

أي إشارة إلى "ChristianaCare" في هذه الموافقة تعني مستشفيات ChristianaCare ومقدمي الخدمات الطبية العاملين لديها. أوافق على الأحكام التالية على أنها شروط للعلاج الذي أتلقاه و/أو يتلقاه طفلي القاصر و/أو الشخص الذي يقع تحت وصايتي من ChristianaCare وأقبل بذلك ما لم أسحب موافقتي بطريقة أخرى كتابياً:

#### الموافقة على العلاج

- يجوز أن تحصل ChristianaCare على معلومات عن تغطيتي التأمينية ومعلوماتي الصحية، بما في ذلك تاريخ وصفاتي الطبية وعلاج الرعاية الصحية الذي أتلقاه، وأن تقدم الخدمات الصحية لي. أتفهم أنه لا يوجد ضمان لأي نتيجة محددة لخدمات الرعاية الصحية المقدمة وأوافق على ذلك. وأدرك أن هذه الموافقة تنطبق على الخدمات المقدمة للمرضى الداخليين والخارجيين في المستشفى التي تتوفر في أي موقع من مواقع ChristianaCare أو في المنزل، بالإضافة إلى جميع الخدمات المقدمة في العيادات الخارجية التي أتلقاها أنا أو طفلي و/أو الشخص الذي يقع تحت وصايتي من ChristianaCare.
- أوافق على أن تشارك ChristianaCare معلوماتي مع مقدمي الرعاية الآخرين من أجل الاستشارات المهنية بشأن الخدمات.
- ChristianaCare هي مؤسسة تعليمية ويمكن للمتدربين المهنيين المشاركة في الرعاية التي أتلقاها أنا و/أو طفلي أو الشخص الذي يقع تحت وصايتي.
- قد تستخدم ChristianaCare وسائط الفيديو أو الوسائط الفوتوغرافية أو الإلكترونية أو الصوتية باعتبارها جزءاً من بعض العلاجات (على سبيل المثال، الصدمات، إنعاش الرضع) أو في أثناء تقديمها، وذلك من أجل تحسين الأداء و/أو تحديد هوية المريض و/أو أعراض العلاج و/أو التدريب وقد تُسجل. وأدرك أن هذه التسجيلات قد يراجعها المتخصصون في الرعاية الصحية لكنها لن تصبح جزءاً من السجل الطبي وستُحذف عقب المراجعة.

#### خدمات الرعاية الصحية عن بُعد والخدمات القائمة على تكنولوجيا الاتصالات (Communication Technology-Based Services, CTBS)

