

## ADMISSION AGREEMENT

موافقت نامه پذیرش بیمار

**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.**

اگر در مورد این سند سوالی دارید یا هر بخشی از آن را درک نمی کنید، یا نیاز به مترجم شفاهی دارید، از پزشک خود یا ارائه دهنده بهداشتی دیگر سوال کنید.

Name of Patient: \_\_\_\_\_

Name of Attending Physician(s): \_\_\_\_\_

Date of Admission: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ (a.m.) (p.m.)  
اسم بیمار: \_\_\_\_\_

اسم پزشک (های) معالج: \_\_\_\_\_

تاریخ پذیرش: \_\_\_\_\_ زمان: \_\_\_\_\_ (پیش از ظهر) (بعد از ظهر)

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.

اینجانب، \_\_\_\_\_، بدینوسیله  
(اسم بیمار یا اسم نماینده مجازی که از سوی بیمار عمل می کند)

به ارائه هرگونه مراقبت و مداوایی که پزشک (های) معالج نام برده شده و پزشکان دیگری که ممکن است مرا معالجه کنند لازم بدانند و توسط این تسهیلات، کادر اداری، کارکنان، مأمورین و دانش آموزان آن ممکن است سرپرستی یا ارائه شود رضایت می دهم.

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).

اینجانب تصدیق می کنم مراقبتی که در حین اقامت در این تسهیلات دریافت می کنم تحت نظارت پزشک (های) من می باشد. این تسهیلات مسئول اعمال یا سهل انگاری های پزشک (های) من نیست.

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.

اینجانب توجه دارم که روند پزشکی و جراحی علوم دقیقه نیست و تشخیص و مداوای بیماری ممکن است شامل خطر جراحی یا حتی مرگ باشد. اینجانب تصدیق می‌کنم که تضمینی در مورد نتیجه معاینه یا مداوا در این تسهیلات به من داده نشده است.

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.

اینجانب توجه دارم که بسیاری از پزشکان در کادر اداری این تسهیلات که شامل پزشک (های) معالجه می‌شود که در بالا ذکر شد، ممکن است جزء کارمندان یا نمایندگان این تسهیلات نبوده، بلکه پیمانکاران مستقلی می‌باشند که برای استفاده از این تسهیلات برای مراقبت و مداوای بیمارانشان اجازه دریافت کرده اند. علاوه بر این، توجه دارم که ممکن است پرسنل پزشکی، پرستاری و سایر مراقبت‌های بهداشتی در حال کارآموزی وجود داشته باشد که به غیر از مواردی که درخواست شود، ممکن است به عنوان بخشی از آموزش خود در طول مراقبت بیمار حضور داشته باشند. ممکن است از عکس، ویدئو و تصویربرداری الکترونیک دیگر برای منظورات آموزشی استفاده شود، مگر اینکه بیمار صریحاً طور دیگری درخواست کرده باشد.

## RELEASE OF INFORMATION

## واگذاری اطلاعات

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:

بدینوسیله تصدیق می‌کنم که این تسهیلات و پزشک معالج من می‌توانند توسط روش‌های الکترونیک و غیره هرگونه اطلاعات پزشکی را در رابطه با مراقبت من به نهادها و اشخاص زیر واگذاری کنند که شامل نسخه‌هایی از مدارک پزشکی ام می‌شود:

- any health professionals involved in my care for the purpose of facilitating the continuity of my medical care
- 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
- 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
- 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
- the supplier of any blood or blood products which may administered to me for the purposes of quality control and recipient monitoring
- any continuing care, residential, or long-term facility, or home health agency for the purpose of providing services for my care

● هر متخصص بهداشتی که در مراقبت از من به منظور ایجاد تسهیلات در ادامه مراقبت پزشکی ام مشارکت می‌کند

● هر شخص یا نهاد مسئول ویا هر شخص یا نهادی که به عنوان نماینده شخص مسئول برای پرداخت هزینه عمل می‌کند، شامل پرداخت کننده‌های شخص ثالث، خود بیمه‌گران، بیمه‌گران بیمه از کارافتادگی کارگران و سازمان‌های دولتی، پرداخت برای خدمات پزشکی که در این تسهیلات توسط کارمندان تسهیلات به من ارائه شده یا هر شخصی که خدمات را در این تسهیلات یا هر نهاد وابسته ارائه می‌کند

● هرگونه سازمان فدرال، ایالتی ویا سازمان‌های دولتی یا شبه دولتی دیگر یا اشخاص مشابه دیگر که قانون برای منظورات ارائه گزارش ملزم می‌دارد یا برای منظورات تشخیص واجد شرایط بودن در برنامه‌های مزایای ضمانت شده دولتی

- هر شخص یا نهادی که در پژوهش های کیفی، مرور بهره بری یا پژوهش های مشابه مراقبت ارائه شده توسط این تسهیلات، نهادهای وابسته و/یا پزشکانش شرکت می کند
- تأمین کننده هرگونه خون یا محصولات خونی تزریق شده به من برای منظورات کنترل کیفیت و نظارت بر دریافت کننده
- هرگونه تسهیلات مراقبت مداوم، مسکونی یا دراز مدت یا سازمان بهداشت در منزل، به منظور ارائه خدمات مراقبتی به من

## PATIENT RIGHTS

### حقوق قانونی بیمار

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

اینجانب تصدیق می کنم که اطلاعات حقوق قانونی بیمار را دریافت کرده ام که حقوق قانونی مرا به عنوان یک بیمار در این تسهیلات تشریح می کند.

