



# SPARTANBURG

Regional Healthcare System SMC SHRC PMC UMC CMC MGC

## ОБЩЕЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ / СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА СОГЛАСИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ВЫПЛАТ

Ниже излагаются условия предоставления услуг компанией Spartanburg Regional Health Services District, Inc. (далее — «SRHS») пациенту, чьи имя и фамилия указаны внизу этой страницы.

### СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ

Я (мы) добровольно даю (даем) согласие на лечение и выполнение диагностических процедур компанией Spartanburg Regional Health Services District, Inc. и связанными с ней больницами, врачами, специалистами и другими сотрудниками. Я (мы) даю (даем) согласие на выполнение анализов на наличие инфекционных заболеваний, в частности сифилиса, СПИДа и гепатита, а также на предмет употребления наркотиков, если мой (наш) врач считает это целесообразным. Мне (нам) известно, что практическая медицина и хирургия не являются точными науками, и я (мы) подтверждаю (-ем), что мне (нам) не давали никаких гарантий относительно результатов лечения или обследования.

### СОГЛАСИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ

Больница, медицинское учреждение и лечащий врач имеют право передавать любую медицинскую информацию, требуемую при рассмотрении заявлений или представлении информации для финансового покрытия, планирования выписки и дальнейшего лечения. Такая информация включает сведения о психиатрической помощи, половом насилии и анализах на инфекционные заболевания, включая СПИД / ВИЧ, необходимые для оказания услуг в ходе данного посещения. Я (мы) также даю (даем) согласие на передачу медицинской или иной информации обо мне федеральным или действующим на уровне штата государственным регулирующим органам в соответствии с требованиями законодательства.

### ПЕРЕДАЧА ПРАВ НА СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ

Я (мы) гарантирую (-ем) уплату всех сумм, начисленных за пациента или в счет его задолженности, и я (мы) передаю (-ем) свои права на любые страховые выплаты или иное финансирование врачу и SRHS. Я (мы) понимаю (-ем), что взыскание таких средств является возмещением расходов и не подлежит обсуждению, а также что SRHS ожидает оплаты в полном размере и что принятие частичной оплаты не отменяет права SRHS на получение оплаты в полном размере даже при наличии противоречащих этому положений, связанных с частичной оплатой.

Я (мы) понимаю (-ем) свое обязательство уплачивать любые суммы, не покрываемые страховкой или иными видами льгот. Я (мы) понимаю (-ем), что при взыскании этой задолженности SRHS может получить мою (нашу) кредитную историю для ознакомления. Если эта задолженность будет передана в коллекторское агентство или адвокату для взыскания или взыскана в соответствии с Законом Южной Каролины о взыскании задолженности в порядке зачета требований (SC Setoff Debt Collection Act), я (мы) обязуюсь (-емся) оплатить все расходы и сборы, связанные с взысканием, включая обоснованные гонорары адвоката. Для участников программы Medicare: мной (нами) предоставлена вся необходимая информация для надлежащей передачи выплат по программе Medicare. Я (мы) настоящим предоставляю (-ем) SRHS, своим правопреемникам и сторонним коллекторским агентствам разрешение и согласие на совершение следующих действий: (1) связываться со мной по телефону по любому номеру, который имеет ко мне отношение, в том числе по номерам мобильной связи; (2) оставлять для меня сообщения на автоответчике и голосовые сообщения и включать в любые такие сообщения информацию, требуемую по закону (включая законы о взыскании задолженности) и (или) относящуюся к суммам моей задолженности; (3) отправлять мне текстовые сообщения или электронные письма на любой предоставленный мной адрес электронной почты; (4) использовать предварительно записанное голосовое сообщение / сообщение, созданное с помощью голосового помощника, и / или устройство автоматического набора номера («автодозвон») в связи с любой перепиской, относящейся ко мне или связанной с моей учетной записью.

### ФОТО-, ВИДЕО- И ТЕЛЕСЪЕМКА

Я (мы) даю (даем) согласие на фото-, видео- и / или телесъемку в целях идентификации, диагностики и / или лечения. Я (мы) даю (даем) согласие на видеонаблюдение в помещениях, где пациенту оказывается помощь, в целях обеспечения медицинского ухода и безопасности.

### ПЕРЕДАЧА ЦЕННЫХ ВЕЩЕЙ ПАЦИЕНТОВ БОЛЬНИЦЫ

В больнице меня (нас) попросили проверить свои ценные вещи и дать свое согласие на освобождение системы здравоохранения от какой-либо ответственности за сохранность этих вещей, а также взять на себя ответственность за любые вещи, которые не были переданы на хранение больнице. Любые ценные вещи, которые пациенты не забрали в течение 30 (тридцати) дней после выписки, становятся собственностью больницы.

### ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕНИЯ УВЕДОМЛЕНИЯ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Мной (нами) получен экземпляр Уведомления о порядке использования конфиденциальной информации (Notice of Privacy Practices, NPP) до / во время первого посещения любого учреждения SRHS. Кроме того я понимаю, что уведомление NPP представлено на информационных стендах во всех отделениях SRHS, а также на сайте [www.spartanburgregional.com](http://www.spartanburgregional.com). В NPP говорится о том, как можно использовать или передавать мою медицинскую информацию. Я понимаю, что мне необходимо внимательно ознакомиться с этим уведомлением. Мне известно, что в NPP в любое время могут быть внесены изменения.

### НЕЗАВИСИМЫЙ СТАТУС ВРАЧЕЙ

Я (мы) понимаю (-ем) и признаю (-ем), что некоторые врачи, оказывающие услуги мне / пациенту, такие как рентгенологи, специалисты по лабораторной диагностике и анестезиологи, могут быть независимыми подрядчиками, а не сотрудниками или агентами системы здравоохранения. Ответственность за действия или бездействие этих независимых специалистов, работающих по договору, несут они сами, а не система здравоохранения. Эти независимые специалисты, работающие по договору и оказывающие профессиональные услуги мне / пациенту, могут выставлять счета и взыскивать задолженность отдельно от системы здравоохранения. Кроме того я (мы) понимаю (-ем), что каждый поставщик медицинских услуг может иметь индивидуальный договор с организацией регулируемого здравоохранения (Health Maintenance Organization, HMO) или организацией рекомендованных специалистов и лечебных учреждений (Preferred Provider Organization, PPO). Эти договоры могут отличаться от договоров, заключенных с системой здравоохранения. Я (мы) понимаю (-ем), что в каждом отдельно взятом случае мне (нам) необходимо уточнять, входит ли поставщик медицинских услуг в сеть страховой компании, обслуживающей меня / пациента.

Дата рождения пациента \_\_\_\_\_

Имя и фамилия пациента \_\_\_\_\_

Дата и время \_\_\_\_\_

Подпись пациента / родителя / опекуна / законного представителя  
(кем приходится пациенту) \_\_\_\_\_

Patient Label