

Информация о пациенте

Фамилия: _____ Имя: _____ Средний инициал: _____

Дата рождения: ____/____/____ Предыдущее имя: _____ Мобильный: _____

Домашний телефон: _____ Email: _____ № соц. страхования: _____

Адрес, строка 1: _____ Адрес, строка 2: _____

Город: _____ Штат: _____ ZIP-код: _____ Округ: _____

Семейное положение (*выберите одно*):☐ Не женат/не замужем ☐ Женат/замужем ☐ Разведен(а) ☐ Вдовец/вдова ☐ РазъехалисьОсновной язык (*выберите одно*):☐ Английский ☐ Испанский ☐ Тагальский ☐ Другой язык (укажите): _____

Необходима ли вам специальная помощь?

☐ Нет ☐ Язык жестов ☐ Переводчик ☐ Другое (укажите): _____Предпочтительный способ связи (*отметьте все подходящие*):☐ Телефон ☐ Текстовое сообщение ☐ Email ☐ Почта

Пол при рождении:

☐ Мужской ☐ Женский

Сексуальная ориентация:

☐ Гетеросексуальная ☐ Лесбиянка/гей/гомосексуальная ☐ Бисексуальная
☐ Iba ra: _____ ☐ Предпочитаю не сообщать

Гендерная идентичность:

☐ Мужчина ☐ Женщина ☐ Трансгендерный мужчина ☐ Трансгендерная женщина
☐ Другая: _____ ☐ Предпочитаю не сообщать

Раса (отметьте все подходящие):

☐ Индеец азиатского происхождения	☐ Другой азиат (укажите): _____	☐ Черный/афроамериканец
☐ Китаец	☐ Коренной житель Гавайев	☐ Американский индеец / коренной житель Аляски
☐ Филиппинец	☐ Другой житель островов Тихого Океана	☐ Белый
☐ Японец	☐ Гуаманец/чаморро	☐ Предпочитаю не сообщать
☐ Кореец	☐ Самоанец	
☐ Вьетнамец		

Этническая принадлежность:

☐ Мексиканец / мексикано-американец / чикано(а)	☐ Другое латиноамериканское или испанское происхождение
☐ Пуэрториканец	☐ Не латиноамериканское или испанское происхождение
☐ Кубинец	

Вы бездомный(ая)?

☐ Да (выберите один вариант ниже)

☐ Нет

☐ Приют

☐ Переходное жилье

☐ Совместное проживание у других людей

☐ Улица

☐ Постоянное поддерживаемое жилье

Статус сельскохозяйственного работника:

☐ Мигрирующий

☐ Сезонный

☐ Не применимо

Военный статус: *Считаете ли вы себя ветераном вооруженных сил США?*

☐ Да

☐ Нет

Основная медицинская страховка

Страховая компания: _____ План (если применимо): _____

№ группы: _____ ID подписчика: _____

Имя застрахованного (как указано на страховой карте/ID): _____

Отношение пациента к застрахованному: ☐ Сам(а) ☐ Супруг(а) ☐ Ребенок ☐ Другое: _____

Дополнительная медицинская страховка

Страховая компания: _____ План (если применимо): _____

№ группы: _____ ID подписчика: _____

Имя застрахованного (как указано на страховой карте/ID): _____

Отношение пациента к застрахованному: ☐ Сам(а) ☐ Супруг(а) ☐ Ребенок ☐ Другое: _____

Законный опекун или лицо, финансово ответственное за пациента (если это не пациент)

Фамилия: _____ Имя: _____ Дата рождения: ____ / ____ / ____

Адрес, строка 1: _____ Адрес, строка 2: _____

Город: _____ Штат: _____ ZIP-код: _____ Телефон: _____

Отношение к пациенту: _____ № соц. страхования: _____

Контактное лицо на случай экстренной ситуации

Имя: _____ Телефон: _____ Отношение к пациенту: _____

Подпись пациента/законного опекуна: _____ Дата: _____

Имя пациента/законного опекуна: _____ Отношение к пациенту: _____

ГЛОССАРИЙ

Сельскохозяйственный работник:

- Мигрирующие сельскохозяйственные работники: лица, работающие в сельском хозяйстве и вынужденные перемещаться между регионами, чтобы иметь работу.
- Сезонные сельскохозяйственные работники: лица, работающие в сельском хозяйстве сезонно и НЕ соответствующие определению мигрирующего сельскохозяйственного работника.