- أفهم أن "الرعاية الصحية عن بُعد" (التي تشمل "العلاج عن بُعد" وخدمات الصحة السلوكية الأخرى) هي طريقة لتقديم خدمات الرعاية الصحية باستخدام تكنولوجيا الاتصالات الرقمية من أجل المساعدة على التقييم والتشخيص وتقديم الاستشارة والتوعية والمراقبة وإدارة الرعاية والعلاج دون الحاجة إلى الوجود في نفس الموقع الفعلي الذي يوجد فيه مقدم رعايتي. قد يتضمن ذلك أيضاً الخدمات القائمة على تكنولوجيا الاتصالات (CTBS) لتقييم الصور/مقاطع الفيديو عن بُعد، والمتابعة الافتراضية، والزيارات الإلكترونية (الزيارات التي يباشر المريض بطلبها باستخدام بوابة المرضى عبر الإنترنت الخاصة بـ ChristianaCare)، والتواصل مع مقدمي الرعاية المتعاونين لغرض المساعدة في تشخيص حالتي و/أو إدارة رعايتي.
- أفهم أن زيارات الرعاية الصحية عن بُعد ليست مثل الزيارات الشخصية لأن مقدم الرعاية لا يكون في نفس الغرفة معي و/أو مع طفلي أو الشخص الذي يقع تحت وصايتي. أدرك أن جودة الاتصال الرقمي قد تؤثر في قدرة مقدم رعايتي على تقديم الرعاية لي عن طريق وسائل الرعاية الصحية عن بُعد. وأدرك أنه لن يتم علاجي أنا و/أو طفلي أو الشخص الذي يقع تحت وصايتي عن طريق وسائل الرعاية الصحية عن بُعد إلا إذا كانت حالتي و/أو حالة طفلي أو الشخص الذي يقع تحت وصايتي يسمح باستخدام هذه التكنولوجيا لأن مقدم الرعاية لن يتمكن من إجراء بعض جوانب الفحص البدني بأكمله.
- أدرك أن تكنولوجيا الاتصالات الرقمية قد تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، المحادثات الصوتية أو عبر الفيديو المباشرة المتبادلة أو غيرها من وسائل الاتصالات عن بُعد أو الاتصالات الإلكترونية، بما فيها مراقبة حالة المرضى عن بُعد و/أو الاجتماعات عبر الفيديو الآمنة و/أو المراسلة النصية الآمنة مع فريق الرعاية.
- أدرك أن هناك فوائد لاستخدام خدمات الرعاية الصحية عن بُعد، وهي تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، التقييم الطبي والإدارة الملائمين. وأتفهم أيضاً أن هناك مخاطر مرتبطة بتلقي العلاج عبر وسائل الرعاية الصحية عن بُعد، التي تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، انقطاع الاتصال الصوتي/عبر الفيديو الذي قد يؤدي إلى تأجيل الزيارة إلى وقت لاحق و/أو إجرائها عبر طريقة بديلة، وفي حالات نادرة، الوصول غير المصرح به إلى معلوماتي السرية. أفهم أنه في حين حصولي أنا و/أو حصول طفلي أو الشخص الذي يقع تحت وصايتي على الرعاية من خلال الرعاية الصحية عن بُعد، قد لا يتمكن مقدم رعايتي من مساعدتي على تغيير أو معالجة المشكلات المتعلقة بموقعي أو بيئتي التي قد تتعارض مع تلقي خدمات الرعاية الصحية عن بُعد. في حالة حدوث عطل فني، أدرك أنه ينبغي لي التواصل فوراً مع عيادة مقدم رعايتي أو، في حالة الطوارئ، الاتصال برقم 911.
- أفهم أن القوانين التي تحمي سرية معلوماتي الطبية و/أو المعلومات الطبية الخاصة بطفلي أو الشخص الذي يقع تحت وصايتي تنطبق أيضاً على خدمات الرعاية الصحية عن بُعد، وأن ChristianaCare تستخدم بروتوكولات الأمان من أجل المساعدة على حماية خصوصيتي و/أو خصوصية طفلي أو الشخص الذي يقع تحت وصايتي، وضمان توجيه الاتصالات السرية إلى عضو (أعضاء) فريق الرعاية المقصود فحسب.
- أدرك أن ChristianaCare لن تُسجل مقطع فيديو أو صوتي لزيارة الرعاية الصحية عن بُعد دون الحصول على موافقتي في وقت التسجيل.
- أوافق على أن تحصل ChristianaCare على المعلومات الصحية مني وأن تقدم خدمات الرعاية الصحية لي و/أو لطفلي أو الشخص الذي يقع تحت وصايتي من خلال اتصالات الرعاية الصحية عن بُعد في المكان والوقت الذي يحدد مقدم رعايتي أو العضو المؤهل في فريق رعايتي أنه مناسب وضروري.
- أدرك أن مقدم رعايتي و/أو مقدم رعاية طفلي أو الشخص الذي يقع تحت وصايتي قد يتعاون مع متخصصين آخرين في تقديم خدمات الرعاية الصحية عن بُعد تماماً مثلما يحدث في الزيارة الشخصية. وأفهم أنه كما هو الحال مع الزيارات الشخصية، قد لا يكون مقدم الرعاية على علم بجميع خبرات ومؤهلات ومعرفة المتخصصين المتعاونين. أفهم أنه في مثل هذه الظروف، سوف يستخدم مقدم الرعاية نفس الحكم المهني والمهارات عند العمل مع متخصصين آخرين كما يحدث خلال الزيارة الشخصية.
- أفهم أنه كما هو الحال مع الزيارات الشخصية، قد يحضر أشخاص آخرون مع مقدم الرعاية من أجل المساعدة على إجراء زيارة الرعاية الصحية عن بُعد. لقد أبلغني مقدم الرعاية بجميع الأشخاص الذين سيحضرون معي في أثناء زيارة الرعاية الصحية عن بُعد وبدور كل شخص منهم، وأوافق على أن يشارك مقدم رعايتي معلوماتي الصحية و/أو المعلومات الصحية الخاصة بطفلي أو الشخص الذي يقع تحت وصايتي في حضورهم.
- أفهم أنه كما هو الحال مع الزيارات الشخصية، أن الأفراد الآخرين الذين أختار أن يكونوا حاضرين خلال زيارة الرعاية الصحية عن بُعد قد يسمعون معلومات حالتي الصحية، وأوافق على أن يشارك مقدم رعايتي معلوماتي الصحية في حضورهم.
- أدرك أنه بإمكانني رفض تلقي خدمات الرعاية الصحية عن بُعد أو إيقاف المشاركة فيها وطلب خدمات بديلة مثل الزيارات الشخصية في أي وقت.

