

СОГЛАШЕНИЕ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В ГОСПИТАЛЬ

ADMISSION AGREEMENT

Если Вы имеете какие-либо вопросы, касающиеся этого документа, или не понимаете какую-либо часть из него, или нуждаетесь в помощи переводчика, попросите Вашего терапевта или другое лицо, ответственное за лечение.

If you have any questions about this document or do not understand any portion of it, or need an interpreter, ask your physician or other health provider.

Фамилия, имя пациента _____
Name of Patient

Фамилия, имя лечащего врача /ей/ _____
Name of Attending Physician(s)

Дата поступления _____ Время _____ /утро/ /после обеда/
Date of Admission Time (a.m.) (p.m.)

Я, _____ при сим
(Фамилия, имя клиента или фамилия, имя ответственного лица, действующего от имени клиента)
даю согласие на оказание такой помощи и лечения, которые рекомендованы
названным лечащим врачом /ами/ и другими врачами, которые могут посещать
меня, если это необходимо и, если помощь может предоставляться или оказываться
этим учреждением, его штатом, сотрудниками, агентами и студентами.

I, _____, hereby
(Name of patient or Name of authorized representative acting on behalf of patient)
consent to the rendering of such care and treatment as the named attending physician(s)
and other physicians who may attend to me consider to be necessary and as may be
administered or rendered by this facility, its staff, employees, agents and students.

Я признаю, что помощь, которую Я получаю во время нахождения в этом учреждении, оказывается под руководством моего терапевта /ов/. Это учреждение не несет ответственности за действия и ошибки моего /их/ терапевта /ов/.

I acknowledge the care I receive while in the facility is under the direction of my physician(s). This facility is not responsible for the acts or omissions of my physician(s).

Я понимаю, что медицинская и хирургическая практика не являются сверх научными, и что диагностирование и лечение могут включать риск повреждения и даже смерть. Я признаю, что никакие гарантии не могут быть предоставлены мне в результате осмотра или лечения в этом учреждении.

I understand that the practice of medicine and surgery is not an exact science and that diagnosis and treatment may involve risks of injury, or even death. I acknowledge that no guarantees have been made to me as to the result of examination or treatment in this facility.

Я понимаю, что многие из терапевтов, находящихся в штате этого учреждения, включая названного выше лечащего врача /ей/, могут не являться сотрудниками или агентами этого учреждения, но могут быть независимыми подрядчиками, которым предоставлено право на использование этого учреждения для медицинского обслуживания своих клиентов. Далее, я осознаю, что там может быть медицинский персонал, медсестры и другие работники по уходу, проходящие обучение, которые могут присутствовать во время ухода за клиентами, если необходим уход, это является частью их обучения. Фотографии, видео или другие другие компьютерные изображения могут быть использованы в целях обучения, до тех пор пока пациент не ставит других условий.

I understand that many of the physicians on the staff of this facility, including the attending physician(s) named above, may not be employees or agents of the facility, but, may be independent contractors who have been granted approval to use the facility for the care and treatment of their patients. Further, I realize that there may be medical, nursing and other health care personnel in training who, unless requested otherwise, may be present during patient care as a part of their education. Photographs, video or other electronic imaging may be used for educational purposes, unless a patient expressly requests otherwise.

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ПРАВ НА ИНФОРМАЦИЮ

RELEASE OF INFORMATION

Таким образом Я признаю, что это учреждение и мой лечащий врач имеют право передавать по компьютеру или другим путем любую медицинскую информацию,

касающуюся моего здоровья, включая копии моей истории болезни, следующим лицам:

I hereby acknowledge that this facility and my treating physician may release, by electronic means or otherwise, any medical information concerning my care, including copies of my medical records, to the following.

- Любым медицинским специалистам, вовлечённым в уход за мной, с целью облегчения продолжительности моего выздоровления.
- any health professionals involved in my care for the purpose of facilitating the continuity of my medical care
- Любому человеку или ответственному лицу, или любому человеку или ответственным лицам, действующим как агенты, люди, ответственным за оплату, включая третьих лиц, плательщиков, лиц, имеющих страховку самостоятельно, тех кто имеет рабочую компенсацию и государственным агентствам, оплачивающих за медицинские услуги, предоставленные мне работниками этого учреждения или любому человеку, проводящему обслуживание в этом учреждении или любом из его филиалов.
- any person or entity responsible for, or any person or entity acting as agent for, the party responsible for payment, including third party payors, self-insurers, worker's compensation carriers and governmental agencies, payment for the medical services rendered to me at the facility by employees of the facility or any person providing services at the facility or any affiliate
- Любым федеральным, штатным или другим государственным или в некоторой степени государственным агентствам или другим лицам, которым положено докладывать по закону, или с целью проверки соответствия спонсируемых государственных льготных программах.
- any federal, state or other governmental or quasi-governmental agencies or other such parties as required by law for purposes of reporting, or for purposes of determining eligibility in government sponsored benefit programs
- Любому человеку или лицам, участвующим в проверке качества обучения, проводящим обзор или аналогичное изучение качества ухода, проводимого в данном учреждении филиалах и /или их врачами.
- any person or entity participating in quality studies, utilization review or similar studies of the care rendered by the facility, affiliates and/or their physicians