Этническая принадлежность: Принадлежность к группе/подгруппе населения, объединенной общим культурным происхождением или родословной. Может быть:

- латиноамериканское/испанское происхождение
- не латиноамериканское/испанское происхождение
- не указано/отказ от раскрытия.

Бездомность и тип жилья: Бездомность означает отсутствие безопасного и надежного жилья на ночь, когда место непригодно для проживания.

Kalagayan sa Tirahan (para sa Walang Tirahan):

- Приют: временное место для сна и питания.
- Переходное жилье: помогает перейти к постоянному жилью.
- Совместное проживание: временное и нестабильное проживание у других людей.
- Улица: проживание на улице, в автомобиле, лагере или ином месте, непригодном для проживания.
- Постоянное поддерживаемое жилье: стабильное жилье с социальными услугами без ограничения срока.
- Неизвестно: известно, что человек бездомный, но тип жилья неизвестен.

Военный статус: Уволенные со службы лица, проходившие действительную службу в вооруженных силах США, включая ВВС, Армию, Береговую охрану, Корпус морской пехоты, ВМС и Космические силы, а также офицеров Службы общественного здравоохранения или NOAA. Включает Национальную гвардию или Резерв при службе в статусе действительной службы.

Раса: Физическая или социальная категория, которая может основываться на наследственности или генетике. Включает:

- азиатскую: Asian Indian, Chinese, Filipino, Japanese, Korean, Vietnamese, Other Asian
- коренных жителей Гавайев/других островов Тихого океана: Guamanian or Chamorro/Samoan
- белую/европеоидную
- черную/афроамериканскую
- американских индейцев/коренных жителей Аляски
- более одной расы
- не указано/отказ от раскрытия

Сексуальная ориентация и гендерная идентичность (S.O.G.I.):

- **Пол при рождении:** мужской или женский пол, указанный при рождении.
- **Гендерная идентичность:** внутреннее ощущение себя мужчиной/женщиной, которое может отличаться от пола при рождении.
 - Трансгендерная женщина: мужчина при рождении, идентифицирующий себя как женщина.
 - Трансгендерный мужчина: женщина при рождении, идентифицирующая себя как мужчина.
- **Сексуальная ориентация:** описывает эмоциональное и физическое привлечение к другим людям.
 - Гетеросексуальность: привлечение к противоположному полу
 - гей/лесбиянка: к тому же полу.
 - бисексуальность: к мужчинам и женщинам.

ОБЩАЯ ФОРМА СОГЛАСИЯ И ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТА

Ф.И.О. пациента: _____

Дата: _____ Дата рождения: _____

Настоящая Общая форма согласия и подтверждения пациента содержит информацию о медицинских услугах Opsam Health и другие уведомления, включая, помимо прочего, сведения о телемедицине, конфиденциальности и правах на медицинскую документацию пациента/родителя или законного представителя. В некоторых уведомлениях ниже потребуется принять запрос (отметить ДА) или отклонить его (отметить НЕТ).

Подписывая ниже, пациент/родитель или законный представитель дает согласие на медицинскую помощь, описанную ниже. Кроме того, подписывая ниже, пациент/родитель или законный представитель подтверждает и принимает другие указанные условия, если только пациент/родитель или законный представитель не выберет указанную возможность отклонить запрос (отметить НЕТ).

1. Согласие на медицинскую помощь

Подписывая ниже, пациент/родитель или законный представитель понимает и соглашается со следующим:

- Opsam Health предоставляет первичную, профилактическую, специализированную, стоматологическую помощь и услуги в области поведенческого здоровья.
- Лечащий специалист пациента объяснит состояние пациента, рекомендуемую помощь, а также важные риски, пользу и разумные альтернативы, когда это необходимо. Пациент/родитель или законный представитель может задавать вопросы в любое время.
- Пациент/родитель или законный представитель может отказаться от согласия или отозвать его в любое время. Если пациент отказывается от рекомендованной помощи, лечащий специалист объяснит возможные риски отказа.
- Это общее согласие на обследование и обычную медицинскую помощь, включая иммунизацию/вакцинацию, рекомендованную медицинским специалистом. Для некоторых процедур, лекарств, анализов, стоматологического лечения, услуг в области поведенческого здоровья или иных услуг до их предоставления может потребоваться отдельное специальное согласие или уведомление.

