаю, что мне нужно оставить деньги и ценные вещи дома. Я осознаю, что сотрудники больницы несут ответственность только за потерянные или украденные вещи, которые находились в сейфе, на сумму до 500 долларов (если только у меня нет квитанции из больницы на большую сумму).

УВЕДОМЛЕНИЕ ДЛЯ КЛИЕНТОВ. Если у вас есть опасения по поводу ухода за пациентом и его безопасности, которые не были устранены сотрудниками больницы либо клиники, вам рекомендуется обратиться к администрации учреждения. Если проблемы не могут быть решены с помощью администрации больницы или клиники, можно обратиться в Объединенную комиссию (Joint Commission) по номеру (800) 994-6610 или по адресу complaint@jointcommission.org, чтобы сообщить о проблемах в отношении учреждений, управляемых Департаментом здравоохранения. Работа врачей, лицензированных акушерок, исследовательских психоаналитиков, полисомнографических технологов, лаборантов и стажеров лицензируется и регулируется Медицинским советом штата Калифорния. Чтобы проверить лицензию или подать жалобу, перейдите на веб-страницу www.mbc.ca.gov, напишите письмо на адрес электронной почты licensecheck@mbc.ca.gov или позвоните по номеру (800) 633-2322. Также вы можете оправить жалобу на почтовый адрес 2005 Evergreen St., #1200, Sacramento, CA 95815 или воспользоваться веб-страницей www.mbc.ca.gov/consumers/complaints. Работа ассистентов врачей в больнице или клинике лицензируется и регулируется Комитетом по делам ассистентов врачей (Physician Assistant Committee). Чтобы получить дополнительную информацию либо подать жалобу на ассистента врача, обращайтесь в Комитет по делам ассистентов врачей по номеру (916) 561-8780 или воспользуйтесь веб-сайтом www.pac.ca.gov.

Я ПОДПИСЫВАЮ НАСТОЯЩЕЕ СОГЛАШЕНИЕ, ЧТОБЫ ВЫРАЗИТЬ СВОЕ ПОНИМАНИЕ И СОГЛАСИЕ СО ВСЕМИ ВЫШЕПРИВЕДЕННЫМИ УТВЕРЖДЕНИЯМИ. МНЕ БЫЛА ПРЕДОСТАВЛЕНА ВОЗМОЖНОСТЬ ЗАДАТЬ ВОПРОСЫ И ПОЛУЧИТЬ НА НИХ ОТВЕТЫ. Я, КАК ПАЦИЕНТ ИЛИ ЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЬ, ИМЕЮ ПОЛНОМОЧИЯ ДАТЬ СОГЛАСИЕ. Я ПОНИМАЮ, ЧТО НАСТОЯЩЕЕ СОГЛАСИЕ ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ТОЛЬКО ДЛЯ ДАННОГО СЛУЧАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ИЛИ В ТЕЧЕНИЕ 3 ЛЕТ С МОМЕНТА ЕГО ПОДПИСАНИЯ, ЕСЛИ Я НАХОЖУСЬ ПОД НАБЛЮДЕНИЕМ В КЛИНИКЕ. ПО ЗАПРОСУ МНЕ ПРЕДОСТАВИЛИ КОПИЮ НАСТОЯЩЕГО СОГЛАШЕНИЯ.

ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА ИЛИ ЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ КЕМ ПРИХОДИТСЯ ПАЦИЕНТУ ДАТА ВРЕМЯ