## ADVANCE DIRECTIVES

### دستورات ادامه حیات

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

حروف اول  
اسم بیمار

اینجانب تصدیق می کنم که از من پرسیده شده که آیا دستورات نحوه ادامه حیات دارم و حقوق قانونی من در مورد تصمیمات پزشکی، حقوق قانونی ام در مورد ایجاد دستورات نحوه ادامه حیات پیرو قانون ایالتی، خط مشی این تسهیلات در مورد محترم شمردن دستورات نحوه ادامه حیات و حقوق قانونی من در رابطه با عدم تبعیض براساس اینکه آیا دستورات نحوه ادامه حیات دارم به آگاهی من رسانده شده است.

## VALUABLES/PATIENT RESPONSIBILITY

### اقلام ارزشمند/مسئولیت بیمار

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.

به من توصیه شده که در طول مدت بستری شدن ارقام ارزشمندم را در خانه نگه دارم (یا ارقام ارزشمندم را در گاوصندوق تسهیلات قرار دهم). اگر تصمیم بگیرم که اینکار را نکنم، همه مسئولیت ها در رابطه با مفقود شدن یا آسیب وارد شدن به هرگونه دارایی شخصی را تقبل می کنم که شامل پول، کارت های اعتباری، لباس، جواهرات، عینک/لنزهای تماسی، آلات دندانپزشکی، سمعک، اسناد، چمدان یا هرگونه ارقام دیگر در طول اقامتم می شود.

## PAYMENT FOR MEDICAL AND RELATED CARE

© MHA Immigrant, Refugee & Translation Services Steering Committee, 2002  
Admission Agreement

© کمیته راهبری خدمات مهاجرین، پناهندگان و ترجمه MHA، 2002  
موافقت نامه پذیرش بیمار

## پرداخت هزینه مراقبت پزشکی و مراقبت مربوطه

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.

اینجانب موافقت می کنم که هزینه همه خدماتی که در این تسهیلات ارائه شده را به این تسهیلات و پزشکان بپردازم. بسیاری از پزشکانی که خدماتی را به بیمار ارائه می کنند پیمان کاران مستقل بوده و کارمند یا نماینده این تسهیلات نیستند. در نتیجه توجه دارم که ممکن است یک صورتحساب جداگانه برای خدمات آنها دریافت کنم. اگر شرایط معرفی نامه، نظریه ثانوی یا پیش جواز به طوری که توسط بیمه گر من، برنامه مزایا یا پرداخت کننده دیگر ذکر شده دنبال نشده باشد، من به عنوان بیمار و/یا تضمین کننده ممکن است در بعضی موارد شخصاً برای همه هزینه های متحمل شده مسئول باشم.

## ASSIGNMENT OF BENEFITS

### تخصیص مزایا

I hereby authorize and assign payment to this facility of any type of reimbursement or payment due from Medicare, Medicaid or any other third party payor, for any and all cost incurred for my medical and related care at this facility and/or by the independent contractors providing services at this facility.

بدینوسیله اجازه پرداخت هرگونه بازپرداخت یا وجوه قابل پرداخت از طرف Medicare، Medicaid یا هرگونه پرداخت کننده شخص ثالث دیگر را برای همه و هرگونه هزینه متحمل شده برای مراقبت پزشکی و مراقبت های مربوطه در این تسهیلات و/یا توسط مقاطعه کارهای مستقلی که خدماتی را در این تسهیلات ارائه می کند به این تسهیلات صادر کرده و تخصیص می دهم.

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

### اعلامیه روال محرمانگی

I hereby acknowledge that I have received a copy of this facility's notice of privacy practices that explains this facility's use and disclosure of any protected health information.

Patient  
initials

بدینوسیله تصدیق می کنم که نسخه ای از اعلامیه روال محرمانگی این تسهیلات را دریافت کرده ام که استفاده و افشاکری هرگونه اطلاعات بهداشتی محافظت شده توسط این تسهیلات را تشریح می کند.

حروف اول  
اسم بیمار

THIS FORM HAS BEEN FULLY EXPLAINED TO ME, AND I AM SATISFIED THAT I UNDERSTAND ITS CONTENT AND SIGNIFICANCE.

این فرم به طور کامل برای من توضیح داده شده و قبول دارم که محتویات و معنی آنرا درک می کنم.

OR

\_\_\_\_\_  
*Patient's Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date/Time*  
\_\_\_\_\_  
*Date/Time*

\_\_\_\_\_  
*Signature/Relationship*

(Parent/Legal Guardian/Responsible Person)

یا

\_\_\_\_\_  
*امضاء/وابستگی*  
*(ولی/قیم قانونی/فرد مسئول)*

\_\_\_\_\_  
*تاریخ/زمان*  
\_\_\_\_\_  
*تاریخ/زمان*

\_\_\_\_\_  
*امضای بیمار*

\_\_\_\_\_  
*Witness' Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date/Time*  
\_\_\_\_\_  
*Date/Time*

\_\_\_\_\_  
*Second Witness' Signature*

(If Oral/Telephone/Patient Mark)

\_\_\_\_\_  
*امضای شاهد دوم*  
*(اگر بطور شفاهی/تلفنی/نشان بیمار بوده است)*

\_\_\_\_\_  
*تاریخ/زمان*  
\_\_\_\_\_  
*تاریخ/زمان*

\_\_\_\_\_  
*امضای شاهد*

\_\_\_\_\_  
*Signature of Guarantor*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Please Print Name*

\_\_\_\_\_  
*لطفاً اسم را با حروف بزرگ قید کنید*

\_\_\_\_\_  
*تاریخ*

\_\_\_\_\_  
*امضای ضامن*