2. Телемедицинские приемы

Телемедицина означает получение медицинских услуг с использованием аудио-, видео- или иной технологии электронной связи. Если выбрана телемедицина, подписывая ниже, пациент/родитель или законный представитель понимает и соглашается со следующим:

- Телемедицина не предназначена для экстренных ситуаций. В экстренной ситуации пациент/родитель или законный представитель позвонит 911 или обратится в ближайшее отделение неотложной помощи.
- Телемедицина является добровольной. Пациент/родитель или законный представитель может вместо нее запросить очный прием и в любое время отозвать согласие на телемедицину.
- До предоставления телемедицинских услуг специалист, инициирующий телемедицину, сообщит пациенту/родителю или законному представителю об использовании телемедицины и документирует полученное согласие в соответствии с требованиями закона.
- Телемедицина может улучшить доступность и удобство, однако по сравнению с очным приемом она может иметь ограничения, например технические неполадки или меньшие возможности для проведения физикального осмотра.
- Лечащий специалист пациента может рекомендовать очный прием или более высокий уровень помощи, если телемедицина не подходит.
- Пациент/родитель или законный представитель будет по возможности участвовать из уединенного места для защиты конфиденциальности пациента. Телемедицинские приемы не будут записываться без разрешения пациента/родителя или законного представителя.
- В начале телемедицинского приема пациента/родителя или законного представителя могут попросить подтвердить личность и местонахождение пациента. При разрыве соединения сотрудники могут перезвонить пациенту/родителю или законному представителю.

3. Финансовая ответственность и сметы

- Пациент/родитель или законный представитель предоставит полную и точную страховую информацию и сообщит Opsam Health об изменениях. Пациент/родитель или законный представитель разрешает Opsam Health выставлять счет плану медицинского страхования пациента и получать оплату за покрываемые услуги, когда применимо.
- Пациент/родитель или законный представитель отвечает только за суммы, которые законно могут быть выставлены в соответствии с применимым законодательством, правилами плательщика и договорами медицинского специалиста. К ним могут относиться доплаты, франшизы, сострахование,

доля расходов или непокрываемые услуги, если это разрешено законом и предоставлено любое требуемое уведомление или согласие.

- Opsam Health не будет выставлять пациенту или ответственному лицу суммы, взимание которых запрещено применимым законодательством или правилами плательщика, включая участие в расходах Medicare для пациентов с двойным правом на льготы/QMB, когда применяются такие меры защиты.
- Для пациентов Original Medicare, если Opsam Health считает, что Medicare может не оплатить изделие или услугу, до предоставления услуги Opsam Health выдаст требуемое Advance Beneficiary Notice или иное обязательное уведомление.
- Если пациент не застрахован или решает не использовать страховку/самостоятельно оплачивать услуги, Opsam Health предоставит письменную добросовестную смету ожидаемых расходов (Good Faith Estimate), когда это требуется законом, в том числе при планировании соответствующих услуг или по запросу сметы.

4. Конфиденциальность и Уведомление о правилах соблюдения конфиденциальности

- Opsam Health стремится защищать конфиденциальность медицинской информации пациента.
- Пациент/родитель или законный представитель подтверждает получение Уведомления Opsam Health о правилах соблюдения конфиденциальности (NPP). В NPP объясняется, как Opsam Health может использовать и передавать информацию пациента, права пациента на конфиденциальность, обязанности Opsam Health и порядок подачи жалобы.
- Пациент/родитель или законный представитель понимает, что бумажную или электронную копию NPP можно запросить в любое время.
- Если пациент/родитель или законный представитель отказывается или не может подписать это подтверждение, Opsam Health может документировать добросовестную попытку предоставить NPP и причину, по которой подтверждение не было получено.

5. Обмен медицинской информацией (HIE) и информация с особой защитой

Обмен медицинской информацией, например San Diego Health Connect, помогает участвующим организациям безопасно обмениваться медицинской информацией в поддержку ухода за пациентом.

- Если Пациент/родитель или законный представитель не откажется ниже, медицинская информация пациента может предоставляться через HIE другим участвующим организациям, задействованным в уходе за пациентом, в пределах, разрешенных законом.