АДРЕС УЛИЦА ГОРОД ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

PATIENT HIM LABEL
NAME
DOB
FIN#
MR#
SEX on ID

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

13. Получать помощь в безопасных условиях, не подвергаясь психическому, физическому, сексуальному или словесному насилию и пренебрежительному отношению, эксплуатации либо преследованию. Вы имеете право на доступ к услугам по заступничеству и правовой защите, включая уведомление государственных органов о пренебрежительном отношении или жестоком обращении.
14. Не допускать применения сотрудниками ограничительных средств и изоляции в любой форме в качестве принуждения, поддержания дисциплины, удобства или мести.
15. Получать приемлемое непрерывное обслуживание и заранее знать время и место приема, а также личность лиц, оказывающих помощь.
16. Узнать от врача или уполномоченного им лица о требованиях и возможностях продолжения медицинского обслуживания после выписки из медицинского учреждения. Вы имеете право на участие в разработке и реализации плана выписки. По вашей просьбе эта информация может быть предоставлена также другу или члену семьи.
17. Знать, какие правила и нормы медицинского учреждения распространяются на ваше поведение как его пациента.
18. Назначить сопровождающее лицо, а также посетителей по своему выбору, если обладаете способностью принимать решения, независимо от того, состоят ли посетители в кровном родстве либо браке с вами или являются гражданскими партнерами. Вы имеете на это право за исключением следующих случаев: посещение запрещено; медицинское учреждение обоснованно определяет, что присутствие конкретного посетителя будет угрожать здоровью или безопасности пациента, члена персонала медицинского учреждения либо другого посетителя медицинского учреждения, или его присутствие существенно нарушит работу медицинского учреждения; вы сообщили персоналу медицинского учреждения, что больше не хотите, чтобы конкретное лицо посещало вас. Однако сотрудники медицинского учреждения могут устанавливать соответствующие ограничения на посещение, включая ограничения по часам посещения и количеству посетителей. Медицинское учреждение должно проинформировать вас (или, при необходимости, вашего сопровождающего) о ваших правах на посещение, включая любые клинические ограничения либо запреты. Медицинское учреждение не имеет права ограничивать, ущемлять или иным образом отказывать в посещении по признаку расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, вероисповедания, пола, гендерной идентичности, сексуальной ориентации либо инвалидности.
19. На то, чтобы ваши пожелания принимали к сведению, если вы не обладаете способностью принимать решения, для определения лиц, которые могут вас посещать. Способ такого определения будет соответствовать федеральному законодательству и будет указан в политике медицинского учреждения в отношении посещений. Как минимум, сотрудники медицинского учреждения должны допускать всех членов вашей семьи и сопровождающих лиц в соответствии с федеральным законодательством.
20. Изучать информацию по своему счету и получать разъяснения независимо от источника оплаты. База данных об открытых платежах — это федеральный инструмент, используемый для поиска платежей, сделанных компаниями по производству лекарств и приборов врачам и учебным больницам. Ее можно найти по следующему адресу: openpaymentsdata.cms.gov.
21. Осуществлять эти права без дискриминации по признаку пола, экономического положения, образования, расовой принадлежности, цвета кожи, вероисповедания, происхождения, национальной принадлежности, сексуальной ориентации, гендерной идентичности и выражения, инвалидности, состояния здоровья, семейного положения, возраста, статуса зарегистрированного гражданского партнера, генетической информации, гражданства, основного языка, иммиграционного статуса (за исключением случаев, предусмотренных федеральным законодательством) или источника оплаты за обслуживание.
22. Подать жалобу. Если вы хотите подать жалобу в данное медицинское учреждение, то можете сделать это в письменном виде или позвонив в отдел по работе с пациентами либо адвокату пациента. Ваша жалоба будет рассмотрена, и вы получите письменный ответ. Он должен содержать имя и фамилию лица, с которым можно связаться в медицинском учреждении, сведения о мерах, принятых для рассмотрения жалобы, и результаты этого процесса, а также дату завершения процесса рассмотрения жалобы. Вопросы, касающиеся качества обслуживания или преждевременной выписки, также будут переданы в соответствующую Организацию по коллегиальному рассмотрению (Peer Review Organization, PRO) методов предоставления услуг и оценки их качества в зависимости от ситуации.
23. Подать жалобу в Департамент здравоохранения штата Калифорния независимо от того, воспользовались ли вы процедурой рассмотрения жалоб в медицинском учреждении. В Департамент здравоохранения штата Калифорния можно обратиться по номеру 800-228-5234 или по адресу 681 S Parker St., Suite 200 Orange, CA 92868.
24. Подать жалобу в Департамент по вопросам справедливых условий найма и равных прав в сфере жилья (Department of Fair Employment and Housing). Это можно сделать на веб-сайте www.dfeh.ca.gov, по номеру 800-884-1684 (телетайп: 800-700-2320) или по адресу 2218 Kausen Dr., #100, Elk Grove, CA 95758.