#### الإعفاء من مسؤولية المقتنيات الثمينة

- أنا أتحمل مسؤولية فقدان الممتلكات الشخصية التي أحضرها إلى أحد منشآت ChristianaCare أو تلفها، باستثناء المتعلقات الموضوعة في خزانة المستشفى. أعفي ChristianaCare من جميع المطالبات المتعلقة بالممتلكات المفقودة أو المسروقة أو التالفة.
- في حالة الإقامة في المستشفى، أوافق على أن الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمل المستشفى مسؤولية دفعه مقابل فقدان أي متعلقات موضوعة في خزانة المستشفى يقتصر على 300 دولار ما لم يقدم لي المستشفى إيصالاً مكتوباً بمبلغ أكبر.

#### المسؤولية المالية

- باستثناء ما ذكر في هذه الوثيقة، أوافق على أنني مسؤول ماليًا أمام ChristianaCare ومقدمي الرعاية غير التابعين لـ ChristianaCare عن جميع رسوم خدمات الرعاية الصحية المقدمة لي و/أو لطفلي أو الشخص الذي يقع تحت وصايتي في أثناء زيارتي. يشمل مقدمو الرعاية غير التابعين لـ ChristianaCare، على سبيل المثال لا الحصر، أطباء قسم الطوارئ غير المتخصصين في طب الأطفال وأطباء التخدير وأطباء التوليد غير المتخصصين في طب الأطفال. وأدرك أن المشاركة في التكاليف سوف تنطبق على خدمات CTBS، لذلك قد تُصدر لي فاتورة مقابل جزء من خدمات CTBS حتى في حالة عدم عقد اجتماع وجهًا لوجه مع مقدم الرعاية المتعاون.
- في حالة تغطية الخدمات بموجب خطة صحية تجارية و/أو حكومية، حينها قد أكون مسؤولاً فقط عن المدفوعات المشتركة و/أو مبالغ التأمين المشترك و/أو المبالغ المقطعة، إن وجدت، بموجب هذه الخطة. إذا لم أكن أخضع لتغطية برنامجي Medicare و Medicaid ولم أكن مريضاً يدفع تكاليف العلاج بنفسه، فقد مُنحت فرصة لمراجعة بيان توضيح قانون عدم المفاجآت (No Surprises Act) (فواتير فرق التكلفة).

## المسؤولية المالية (تابع)

- ج. إذا لم تكن الخدمات خاضعة لتغطية خطة صحية تجارية و/أو حكومية، فأنا مسؤول حينئذٍ عن سداد جميع الرسوم.
- د. في حالة تقديم الخدمات في نفس الولاية التي تتبع لها خطة برنامج Medicaid التي توفر لي و/أو لطفلي أو الشخص الذي يقع تحت وصايتي تغطية، فحينئذٍ لا أتحمّل المسؤولية المالية مقابل خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها ChristianaCare. على سبيل المثال، في حالة كوني و/أو طفلي أو الشخص الذي يقع تحت وصايتي عضوًا في برنامج Medicaid في ولاية ديلاوير، فأنا لست مسؤولًا ماليًا عن الخدمات التي يغطيها برنامج Medicaid في ولاية ديلاوير والتي تقدمها ChristianaCare في ولاية ديلاوير.
- هـ. أدرك أن ChristianaCare تعترف فقط بخطة الرعاية الصحية التجارية و/أو الحكومية على أنها تغطية تأمينية ولا تعترف ببرامج المشاركة في التكاليف على أنها تغطية تأمينية تجارية.
- و. أفهم أنه إذا لم أكن مشمولًا بتغطية تأمين تجاري أو خطة صحية حكومية، فسوف أعد أنا و/أو طفلي أو الشخص الذي يقع تحت وصايتي مريضًا يدفع تكاليف العلاج بنفسه. وأدرك أنني مسؤول عن سداد الرسوم بغض النظر عن مشاركتي في برنامج المشاركة في التكاليف أو أي معلومات واردة على بطاقة العضوية وأي قيود مذكورة على وسيلة الدفع فرضها برنامج المشاركة في التكاليف. إذا لم أتمكن من الوفاء بمسؤوليتي المالية في الوقت المناسب عند تسلم الفاتورة مقابل الخدمات التي تلقيتها، أدرك أنني قد أكون مسؤولًا عن سداد الرسوم الإضافية المرتبطة بتحصيل أي مبلغ غير مدفوع.
- ز. تنفيذ الالتزامات المالية. إذا تم اتخاذ أي إجراء تحصيل أو إجراء قانوني آخر لتنفيذ سداد المبالغ المالية التي يتحمل المريض مسؤولية دفعها مقابل خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها ChristianaCare، فأنا مسؤول عن دفع جميع التكاليف إلى ChristianaCare، بما في ذلك رسوم التحصيل وأتعاب المحامين المتكبدة في ذلك الإجراء أو تلك الدعوى، بالإضافة إلى أي تعويض آخر قد يكون مستحقًا لـ ChristianaCare.