- Обмен через HIE не отменяет законы, требующие дополнительного согласия или разрешения либо ограничивающие раскрытие информации с особой защитой. К такой информации, когда применимо, могут относиться документация лечения расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ, записи психотерапевта, сведения о репродуктивном здоровье/аборте/контрацепции/гендерно-аффирмативной помощи, ВИЧ/ИППП или инфекционных заболеваниях, услугах, на которые несовершеннолетний дал самостоятельное согласие, генетическом тестировании и иные записи, защищенные федеральным законодательством или законодательством Калифорнии.
- Даже если пациент/родитель или законный представитель откажется от участия, информация все равно может раскрываться, когда это требуется или разрешается законом, в том числе при экстренных ситуациях или для некоторых целей общественного здравоохранения, оплаты или деятельности в сфере здравоохранения.

☐ В настоящее время НЕ передавать медицинскую информацию пациента через San Diego Health Connect/HIE. Пациент/родитель или законный представитель понимает, что это решение можно изменить позднее.

6. Портал пациента и электронная связь

Opsam Health предлагает защищенный Портал пациента для несрочных сообщений. Opsam Health может отправить инструкции по активации портала, если пациент/родитель или законный представитель не откажется ниже. Если используется Портал пациента, пациент/родитель или законный представитель понимает и соглашается со следующим:

- Портал предназначен для несрочной связи. В экстренных ситуациях пациент/родитель или законный представитель позвонит 911 или обратится в ближайшее отделение неотложной помощи.
- Сообщения портала не отслеживаются круглосуточно. Opsam Health стремится ответить в течение 3 рабочих дней.
- Сообщения портала могут стать частью медицинской документации пациента.
- Пациент/родитель или законный представитель отвечает за сохранение конфиденциальности имени пользователя и пароля портала. Если данные для входа передаются другим лицам, они могут получить доступ к медицинской информации пациента.
- Текстовые сообщения, электронная почта или иная связь вне портала, если предлагается, могут регулироваться отдельными предпочтениями или согласиями на связь, когда это требуется.

☐ В настоящее время НЕ предоставлять доступ к Порталу пациента или инструкции по активации.

7. ИИ-скрайб, запись и коммуникации с использованием ИИ

Клиницисты Opsam Health могут использовать во время приема защищенный инструмент документации на основе генеративного искусственного интеллекта (ИИ), если пациент/родитель или законный представитель дает согласие (отмечает ДА) ниже.

- ИИ используется только для помощи при составлении записей и не используется для принятия медицинских решений. Лечащий специалист пациента отвечает за медицинскую помощь пациенту. Если пациент/родитель или законный представитель дает согласие, инструмент может обрабатывать информацию с приема пациента, создавать аудиозапись или расшифровку для документирования и формировать проект записи, помогающий клиницисту документировать помощь пациенту. Клиницист проверяет и редактирует запись и остается ответственным за окончательный вариант.
- Аудиозапись приема для этой цели не создается без прямого согласия пациента/родителя или законного представителя. Любая аудиозапись, созданная для этой цели, будет удалена в течение 7 дней, если Opsam Health не сообщит иной срок хранения и не получит требуемое согласие.
- В Калифорнии для записи конфиденциального разговора, как правило, требуется согласие всех участников.
- Если Opsam Health использует ИИ для подготовки клинических сообщений пациенту способом, требующим уведомления пациента, Opsam Health включит необходимое уведомление и контактные инструкции.

Выбор в отношении записи приема и документации с поддержкой ИИ (отметьте один вариант):

- ☐ Да, пациент/родитель или законный представитель соглашается на запись и документацию с поддержкой ИИ для ведения медицинской документации.
- ☐ Нет, пациент/родитель или законный представитель не соглашается на запись или документацию с поддержкой ИИ для ведения медицинской документации.

Пациент/родитель или законный представитель понимает, что решение об отказе или согласии можно изменить в любое время и что отказ не повлияет на помощь пациенту. При отказе клиницист документирует прием стандартными методами.

8. Предварительное медицинское распоряжение

Пациенту/родителю или законному представителю сообщили, что Предварительное медицинское распоряжение — это юридический документ, позволяющий пациенту изложить пожелания относительно медицинской помощи и назначить лицо для принятия решений, если пациент не сможет делать это самостоятельно. Пациент/родитель или законный представитель подтверждает следующее:

Статус Предварительного медицинского распоряжения:

- ☐ У пациента есть Предварительное медицинское распоряжение, и он хочет, чтобы Opsam Health добавило его в медицинскую документацию пациента. (Предоставьте копию сотрудникам.)
- ☐ Пациент/родитель или законный представитель хотел бы получить информацию о Предварительных медицинских распоряжениях.
- ☐ У пациента нет Предварительного медицинского распоряжения, и Пациент/родитель или законный представитель не запрашивает информацию о таких распоряжениях.

