

Согласие пациента и договор на получение медицинских услуг от компании Lifespan

Согласие на прохождение обследования и лечение

Я понимаю, что в случае обращения в любую из больниц, входящих в сеть Lifespan (Bradley, Newport, Rhode Island, The Miriam), их клинику (Gateway Healthcare, Lifespan Physician Group, Inc., Coastal Medical) или в случае получения телемедицинских услуг (далее — «Центры оказания медицинской помощи») мне могут понадобиться различные медицинские обследования, диагностические процедуры, лекарства и средства для диагностики и лечения моей патологии. Я соглашаюсь пройти эти обследования и процедуры, которые будут сочтены необходимыми моими поставщиками медицинских услуг, также известными как «команда медицинского обслуживания». Я понимаю, что в ходе этих процедур могут быть взяты ткани и биологические жидкости, такие как кровь или моча, и что эти образцы также могут использоваться для диагностики, обучения, повышения качества, научных и определенных исследовательских целей. В целях идентификации или ведения документации могут собираться определенные нетекстовые данные, такие как фотографии, видеозаписи, аудиозаписи или цифровые записи, однако у меня есть право отказаться от этого. Эти данные могут также использоваться для подтверждения профессиональной аттестации или сертификации, публикаций в медицинских журналах или презентаций на семинарах и конференциях. Если эти нетекстовые данные будут использоваться в исследовательских целях или не будут полностью обезличены в соответствии с требованиями Закона об ответственности и переносе данных о страховании здоровья граждан (Health Insurance Portability And Accountability Act, HIPAA), мне предложат дать отдельное согласие на их использование.

Я понимаю, что медицина не является точной наукой, и подтверждаю, что мне не было предоставлено никаких гарантий в отношении эффективности каких-либо процедур, видов лечения, обследований и прочих медицинских услуг. Моя команда медицинского обслуживания будет информировать меня о наиболее оптимальных методах лечения моей патологии, и решения будут приниматься с учетом моих законных интересов как пациента. Я оставляю за собой право не давать согласия на проведение любой медицинской или хирургической процедуры или оказание другой медицинской услуги. Центр оказания медицинской помощи также имеет право отказаться выполнять любую процедуру в отсутствие четкого информированного согласия на ее выполнение с моей стороны или со стороны моего (-их) представителя (-ей). Я осознаю, что в случае отзыва согласия на

рекомендованную процедуру мной или моим (-и) представителем (-ями) лечение может быть предоставлено частично или оказаться полностью неэффективным.

Согласие на обследование и лечение новорожденного ребенка

Если во время этой госпитализации или визита у меня произойдут роды, я даю согласие на предоставление необходимых медицинских услуг моему новорожденному ребенку (новорожденным детям).

Переуступка прав (выплат) по страховому полису и разрешение на передачу медицинской информации поставщику услуг

Я понимаю, что поставщики услуг в некоторых Центрах оказания медицинской помощи могут не являться сотрудниками данного конкретного Центра оказания медицинской помощи Lifespan. Я разрешаю выплату своего страхового возмещения по медицинской страховке непосредственно соответствующему юридическому лицу Lifespan и любому аффилированному поставщику услуг Lifespan, оказывающему услуги во время данной госпитализации или визита. Я понимаю, что несу личную ответственность за оплату расходов, не покрываемых моей страховкой, и что обязан (-а) соблюдать положения договора с моим планом медицинского страхования. В некоторых случаях я могу получать отдельные счета за услуги неотложной помощи, интерпретации рентгеновских снимков и прочих видов диагностической визуализации, и что на услуги некоторых поставщиков могут выставляться счета, отдельные от счетов Центра оказания медицинской помощи.

Разрешение для Medicare

Если у меня есть страховка Medicare, я соглашаюсь с условиями поступления в госпитализации, описанными в этом соглашении. Я подтверждаю, что информация, предоставленная мной в связи с моим заявлением на участие в программе Medicare (статья XVIII Закона о социальном обеспечении), является верной. Я прошу, чтобы выплата любых разрешенных Medicare страховых возмещений, которая должна производиться от моего имени, производилась напрямую Центру оказания медицинской помощи или ее штатным поставщикам услуг. Я разрешаю раскрывать Центрам обслуживания Medicare и Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) и их представителям любую информацию, необходимую для определения моего права на страховые возмещения Medicare или сопутствующие услуги.

