

## نموذج إقرار المريض وموافقته

### إصدار معلومات طبية:

أفوض فريق رعايتي بإصدار معلومات صحية مثل نتائج الاختبارات، و/أو معلومات الأدوية، و/أو الإجابات عن أسئلتني على نظامي للرد.

### الموافقة على التواصل:

أوافق على تلقي كافة أشكال التواصل من فريق رعايتي. قد يتصل بي مركز CHC، أو يرسل رسالة نصية، أو بريدًا إلكترونيًا أو يرسل لي معلومات مهمة مثل تذكيرات المواعيد، أو نتائج الاختبارات، أو خيارات العلاج، أو خدمات أو أحداث التنظيف الصحي. أدرك أنه يمكنني اختيار إلغاء المشاركة في أي وقت.

### الموافقة على الرعاية:

أوافق على خطة الرعاية المقترحة من فريق رعايتي. أدرك أنه يحق لي، أو لممثلي المفوض، اتخاذ قرار بقبول هذه الخطة أو رفضها. سأطرح الأسئلة حسب الحاجة وسأعلن عن رغباتي.

### إشعار الإصدار مقابل الدفع:

أدرك أن مركز CHC سيقدم أي تشخيص ومعلومات مطلوبة لضمان الدفع من شركات التأمين وأي دافعين من طرف خارجي مسؤولين ماليًا. أدرك أنه، ما لم أقتصر ذلك كتابيًا صراحةً، فإن هذا المطلوب قد يشمل جميع جوانب العلاج بما في ذلك اختبار و/أو علاج فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، أو الأمراض المنقولة جنسيًا، أو تعاطي المخدرات، أو حالات الصحة العقلية.

### الاتفاق المالي:

أدرك أن المدفوعات المشتركة تصبح مستحقة في وقت الخدمة. أعين المدفوعات من تأميني مباشرةً إلى مركز CHC. أدرك أنني مسؤول ماليًا أمام مركز CHC عن التكاليف غير المدفوعة من التأمين وأن تلك التكاليف مستحقة خلال 30 يومًا من إصدار الفاتورة. أدرك أنه بالإضافة إلى الفاتورة الواردة من مقدم خدمتي، فقد أستلم أيضًا فواتير منفصلة من المختبر، وقسم الأشعة، والخدمات المتخصصة الأخرى.

### استلام إشعار ممارسات المعلومات الصحية:

لقد عُرضت عليّ نسخة من ممارسات الخصوصية الخاصة بمركز CHC لإبلاغي بحقوق المتعلّقة بحماية معلوماتي الصحية. ولقد عُرضت عليّ أيضًا نسخة من سياسة عدم الحضور، لإبلاغي بأهمية الحفاظ على مواعيدي والعواقب الناجمة عن عدم إلغائها عندما لا أتمكن من القيام بذلك.

### حقوق المريض ومسؤولياته:

لقد عُرضت عليّ نسخة من حقوق المريض ومسؤولياته لمركز CHC التي تقدم لي معلومات بشأن كوني أحد المرضى لدى مركز CHC.

### الرعاية الصحية عن بُعد

أدرك أن زيارات الرعاية الصحية عن بعد قابلة للفوترة وأن مركز CHC سيتبع جميع قوانين خصوصية المريض. إذا كان إجراء زيارة شخصية مطلوبًا، فسيتم إخطاري بذلك. أدرك أنه في حالة فقدان الاتصال الإلكتروني، الأمر الذي قد يسبب مشكلات تتعلق بالخصوصية، فإن فريق رعايتي سيتصل بي مرة أخرى على الرقم الذي قدمته.

من خلال التوقيع أدناه، فإنك توافق على جميع المعلومات المذكورة أعلاه.

التوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

توقيع ولي الأمر/الوصي: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_  
(إذا كان المريض قاصرًا)