- Поставщикам любых продуктов крови или кровь, которые могут быть даны мне, с целью проверки контрольного качества и проверки получателя этого продукта.
- the supplier of any blood or blood products which may administered to me for the purposes of quality control and recipient monitoring
- Любому учреждению, проводящему последующий уход, домашний уход в учреждениях длительного проживания, или агентству по домашнему уходу с целью оказания ухода за моим здоровьем.
- any continuing care, residential, or long-term facility, or home health agency for the purpose of providing services for my care

ПРАВА КЛИЕНТА

PATIENT RIGHTS

Я признаю, что получил информацию о правах клиента, объясняющую мои права как пациента данного учреждения.

I acknowledge receipt of the patient rights information explaining my rights as a patient of this facility.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДИРЕКТИВЫ

ADVANCE DIRECTIVES

Я признаю, что меня спросили, или Я имею предварительные директивы и Я был информирован о моем праве принимать медицинские решения, мое право принять предварительные директивы, исполненные по государственному закону, полису учреждения, касающихся уважения предварительных директив, и мое право не быть дискриминированным, независимо от того имею ли Я, или не имею предварительные директивы.

Инициалы
пациента

I acknowledge that I have been asked if I have an advance directive and have been informed of my right to make medical decisions, my right to make an advance directive pursuant to state law, the facility's policy concerning honoring advance directives and my right not to be discriminated against based on whether I have an advance directive.

Patient
initials

ЦЕННОСТИ/ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА

VALUABLES/PATIENT RESPONSIBILITY

Я получил совет оставить ценности дома/ или сохранять ценности в сейфе учреждения/ на время госпитализации. Если Я предпочел не делать этого, Я понимаю всю ответственность за их потерю или ущерб любой личной собственности, включая деньги, кредитные карточки, одежду, ювелирные изделия, очки, линзы, зубные протезы, слуховые аппараты, багаж или другие вещи во время моего нахождения в учреждении.

I have been advised to leave valuables at home (or deposit valuables in the facility's safe) during hospitalization. Should I choose not to do so, I assume all responsibility for the loss of, or damage to, any personal property including money, credit cards, clothing, jewelry, glasses/contacts, dental devices, hearing aids, documents, luggage or any other items during my stay.

ОПЛАТА ЗА МЕДИЦИНСКОЕ И ОТНОСЯЩЕЕСЯ К НЕМУ ОБСЛУЖИВАНИЕ

PAYMENT FOR MEDICAL AND RELATED CARE

Я соглашаюсь оплатить учреждению и врачом (доктором) за все услуги, оказанные этим учреждением. Многие из врачей, оказывающие услуги пациенту, являются независимыми контракторами и не являются сотрудниками или представителями этого учреждения. Следовательно, я понимаю, что могу получить отдельный счет за их услуги. Если требования для получения направления для предварительного, второго мнения или предварительного освидетельствования по обслуживанию, как требует мой страхователь, бенефитный план или другие плательщики, не были выполнены, Я, как пациент, и /или поручитель, могу нести в некоторых случаях персональную ответственность за все предварительные счета.

I agree to pay the facility and physicians for all services rendered at this facility. Many physicians furnishing services to the patient are independent contractors and are not employees or agents of this facility. Consequently, I understand that I may receive a separate bill for their services. If the requirements for referral, second opinion or pre-certification of care as outlined by my insurer, benefit plan or other payor, have not been followed, I, as patient and/or guarantor, may in some instances be personally responsible for all charges incurred.

<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<i>Подпись свидетеля</i>	<i>Дата/время</i>	<i>Подпись второго свидетеля</i>	<i>Дата/время</i>
<i>Witness' Signature</i>	<i>Date/Time</i>	<i>/если устно/по телефону/ клиент отмечает/ Second Witness' Signature</i>	<i>Date/Time</i>
		<i>(If Oral/Telephone/Patient Mark)</i>	

<hr/>	<hr/>	<hr/>
<i>Подпись поручителя</i>	<i>Дата</i>	<i>Пожалуйста, напишите фамилию, имя печатными буквами</i>
<i>Signature of Guarantor</i>	<i>Date</i>	<i>Please Print Name</i>