

McLaren Print System Order**Order No: 74839 Reprint Previous Order No: 73879****Order Date: 2023-01-23****User: Vasilis Kontoudis****Phone: 5869459611****Ship Location: Karmanos Cancer Institute- Macomb - Attn Lisa DiMaggio
1080 Harrington St
Mount Clemens, MI 48043****Forms****Quantity: 100****Paragon Dept No: 27905****Dept Name: Radiation Therapy****Company Number: 260****Order Total Price: 16.80****Item Number: MHCC-335 Arabic****Item Description: General Consent for Treatment - Arabic****Revision Date: 11/2022****Print: 1 sided black and white****Paper: 20# White Text****Size: 8.5 x 11****Fold:****Finish: Padded (25 Sheets Per Pad)****Drill: None****Misc Info: 4 pages; black and white;**

1. الموافقة العامة على القبول والتعويض

1. إنك توافق أثناء التوقيع على هذا الإقرار الكتابي والموافقة والتعويض المتضمنين على جميع أنواع الرعاية الطبية والخدمات المقدمة في المستشفى والمرفق، بما في ذلك الفحص الطبي والتمريض، والإجراءات التشخيصية، وإدارة وتقديم الأدوية، والعلاجات الطبية، وتنفيذ إجراءات فحص المخدرات والكحول، وفقاً لما يراه الطبيب (المتخصص) المعالج ضرورياً وأعضاء الطاقم الطبي الآخرين ومطعمي الرعاية الصحية. توافق متكاتفين على الرعاية الصحية (McLaren) وإذا أردت أن سخرنا مئة ألفاً ليست بشيء عظيمًا، وإنما لأنه لم يتم تقديم أية خدمات لي في ما يتعلق بتدبير الرعاية والتعويض الطبي.

أوافق بموجب هذه الاتفاقية مستشفى مكلارين (McLaren) بالاعتماد على عيادات أو أسبوعاً مألوفاً من جنس أدوية زيارتي، والاعتماد عليها واستعدادها للأعراض الصحية أو النفسية أو بالتخليص منها وفقاً لتقديره أو ما يراه مناسباً. أوافق مستشفى مكلارين بالتصديق على أني قد أوافقاً على أني أتعهد بمواصلة الرعاية الصحية والتعويض الطبي والتعويض النفسي بما فيها الصور الفوتوغرافية وأيضاً الأرقام وأيضاً التسجيلات كغيره، داخل من السجل الطبي ويمكن استخدامها كإشارات للمتابعة الصحية والأعراض المتغيرة. كما أنني أوافق على أن سجلي من مستشفى مكلارين هي مؤسسة طبية وأن الإجراءات الطبية والعلاجية التي يتم إجراؤها في تلك العيادة والفحص والتعويض والخدمات من قبل العديد من مقدمي الرعاية الصحية. أنا أوافق هؤلاء الأشخاص بالتوقيع بهذه الطريقة وتقديم المساعدة في رعاية

2. الموافقة على إجراء الفحوصات الخاصة

أنا أوافق أنه إذا تعرض أحد الموظفين العاملين في مستشفى مكلارين للتعرض أو الإصابة بحالات الطوارئ أو الإصابة الصحية أو أي موقف آخر في السنة الصحية التالية من أي من الفحوصات الشخصية التالية من أي من وسائل من جنس، فهذه إجراءات الاختبارات التي تشمل على سجلي الطبي لا تشمل عيوني من فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو التهاب الكبد الفيروسي من النوع ب أو التهاب الكبد الفيروسي من النوع سي بدون موافقتي، وذلك وفقاً لما نص عليه قوانين ميشيغان المعمورة لعام 2019 رقم 333.20191

3. الإفصاح عن المعلومات التأمينية

أنا أوافق مستشفى مكلارين (McLaren) والمؤسسات التابعة له بالإفصاح عن معلومات لي عنها بلغ كطرف ثالث، أو سجلي عنها بما في ذلك كل من تأمين الـ Medicare) والتأمين الخاص (Medicaid) والتأمين الخاص (Changpa) ومقر شركة أبلو كروس (Blue Cross/Blue Shield) وشركات التأمين الصحية التجارية، شركات التأمين على السيارات، شركات التأمين على تعرضي لإصابة جسدية، أمراض القلب، مشكلات العظام على الصحة، مشكلات مزمنة، الصحة النفسية، وحفظ الرعاية الدوائية، والتي قد تكون متوفرة عن الفحص في حالتي، أو وفقاً لما يقتضيه القانون، مثل هذه المعلومات من سجلي الطبي وحسب الضرورة من أجل الحصول على تعويض عن أي فواتير طبية تتعلق بحالتي بما في ذلك سجلات تعاطي الكحول والمشروبات الصحية بموجب التوقيع في الباب 42 من قانون التوقيع الغير الفيا (CFR) القسم 2، إن وجدت، وسجلات الخدمات الاستشارية إن وجدت، وسجلات الخدمة الصحية بما في ذلك الإحصائيات التي أعربها مع عامل إحصائي أو طبيب نفسي.

4. الإفصاح عن المعلومات الخاصة بالصحة العامة

أوافق مستشفى مكلارين بالإفصاح عن المعلومات الواردة في سجلي الطبي، بما في ذلك المعلومات حول الأعراض الصحية وأيضاً العيوني، على النحو المبدا في قانون ولاية ميشيغان وقواعد إدارة الصحة العامة أو إدارة الصحة في أي حال، والتي تشمل عيوني من فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) ومشاركة فحص الصحة العقلية (التهرب)، والأعراض السريرية (التهرب)، (AIDS) والأعراض التناسلية، والسجل، ومعلومات عن تعاطي الكحول وأيضاً المشروبات الصحية بموجب التوقيع الواردة في القسم 2 من قانون 42 من التوقيع الغير الفيا، سجلات الطب النفسي المعالجة الصحية



8206

الاسم
العنوان
البريد الإلكتروني