9. Согласие несовершеннолетнего и конфиденциальные услуги

- В некоторых ситуациях закон Калифорнии разрешает несовершеннолетним самостоятельно давать согласие на определенные услуги. В таких случаях может требоваться согласие несовершеннолетнего, а до раскрытия некоторых сведений родителю, опекуну или иному лицу может потребоваться разрешение несовершеннолетнего, если раскрытие не разрешено или не требуется законом.
- Прокси-доступ к portalу, сообщения о выставлении счетов, напоминания о приемах и записи о запросах могут быть ограничены или обрабатываться иначе для защиты конфиденциальных услуг, на которые несовершеннолетний дал самостоятельное согласие.

10. Подтверждение дополнительных обязательных уведомлений

Пациент/родитель или законный представитель понимает, что Opsam Health может предоставлять обязательные уведомления и формы согласия отдельно, в электронном или бумажном виде, путем размещения или через портал пациента в пределах, разрешенных законом. К ним, когда применимо, могут относиться:

- Уведомление о правилах соблюдения конфиденциальности
- Уведомления о добросовестной смете/Законе No Surprises для незастрахованных, самостоятельно оплачивающих или получающих услуги вне сети пациентов

- Уведомления о языковой помощи, доступности для людей с инвалидностью и недискриминации
- Специальные уведомления и формы согласия для стоматологических услуг, услуг в области поведенческого здоровья, записей о лечении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, услуг, на которые несовершеннолетний дал самостоятельное согласие, репродуктивного здоровья, процедур, лекарств или иных услуг, пользующихся особой защитой

Настоящее подтверждение не заменяет полного уведомления, разрешения или специального согласия на услугу, требуемого законом или политикой Opsam Health.

Подпись

Подписывая эту форму, пациент/родитель или законный представитель подтверждает, что форма была прочитана и/или разъяснена, что была предоставлена возможность задать вопросы и получить копию, а также что условия и уведомления понятны.

Подпись:

Дата:

Ф. И. О. пациента/представителя:

Отношение/полномочия:

ФОРМА СВЕДЕНИЙ О РАЗМЕРЕ СЕМЬИ И ДОХОДЕ (FSI)

Используется для определения права на помощь на основе Федерального Уровня
Бедности (FPL)

Эта формат помогает определить, можете ли вы получить помощь от Opsam Health или государственных программ для оплаты медицинской помощи.

Эти программы учитывают:

1. сколько человек в вашей семье;
2. какой доход получает ваша семья до вычета налогов.

Если вам нужна помощь при заполнении формы, обратитесь к нам.

1. Информация о пациенте

Полное имя: _____

Дата рождения: _____

2. Если вы не хотите отвечать

- ☐ Я не хочу предоставлять сведения о составе семьи и доходе.

Если вы отметили этот пункт, пропустите разделы 3-4 и перейдите к разделу 5 для подписи.

3. Размер семьи - Все люди, проживающие в моем домохозяйстве, включая супруга/зарегистрированного домашнего партнера и лиц, связанных со мной рождением, браком или усыновлением.

Отметьте все подходящие варианты и укажите количество, где требуется.

- ☐ Я сам(а) (пациент)
- ☐ Муж / жена / супруг(а) / зарегистрированный домашний партнер
- ☐ Дети (сколько? _____)
- ☐ Другие иждивенцы, проживающие со мной и связанные рождением/браком (сколько? _____)

ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО (посчитайте всех отмеченных выше): _____

4. Доход семьи (до вычета налогов) - Укажите доход до вычета налогов («валовой доход») каждого человека, который помогает оплачивать расходы домохозяйства. Сюда входят доходы от работы, пособий и другие облагаемые налогом доходы.