Финансовая ответственность

Я даю согласие на то, чтобы компания Lifespan связывалась со мной по телефону мной по любому номеру телефона, связанному с моим счетом, включая номера мобильной связи, в целях обслуживания моего счета и взыскания задолженности. Я также даю согласие на использование предварительно записанных голосовых сообщений или голосовых сообщений, озвученных с помощью искусственного интеллекта, и услуг автопрозвона. Я также разрешаю Центрам оказания медицинской помощи использовать любые неиспользованные мною средства для погашения моей задолженности перед другим Центром оказания медицинской помощи до возврата этих средств мне.

Электронные сообщения

Я даю согласие на получение электронных сообщений от администрации Lifespan, которые могут включать, в зависимости от ситуации, электронные письма, текстовые сообщения, СМС-сообщения или другие электронные сообщения для различных целей, таких как запись на прием, напоминание о визите, регистрация в программе, опросы, запросы, вопросы, касающиеся выставления счетов/оплаты, или уведомления, касающиеся порталов для пациентов MyLifespan и Coastal Medical. Я осознаю, что конфиденциальность и безопасность электронных сообщений не могут быть гарантированы, и лица, которым я сообщил (-а) свои адреса электронной почты или номера телефонов, могут иметь доступ к моей личной медицинской информации из этих сообщений.

Право на предварительные распоряжения

Если мой уровень медицинского обслуживания определен как стационар и/или наблюдение, мне была предоставлена информация о моем праве принимать медицинские решения и оформлять предварительные распоряжения (в форме завещания (living will) или медицинской доверенности (Durable Power of Attorney for Health Care)). Я обязуюсь предоставить своей команде медицинского обслуживания копию любого моего предварительного распоряжения, чтобы мои пожелания были известны и выполнялись надлежащим образом.

Личные вещи

Я понимаю, что Lifespan не несет ответственности за мои личные вещи, и что, принося их с собой в Центр оказания медицинской помощи Lifespan, я принимаю на себя риск их утраты.

Личные электронные устройства

Использование личных электронных устройств пациентами и посетителями для целей фотографирования или передачи фотоснимков, видео- или аудиозаписи пациентов, медицинских работников или сотрудников больницы запрещено.

Уведомление об использовании камер видеонаблюдения

В некоторых общественных зонах больницы, а также в некоторых местах нахождения пациентов, установлены камеры видеонаблюдения.

Согласие на участие в консьерж-программе Meds-2-Beds от сети аптек Lifespan Pharmacy

Если я являюсь стационарным пациентом больницы Rhode Island Hospital или The Miriam Hospital, а также стационарным пациентом или пациентом отделения неотложной помощи больницы Newport Hospital, я даю свое согласие на участие в консьерж-программе Meds-2-Beds в часы работы аптеки LifeSpan Pharmacy. Данная услуга предоставляется в часы работы аптеки в конкретных учреждениях.

Я автоматически становлюсь участником программы Lifespan Meds-2-Beds, чтобы урегулировать вопросы, связанные с выдачей лекарственных препаратов по назначению врача, и получить их перед выпиской из медицинского учреждения. Сотрудники розничных аптек сети Lifespan Pharmacy проводят необходимые проверки касательно льгот, получают необходимые предварительные разрешения, готовят препараты, выписанные по рецепту врача, и доставляют их в мою палату. Я могу отказаться от данной услуги в любой момент, в том числе непосредственно перед доставкой препаратов, сообщив об этом команде медицинского обслуживания или представителю Lifespan Pharmacy. Они примут во внимание мою просьбу и помогут отправить назначенные лекарственные препараты в указанную мной аптеку.

