



Patient MRN: _____

Patient DOB: _____

Patient Name: _____

Условия регистрации

1. **Согласие на медицинское обслуживание:** я даю согласие на медицинское обслуживание, которое может быть проведено в течение того времени, пока я являюсь пациентом. Сюда могут входить приемы в кабинета врача, несложные анализы крови или лабораторные процедуры, рентгеновские исследования, уход за больным, приемы в режиме телемедицины, электронные визиты, услуги скорой помощи, медицинские, хирургические и другие услуги, предоставляемые мне под руководством моего поставщика, лечащего врача или хирурга («поставщик»). Я понимаю, что медицинская практика не является точной наукой и что мое лечение может сопровождаться рисками. Я признаю, что в результате обследования или лечения мне не было предоставлено никаких гарантий.
2. **Больничный сестринский уход:** если мое лечение предполагает госпитализацию в больницу Adventist Health, я понимаю, что дипломированные и младшие медсестры обеспечивают общий сестринский уход и помощь, заказанные моим поставщиком. Если мне нужен частный сестринский уход, я (или мой законный представитель) согласен(согласна) принять такие меры.
3. **Правовые отношения с поставщиками**
 - a. **Клиника:** я понимаю, что нахожусь под наблюдением и контролем своего лечащего поставщика. Клиника Adventist Health и ее персонал несут ответственность за выполнение его указаний. Мой поставщик несет ответственность за получение от меня информированного согласия; при необходимости, на конкретное медицинское обслуживание, специальные диагностические или терапевтические процедуры, услуги клиники, предоставляемые мне в соответствии с его общими или специальными инструкциями.
 - b. **Больница:** многие поставщики, включая, в частности, радиологов, патологоанатомов, врачей скорой помощи, анестезиологов, кардиологов, хирургов, госпиталистов, некоторых практикующих медсестер и помощников врачей, предоставляющих мне услуги, НЕ являются сотрудниками больницы Adventist Health, получили привилегию на уход и лечение своих пациентов в больнице. Поставщики могут выставять отдельные счета за свои услуги. Я понимаю, что нахожусь под наблюдением и контролем своего поставщика. Больница Adventist Health и ее средний медицинский персонал несут ответственность за выполнение указаний моего поставщика. Я понимаю, что мой поставщик несет ответственность за получение моего информированного согласия; при необходимости, на конкретное медицинское и хирургическое обслуживание, специальные диагностические,



Patient MRN: _____

Patient DOB: _____

Patient Name: _____

терапевтические процедуры или услуги больницы, предоставляемые мне в соответствии с его общими или специальными инструкциями.

- c. **Уведомление для потребителей:** помощники врачей и поставщики медицинских услуг являются держателями лицензий и действуют в соответствии с требованиями Медицинского совета штата Орегон (971) 673-2700 www.oregon.gov/omb/.
4. **Фотографирование:** я даю согласие на фотографирование, видеозапись, цифровые или другие изображения, а также наблюдение в целях диагностики, лечения или для проведения операций, в том числе коллегиальной оценки, программ обучения или тренингов, проводимых Adventist Health.
5. **Согласие на госпитализацию новорожденных:** если я рожая ребенка (детей), будучи пациентом больницы Adventist Health, я соглашаюсь с тем, что настоящие Условия регистрации распространяются на новорожденного ребенка (детей) во всех лечебных заведениях Adventist Health, включая посещения клиники после родов.
6. **Личные вещи:** если в рамках моего лечения предусмотрена госпитализация в больницу Adventist Health, я понимаю, что Adventist Health предоставит мне место для хранения одежды, туалетных принадлежностей и других личных вещей. Я понимаю, что мне не разрешается хранить контрабанду или другие запрещенные предметы, и не рекомендуется хранить ценные вещи. Я подтверждаю, что несу ответственность за все личные вещи, которые хранятся в предоставленном месте. Adventist Health не несет ответственности за замену потерянных или помещенных не на свое место вещей.
7. **Учебная программа:** если компания Adventist Health проведет учебные программы, студентам будет разрешено участвовать в моем лечении, если я (или мой законный представитель) не уведомил(а) своего поставщика о том, что я не даю согласия на участие студентов в моем лечении.
8. **Недопущение дискриминации:** я проинформирован(а) о том, что Adventist Health не допускает дискриминации по признаку возраста, расы, этнической принадлежности, цвета кожи, происхождения, религии, культуры, языка, физических недостатков или психической неполноценности, социально-экономического статуса, пола, сексуальной ориентации, гендерной идентичности или самовыражения.