Мой доход (до налогов)	\$ _____	☐ Каждые 2 недели ☐ Каждый месяц
Доход супруга / зарегистрированного домашнего партнера	\$ _____	☐ Каждые 2 недели ☐ Каждый месяц
Доход другого члена семьи	\$ _____	☐ Каждые 2 недели ☐ Каждый месяц
Доход другого члена семьи	\$ _____	☐ Каждые 2 недели ☐ Каждый месяц
Доход другого члена семьи	\$ _____	☐ Каждые 2 недели ☐ Каждый месяц
ОБЩИЙ ДОХОД:	\$ _____	☐ Каждые 2 недели ☐ Каждый месяц

5. Прочитайте и подпишите

- Я подтверждаю, что сведения, указанные в этой форме, являются правдивыми.
- Я разрешаю Opsam Health использовать эту информацию для определения моего права на программы помощи, основанные на доходе.
- Я сообщу сотрудникам Opsam Health о любых изменениях моего дохода.

Подпись пациента/представителя:

Дата:

Имя печатными буквами:

Отношение/полномочия:

STAFF USE ONLY – PATIENT REFUSED TO FILL OUT & SIGN FORM

Date of refusal: ____ / ____ / ____ Staff full name: _____

Staff signature: _____

Comments (optional): _____

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПРОГРАММУ СКИДОК ПО СКОЛЬЗЯЩЕЙ ШКАЛЕ (SFDP)

Эта программа может помочь снизить стоимость медицинской помощи в Opsam Health. Сумма оплаты зависит от количества людей, проживающих в вашем доме, и дохода вашего домохозяйства. Заполните эту форму, если хотите подать заявление на скидку.

1. Информация о пациенте

Полное имя: _____

Дата рождения: _____

2. Хотите ли вы подать заявление?

☐ ДА, я хочу подать заявление на программу скидок. (Заполните оставшуюся часть формы.)

☐ НЕТ, я не хочу подавать заявление. (**ПРОПУСТИТЕ** разделы 3-4 и **ПЕРЕЙДИТЕ** к разделу 5. **НЕ** сканируйте QR-код ниже и **НЕ** загружайте документы.)

3. Статус страхования ☐ У меня есть страховка ☐ У меня нет страховки.

4. Подтверждение дохода (Подтверждением могут служить: недавний расчетный листок, последняя налоговая декларация, форма W-2 или 1099, письмо о назначении государственных пособий, письмо от работодателя.)

Можете ли вы предоставить подтверждение дохода сегодня?

☐ ДА. (*Передайте его сотруднику.*)

☐ НЕТ. подтверждение у меня есть, но сегодня его с собой нет. Я предоставляю его в течение 10 рабочих дней.

(Используйте QR-код для отправки ИЛИ принесите документы в любую клинику.)



☐ **НЕТ**, я не могу предоставить или получить подтверждение дохода. (**Если выбрали этот вариант, ответьте ниже И отдельно заполните Форму самостоятельного заявления о доходе.**)

☐ Мой работодатель не предоставляет расчетные листки или письменное подтверждение.

☐ Мне платят наличными.

☐ Я работаю на себя или выполняю неформальную работу.

- ☐ Я не могу связаться с работодателем/бывшим работодателем.
- ☐ Я безработный(ая).

5. Соглашение - прочитайте и подпишите

- Я подтверждаю, что предоставленная мной информация является правдивой и правильной.
- Я разрешаю Opsam Health использовать эту информацию для определения моего права на скидку.
- Я отвечаю за оплату счета до предоставления подтверждения дохода.
- Я предоставляю документы о доходе в течение 10 рабочих дней.
- Если я не предоставлю документы вовремя, с меня будет взиматься полная стоимость.
- Я сообщу Opsam Health об изменениях моего дохода или страхования.
- Размер моей скидки может измениться на основании новой информации; если я переплатил(а), может быть произведен возврат.

Подпись:

Дата:

Имя пациента/представителя:

Отношение/полномочия:

STAFF USE ONLY – PATIENT REFUSED TO FILL OUT & SIGN FORM

Date of refusal: ____ / ____ / ____ Staff name (print): _____

Staff signature: _____

Comments (optional):

СОГЛАШЕНИЕ О ПРАВИЛАХ ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА И БЕЗОПАСНОМ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ

Ф.И.О. пациента: _____

Дата: _____ Дата рождения: _____

Настоящее Соглашение о правилах поведения пациента и безопасном оказании помощи (Соглашение) распространяется на пациента и, когда применимо, членов семьи, лиц, осуществляющих уход, личных представителей и посетителей, которые сопровождают пациента или связываются с Opsam Health от имени пациента.