Согласие на участие в программе Lifespan (глава 42 Свода законов США, ЧАСТЬ 2) по раскрытию информации о моем лечении от наркотической или алкогольной зависимости

Если я прохожу лечение от наркотической или алкогольной зависимости (связанное с расстройством из-за употребления психоактивных веществ) в любом из аффилированных учреждений Lifespan, я также осознаю и соглашаюсь со следующим:

- Я даю согласие на то, чтобы программа Lifespan передавала данные о моих страховых случаях и данные о приемах, связанных с расстройствами, вызванными злоупотреблением психоактивными веществами, включая, среди прочего, информацию об истории болезни, диагнозе, лекарственных препаратах и лечении, в медицинскую карту LifeChart (мою электронную медицинскую карту в Lifespan), а также поставщикам и специалистам, оказывающим мне медицинские услуги, у которых есть право доступа к моей медицинской карте LifeChart, независимо от того, ведут ли они практику в аффилированном учреждении Lifespan. Срок действия этого разрешения закончится, когда Lifespan или ее организация-правопреемник, а также система электронных медицинских карт LifeChart и ее система-правопреемник прекратят свое существование.
- Я также даю согласие на то, чтобы Lifespan выдавала мне направления на получение сертифицированных реабилитационных услуг от аналогичных консультантов.
- Я понимаю, что могу отозвать это согласие, направив письменное уведомление в программу (-ы) Lifespan, где я когда-либо получал (-а) лечение от наркотической или алкогольной зависимости, но отзыв данного согласия не повлияет на раскрытие информации, осуществляемое на основании моего первоначального согласия.
- Я имею право ознакомиться с перечнем учреждений, которым была передана информация о моем лечении от наркотической или алкогольной зависимости в соответствии с этим согласием, но только за последние два года от момента подачи такого запроса.
- Подписывая настоящую форму согласия, я подтверждаю, что понимаю ее суть, и что она подразумевает, что информация о моем лечении, защищенная в соответствии с нормами конфиденциальности, изложенными в главе 42 свода федеральных правил, часть 2, может быть передана в медицинскую карту LifeChart и просматриваться поставщиками медицинских услуг и медицинскими специалистами.

Согласие на получение услуг в режиме телемедицины

Если визит осуществляется дистанционно в режиме телемедицины:

- Я даю согласие на обсуждение моей конфиденциальной информации и защищенной медицинской информации (ЗМИ), а также на лечение в интерактивном режиме с использованием устройств аудиовизуальной связи или обмена данными, так называемой «телемедицины», которая включает в

себя устный и визуальный обмен информацией, как если бы мы делали это в больнице или другом лечебном учреждении.

- Я могу отозвать данное согласие в любое время, и такие действия ни коим образом не повлияют на мое обслуживание, лечение или пользование преимуществами программы в будущем.
- Информация, раскрытая во время сеанса телемедицины, является конфиденциальной по закону, за исключением некоторых обязательных или разрешенных случаев, таких как сообщение о жестоком обращении или угрозе применения насилия.
- Я соглашаюсь совершать телемедицинские визиты в условиях, которые обеспечивают неприкосновенность частной жизни.
- В случае участия в групповой терапии в режиме телемедицины, я обязуюсь не обсуждать, не записывать каким-либо образом (видео-, аудио-, фотосъемка, снимок экрана и т. д.) и не передавать какую-либо частную информацию о ком-либо из участников группы или о содержании самой дискуссии кому-либо, кроме других участников группы или моей команды медицинского обслуживания.

- Телемедицина сопряжена с определенными рисками, такими как технические сбои, неполадки или несанкционированный перехват информации неуполномоченными лицами во время ее передачи или хранения.
- Я понимаю, что телемедицинские услуги могут быть не столь исчерпывающими, как очные, и при необходимости я могу обсудить другие варианты лечения.
- Я осознаю, что, несмотря на все усилия медперсонала, мое состояние может не улучшиться или даже ухудшиться.
- Счет за телемедицинские услуги выставляет мой план медицинского страхования, и в соответствующих случаях мне может понадобиться совершить доплату или оплатить франшизу.

Подтверждение

Подписывая данную форму согласия, я подтверждаю, что прочитал (-а) ее и ее содержание мне понятно. Я подтверждаю, что являюсь пациентом, родителем/опекуном пациента или надлежащим образом уполномоченным представителем пациента и способен (-на) ознакомиться с изложенными выше условиями и принять их. Я понимаю, что визит может проходить очно или в режиме телемедицины.

Настоящий бумажный экземпляр предназначен исключительно для предоставления информационных целей; оригинал с подписью в электронном виде включен в вашу медицинскую карту.

Согласие и согласие пациента (дата: 10 17 2023 г.)