Patient MRN: _____

Patient DOB: _____

Patient Name: _____

9. **Уведомление о порядке использования личной информации:** я получил(а) копию уведомления о порядке использования личной информации (Notice of Privacy Practices, NPP), в котором описывается, когда компания Adventist Health может использовать или раскрывать мою информацию для лечения, оплаты и проведения медицинских операций, описываются мои законные права, связанные с этой информацией, и как я могу подать жалобу, если я считаю, что мои права были нарушены. Уведомление NPP включено в настоящие Условия регистрации и финансовое соглашение по данной ссылке. Данное уведомление предоставляется только при первом получении мною услуг от Adventist Health. В остальных случаях оно предоставляется по запросу.
10. **Финансовое соглашение:** я принимаю свою финансовую ответственность за все услуги во время моего лечения. Я понимаю, что могу получить отдельные счета от Adventist Health, поставщиков и других специализированных служб. Я согласен(-сна) своевременно оплачивать все счета за оказанные услуги в соответствии со стандартными тарифами и условиями Adventist Health и, если применимо, политикой финансовой помощи и скидок Adventist Health. Оплатить счет можно в режиме онлайн в системе **MyChart**. Если счет будет передан адвокату или учреждению для взыскания задолженности, я оплачу фактические расходы на оплату адвоката и расходы по взысканию задолженности. На все просроченные счета подлежат начислению проценты по установленной законом процентной ставке. Настоящим я разрешаю компании Adventist Health и/или ее агенту(-ам) запрашивать кредитную информацию в различных кредитных бюро для взыскания задолженности по моему счету, включая, в частности, взыскание задолженности по просроченным счетам, оценку запросов на финансовую помощь и обычную оценку кредитоспособности.
11. **Согласие на получение сообщений по электронной почте:** я был(-а) проинформирован(-а) о том, что, предоставляя свой адрес электронной почты компании Adventist Health, я даю прямое разрешение и согласие на получение сообщений от Adventist Health или от ее имени (в том числе от агентов, филиалов и независимых подрядчиков Adventist Health) по электронной почте. Такие сообщения могут включать, в частности, общие медицинские сообщения, такие как напоминания о приеме, предоперационные инструкции, результаты анализов или информация о постстационарном наблюдении, а также уведомления о выставлении счетов, уведомления об оплате, взыскание задолженности и рекламную информацию о новых услугах и поставщиках в Adventist Health. Кроме того, Adventist Health



Patient MRN: _____

Patient DOB: _____

Patient Name: _____

может периодически отправлять мне по электронной почте приглашения принимать участие в опросах о впечатлениях пациентов, в которых участвовать всегда необязательно. Я также признаю, что сообщения по электронной почте от Adventist Health не всегда могут быть полностью защищены и могут быть перехвачены третьей стороной, в результате чего другие лица могут иметь возможность просматривать сообщения, которые могут содержать мою защищенную медицинскую информацию. Если я не желаю продолжать получать электронные сообщения от Adventist Health, я понимаю, что у меня будет возможность отказаться от рассылки электронных сообщений в момент отправки сообщения или я могу написать по адресу support@ah.org.