Подписывая настоящее Соглашение ниже, я подтверждаю, что мне были предоставлены требования к поведению и что я их понимаю. Настоящее Соглашение не означает отказа от прав пациента и не ограничивает право на неотложную помощь, право подать жалобу или претензию, право запросить медицинскую документацию или какие-либо гарантии гражданских прав.

1. Взаимное уважение и недопущение дискриминации

- Opsam Health предоставляет услуги без дискриминации и применяет настоящую политику последовательно и недискриминационным образом.
- Пациенты могут бесплатно запросить языковую помощь, вспомогательные средства, доступные форматы или разумные приспособления в связи с инвалидностью.
- Если поведение может быть связано с заболеванием, инвалидностью, травмой, ограниченным владением английским языком, когнитивными нарушениями, психическим расстройством или проблемой употребления психоактивных веществ, Opsam Health рассмотрит разумные, безопасные и клинически целесообразные меры, такие как деэскалация, услуги переводчика, вспомогательные средства, изменение способа общения, участие сопровождающего лица или перенос приема, прежде чем ограничивать неэкстренную помощь.
- Opsam Health вправе немедленно принять меры безопасности при наличии достоверной угрозы, насилия, оружия, преследования, домогательств, повреждения имущества или иного поведения, создающего непосредственный риск для сотрудников, пациентов, посетителей или самого пациента.

2. Требования к пациенту, семье, лицу, осуществляющему уход, и посетителям

Я согласен(на), что я и любой, кто сопровождает меня или связывается с Opsam Health от моего имени, будем соблюдать следующие требования:

- Обращаться уважительно с сотрудниками, медицинскими работниками, пациентами и посетителями и использовать уважительную речь.
- Не угрожать, не запугивать, не домогаться, не преследовать, не толкать, не ударять, не бросать предметы, не повреждать имущество, не блокировать выходы и не проявлять агрессивное поведение.
- Не использовать оскорбительные прозвища, унижительные высказывания, а также пренебрежительную или дискриминационную речь или поведение в связи с расой, цветом кожи, происхождением, национальным происхождением, гражданством, иммиграционным статусом, основным языком, религией, полом,

беременностью, гендерной идентичностью или самовыражением, сексуальной ориентацией, возрастом, инвалидностью, заболеванием, генетической информацией, семейным положением, источником оплаты или любым иным признаком, защищенным законом.

- Не приносить оружие или опасные предметы на территорию Opsam Health, за исключением уполномоченных сотрудников правоохранительных органов или иных случаев, предусмотренных законом.
- Не употреблять алкоголь, табачные изделия, каннабис, незаконные наркотики и не злоупотреблять рецептурными препаратами на территории Opsam Health. Это не запрещает принимать препараты по назначению или с разрешения медицинского работника.
- Не приходить в клинику в состоянии, которое препятствует безопасному оказанию помощи или создает угрозу безопасности. В таком случае Opsam Health может перенести неэкстренный прием и помочь определить более безопасные варианты получения помощи.
- Соблюдать конфиденциальность. Не фотографировать, не снимать видео и не вести аудиозапись сотрудников, пациентов, посетителей, медицинской документации, экранов компьютеров или помещений клиники без разрешения. Не входить в зоны с ограниченным доступом.
- Не совершать кражи, не предоставлять ложную информацию, не использовать чужую личность, не вмешиваться в работу оборудования клиники и не заниматься незаконной деятельностью.
- Соблюдать разумные инструкции клиники по безопасности, порядок приема, ограничения для посетителей, требования инфекционного контроля и правила общения по телемедицине/через портал.
- Следить за детьми и посетителями, пришедшими со мной, если иное не согласовано с сотрудниками.

4. Возможные последствия несоблюдения требований

Opsam Health выберет меры реагирования с учетом серьезности поведения, безопасности пациента и сотрудников, клинической срочности, предыдущих инцидентов и применимого законодательства. Возможные меры включают:

- Напоминание, устное перенаправление поведения или письменное предупреждение.
- Требование прекратить поведение, перейти в другое место, использовать другой способ связи или ограничить общение одним назначенным контактным лицом или каналом.
- Перенос неэкстренного приема или его перевод в формат телемедицины либо в другое безопасное место, когда это клинически целесообразно.
- Просьбу пациенту или посетителю покинуть клинику до конца дня, если это клинически безопасно.
- План поведения или встречу с руководством клиники либо лечащей командой.
- Привлечение службы безопасности, правоохранительных органов или экстренных служб при насилии, достоверной угрозе, наличии оружия, преследовании, домогательствах, повреждении имущества или ином непосредственном риске безопасности.