## التنازل عن المخصصات

- أ. أنتنازل عن جميع مدفوعات التأمينات أو المخصصات الأخرى، التي يحق لي و/أو لطفلي أو الشخص الذي يقع تحت وصايتي الحصول عليها بموجب التغطية إلى ChristianaCare والمتعاقدين معها في قطاع الرعاية الصحية ومجموعات الأطباء المرتبطين بها، حسب الاقتضاء، مقابل خدمات الرعاية الصحية المقدمة لي في أثناء زيارة رعاية المريض الخاصة بي. أمنح موافقتي على وجه التحديد اعتبارًا من تاريخ علاجي الأول من ChristianaCare و/أو دخولي إلى ChristianaCare على أنه تاريخ حفظ حقي من المخصصات عند التقدم بطلب للحصول على المخصصات المستحقة من برنامج Medicaid من أجل تغطية علاجي الطبي، وذلك فيما يتعلق بطلبي المقدم للحصول على تغطية برنامج Medicaid في حالة احتياجي إلى التقدم بطلب لنفسي و/أو لطفلي أو الشخص الذي يقع تحت وصايتي.

## التنازل عن مخصصات التأمين المقدمة من برنامج MEDICARE

- أ. حينما تنطبق مخصصات برنامج Medicare، فإنني أؤكد أن المعلومات التي أدرجتها عند التقدم بطلب للحصول على المدفوعات بموجب الباب الثامن عشر من قانون الضمان الاجتماعي صحيحة. أطلب حصول ChristianaCare وخدماتها المتعاقدة ومجموعات الأطباء المرتبطين بها على مدفوعات مخصصات برنامج Medicare المصرح بها مقابل أي خدمات أتلقاها. وأصرح لأي جهة تحتفظ بمعلومات طبية أو معلومات أخرى تخصني بالإفصاح إلى برنامج Medicare ووكلائه عن أي معلومات مطلوبة لتحديد المخصصات للخدمات ذات الصلة.

## التواصل مع المريض

- أ. أوافق على أن تتواصل ChristianaCare معي عبر الهاتف أو البريد الإلكتروني أو الرسائل النصية على رقم الهاتف و/أو عنوان البريد الإلكتروني الذي قدمته. وأدرك أن يوجد خطر متعلق بالكشف غير المتعمد عن المعلومات، بما فيها معلوماتي الصحية المحمية، إلى طرف ثالث، في حال إرسال المعلومات عبر البريد الإلكتروني أو الرسائل النصية وأفهم هذا الأمر. أدرك أيضًا أن شركة الاتصالات اللاسلكية قد تفرض عليّ رسومًا مقابل الرسائل النصية وأفهم هذا الأمر.
- ب. أصرح لـ ChristianaCare باستخدام بريدي الإلكتروني ورقم هاتفي في استطلاعات رضا المرضى، وتقديم معلومات الرعاية الصحية، ومتابعات الزيارات، والإعلانات، وأغراض التسويق عبر الهاتف، وشؤون الفواتير، وعمليات التحصيل من الحساب وأوافق على ذلك.
- ج. أصرح لـ ChristianaCare باستخدام رقم هاتفي وبريدي الإلكتروني للتواصل باستخدام (1) جهاز اتصال هاتفي آلي و/أو (2) المكالمات المسجلة مسبقًا و/أو (3) الرسائل النصية، وأوافق على ذلك.
- د. أفهم أنه يحق لي إلغاء الاشتراك في أي من طرق التواصل مع المريض المذكورة أعلاه أو جميعها في حالة التواصل معي. وأفهم أيضًا أنني لست ملزمًا بتقديم موافقتي على جميع طرق التواصل مع المريض باعتبار ذلك شرطًا لتلقي خدمات الرعاية الصحية.
- هـ. تنطبق هذه الموافقة على جميع الاتصالات السابقة والحالية والمستقبلية من ChristianaCare حتى ألغي هذه الموافقة كتابيًا.
- و. أدرك أنه سيتم إخطار طبيب الرعاية الأولية المسؤول عني بدخولي إلى المستشفى.

## الإشعار ببرنامج المساعدة المالية (FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM) والإقرار بمعرفته

لقد منحت لي فرصة الحصول على "Financial Assistance Program Summary" (ملخص برنامج المساعدة المالية) ومراجعتة.

## إخطار ممارسات الخصوصية

لقد تلقيت نسخة من "إخطار ممارسات الخصوصية" المقدم من ChristianaCare أو أتحت لي الفرصة لمراجعتة.

## الموافقة

لقد قرأت هذه الوثيقة، أو قد قرأت عليّ، وأفهم المسؤولية الواقعة على عاتقي.