12. Согласие на телефонные и текстовые сообщения: я был(-а) проинформирован(-а) о том, что, добровольно предоставляя свой номер телефона или мобильного телефона компании Adventist Health, я даю четкое разрешение и согласие на получение звонков с автоподключением и/или предварительной записью, а также текстовых сообщений SMS от Adventist Health или от ее имени (в том числе от агентов, филиалов и независимых подрядчиков Adventist Health) по данному номеру. Такие звонки и текстовые сообщения могут включать, в частности, общие медицинские сообщения, такие как напоминания о приеме, предоперационные инструкции, результаты анализов или информация о постстационарном наблюдении, а также информацию о новых услугах и поставщиках в Adventist Health. Кроме того, Adventist Health может периодически отправлять мне текстовые сообщения с приглашениями принимать участие в опросах о впечатлениях пациентов, в которых участвовать на постоянной основе необязательно. Я также четко признаю и соглашаюсь с тем, что такие звонки и текстовые сообщения могут быть связаны с уведомлениями о выставлении счетов, уведомлениями об оплате и взыскании задолженности, а также с рекламной информацией о новых услугах и поставщиках в Adventist Health. Будут применяться стандартные тарифы на отправку текстовых сообщений и передачу данных в зависимости от индивидуального оператора мобильной связи. Я также соглашаюсь, что любая информация о телефоне или мобильном телефоне, предоставленная компании Adventist Health, является правдивой и точной. Я также признаю, что текстовые сообщения не всегда могут быть полностью защищены и могут быть перехвачены третьей стороной, и понимаю, что если я передам свое мобильное устройство другим лицам, у них может быть возможность просматривать отправленные компанией Adventist Health сообщения, которые могут содержать мою защищенную медицинскую



Patient MRN: _____

Patient DOB: _____

Patient Name: _____

информацию. Если я не хочу продолжать получать звонки или SMS-сообщения, я понимаю, что у меня будет возможность прекратить или отказаться в момент отправки сообщения, выполнив инструкции по прекращению или отказу от получения звонков в голосовом или текстовом сообщении, или я могу написать по адресу support@ah.org.

13. Возмещение страховщиком понесенных расходов: я назначаю и разрешаю осуществлять прямую оплату в Adventist Health всех страховых и плановых выплат, которые подлежат уплате за полученное обслуживание. На основании данного разрешения все стороны соглашаются, что платеж страховой компании в Adventist Health удовлетворяет обязательства страховой компании, связанные с этим случаем лечения. Я также понимаю, что несу финансовую ответственность за расходы, не оплаченные в соответствии с данным назначением.

14. Финансовая помощь: я был(а) проинформирован(а) о политике финансовой помощи Adventist Health. Я понимаю, что дополнительную информацию об этой политике можно получить в зоне(-ах) регистрации учреждения или на сайте AdventistHealth.org/PortlandFinancialAssistance, позвонив по телефону (503) 782-9235 или (888) 311-1283. При наличии дополнительного остатка на моих счетах оплата производится после получения счета. Если я не застрахован(-а), я могу быть допущен(-а) к получению скидки на оказанные мне услуги в соответствии с политикой скидок для незастрахованных пациентов Adventist Health. Мы будем рады рассмотреть вашу финансовую ситуацию, чтобы определить, соответствуете ли вы критериям предоставления финансовой помощи. Свяжитесь с нашим отделом приема платежей по телефону (503) 782-9325.

15. Программы помощи в области фармацевтики/медицинского оборудования: фармацевтические компании, производители медицинского оборудования, некоммерческие организации и государственные учреждения спонсируют программы помощи пациентам, в рамках которых соответствующим критериям пациентам лекарства и медицинское оборудование предоставляются бесплатно или по сниженным ценам («Программы помощи пациентам»). Компания Adventist Health заключила договор с третьими сторонами на подачу заявлений от имени пациентов, чтобы получить льготы по программе. Adventist Health предоставляет вам эту услугу бесплатно. Подписывая эту форму, я уполномочиваю компанию Adventist Health и ее стороннего подрядчика действовать в качестве моего представителя с ограниченной целью подачи заявления на



Patient MRN: _____

Patient DOB: _____

Patient Name: _____

участие в программах помощи пациентам, доступных для пациентов Adventist Health. Полномочия, которые я предоставляю компании Adventist Health и ее стороннему подрядчику, предусматривают разрешение: (i) подписывать моим именем заявления на участие в программе помощи пациентам; (ii) рассматривать и раскрывать любую информацию, которую я предоставил(а) Adventist Health или которая содержится в моей медицинской карте, включая личные, медицинские и/или финансовые данные. Эта информация будет передана только организациям, спонсирующим программу. Adventist Health не может гарантировать, что мое заявление будет одобрено, но если Adventist Health получит лекарства/медицинское оборудование бесплатно или со скидкой в результате моего заявления, плата за лекарства или медицинское оборудование будет исключена или уменьшена из моего счета. Если я не хочу участвовать в данной программе, я понимаю, что у меня будет возможность прекратить участие или отказаться от участия, отправив по адресу support@ah.org электронное письмо, в котором будет указано, что я хочу быть исключенным(ой) из программы RecovRx.

16. Назначение Medicare: я подтверждаю, что информация, предоставленная мной при подаче заявления на получение выплат от любого стороннего плательщика, включая выплаты по Разделу XVIII Закона о социальном обеспечении, является верной. Я прошу, чтобы от моего имени производилась оплата разрешенных льгот, и разрешаю офису Администрации социального обеспечения Министерства здравоохранения и социальных служб США предоставлять информацию о моем соответствии квалификационным критериям для получения страхового покрытия по Medicare Part A и Medicare Part B, включая, в частности, дату вступления в силу страхового покрытия. Я также разрешаю Adventist Health и моему врачу(-ам) предоставлять Администрации социального обеспечения или ее посредникам или перевозчикам любую информацию, необходимую для данного или связанного с ним заявления(-ий) по программе Medicare.

17. Амбулаторные пациенты Medicare: Medicare не покрывает рецептурные препараты в амбулаторных условиях больницы, за некоторыми исключениями. «Самостоятельно назначаемые препараты» — это препараты, которые вы обычно принимаете по собственному желанию. Я признаю, что несу ответственность за оплату любых препаратов, предоставленных мне во время амбулаторного лечения и соответствующих определению рецептурного препарата согласно Medicare. Бенефициары Medicare Part D могут подать заявление на



Patient MRN: _____

Patient DOB: _____

Patient Name: _____

бумажном носителе в Medicare Part D Plan для возможного возмещения расходов на эти препараты в соответствии с регистрационными материалами Medicare Drug Plan.

18. Акт о самоопределении пациента: мне была предоставлена информация о предварительных распоряжениях (таких как долговременная доверенность на медицинское обслуживание и волеизъявление). Пожалуйста, поставьте инициалы или отметку рядом с **одним** из следующих пунктов:

- Я оформил(а) предварительное распоряжение, и меня попросили предоставить его копию в Adventist Health.
- Я оформил(а) предварительное распоряжение и предоставил(а) копию в Adventist Health.
- Я не оформил(а) предварительное распоряжение, но хочу его оформить. Я получил(а) информацию о том, как оформить предварительное распоряжение, и мне может потребоваться помощь в получении и/или заполнении предварительного распоряжения.
- Я не оформлял(а) предварительное распоряжение и не хочу оформлять его в настоящее время.

Мне была предоставлена возможность ознакомиться с настоящим документом, задать вопросы и была предложена копия документа для сохранения в моих записях. Я понимаю, что настоящие Условия регистрации будут действовать до тех пор, пока я не заполню другую форму Условий регистрации.

Подпись пациента/законного представителя:

X _____ Дата: _____

_____ Время: _____

Имя печатными буквами

- Я являюсь пациентом
 - Я уполномочен(а) пациентом подписывать от его имени
- Если вы не являетесь пациентом, укажите, пожалуйста, кем вы приходитесь пациенту.
- Супруг(-а)
 - Родитель
 - Законный представитель
 - Доверенность на медицинское обслуживание
 - Поручитель
 - Другое (пожалуйста, укажите) _____



Patient MRN: _____

Patient DOB: _____

Patient Name: _____

Witness Signature and Title:

Witness Signature: _____ Title: _____ Date: _____

Printed Name of Witness: _____ Time: _____ AM/PM

- OR -

Telephone Consent Obtained

Witness 1 Signature: _____ Print Name: _____

Title: _____ Date: _____ Time: _____ AM/PM

Witness 2 Signature: _____ Print Name: _____

Title: _____ Date: _____ Time: _____ AM/PM

Translation/Interpreter Statement:

Primary Language (if not English): _____

I have accurately and completely read the foregoing document to the signatory identified in the patient/legal representative's primary language. He/she understands all terms and conditions and acknowledges his/her agreement by signing this document.

Translator ID# _____ (Phone Video) Date: _____ Time: _____ AM/PM

- OR -

On-site Translator Name (Printed): _____

On-site Translator Signature: _____ Date: _____ Time: _____ AM/PM

Relationship: Certified Interpreter Patient-Appointed Agent Other _____