- Рассмотрение возможного прекращения отношений между пациентом и поставщиком медицинских услуг, если поведение повторяется, является серьезным или небезопасным либо терапевтические отношения более не могут безопасно продолжаться.

Важные ограничения при прекращении помощи: Opsam Health не прекратит и не ограничит помощь исключительно из-за защищенного законом признака, инвалидности, просьбы о языковой помощи или разумном приспособлении, подачи жалобы или претензии, осуществления прав пациента либо неспособности оплатить услуги, если прекращение запрещено законом или правилами плательщика. До прекращения неэкстренной помощи Opsam Health рассмотрит вопросы безопасности, клинические обстоятельства, гражданские права, требования плательщика и непрерывность помощи.

5. Если Opsam Health прекращает отношения между пациентом и поставщиком медицинских услуг

Если Opsam Health решит прекратить отношения, пациенту будет направлено письменное уведомление, если только непосредственные обстоятельства безопасности не требуют иной законной меры. Обычно уведомление включает:

- Дату вступления прекращения в силу, как правило, не ранее чем через 30 дней с даты уведомления, если более короткий срок не разрешен законом из-за непосредственных рисков безопасности или иных обстоятельств.
- Порядок получения пациентом срочной, но не экстренной помощи в пределах объема услуг Opsam Health в течение периода уведомления, когда это клинически целесообразно и безопасно.
- Указание звонить 911 или обращаться в ближайшее отделение неотложной помощи при экстренной ситуации.
- Разумную информацию для перехода к другому лечению, которая может включать ресурсы для направления, контактные данные плана медицинского страхования/службы поддержки участников, сведения о временном обеспечении лекарствами или повторном рецепте, когда это клинически целесообразно, и инструкции по передаче медицинской документации.
- Порядок обращения в Opsam Health по вопросам медицинской документации, процесса рассмотрения жалоб и любых вопросов гражданских прав или доступности.

6. Подтверждения пациента

Я прочитал(а) перечисленные выше требования к поведению и/или мне их объяснили, и мне была предоставлена возможность задать вопросы об информации в настоящем Соглашении. Я понимаю, что небезопасное, нарушающее порядок и/или повторяющееся ненадлежащее поведение может привести к предупреждениям, требованию покинуть учреждение до конца дня, ограничениям по соображениям безопасности или прекращению отношений между пациентом и поставщиком медицинских услуг после надлежащего рассмотрения и уведомления. Я понимаю, что настоящее Соглашение не лишает меня моих прав, включая право на экстренную помощь, недискриминацию, конфиденциальность, доступ к медицинской документации, языковую помощь, доступность для лиц с инвалидностью и подачу жалобы или претензии. Я получил(а) или мне предложили Уведомление Opsam Health о правах и обязанностях пациента и информацию о подаче жалоб.

Подпись:

Дата:

Ф. И. О. печатными буквами:

Отношение/полномочия:

Только для сотрудников — Пациент отказался подписать

Ф. И. О. сотрудника _____

Подпись _____

Дата _____

УВЕДОМЛЕНИЕ О БАЗЕ ДАННЫХ OPEN PAYMENTS

Opsam Health предоставляет пациентам это уведомление в соответствии с требованиями законодательства Калифорнии.

База данных Open Payments — федеральный инструмент для поиска сведений о выплатах, произведенных фармацевтическими компаниями и производителями медицинских изделий врачам и учебным больницам. Она доступна по адресу: <https://openpaymentsdata.cms.gov>

Эта база данных предназначена только для информационных целей. Она не влияет на вашу медицинскую помощь, право на получение услуг или стоимость помощи в Opsam Health.

Обратитесь к нашим сотрудникам, если вам нужна помощь с поиском веб-сайта или пониманием этого уведомления.

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕНИЯ

Подписывая ниже, пациент, родитель или законный представитель подтверждает получение этого уведомления.

Подпись:

Дата:

Ф. И. О. пациента/представителя:

Отношение/полномочия:
