

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ И СОГЛАСИЕ

Спасибо за то, что выбрали Unity Care NW в качестве домашнего медицинского центра.

Unity Care NW обеспечивает полное медицинское обслуживание пациента группами специалистов. В вашу группу специалистов входят медработники, стоматологи и психотерапевты. Пока вы являетесь нашим пациентом, Unity Care NW ведет учет предоставляемых вам медицинских услуг. Все члены вашей группы имеют доступ к вашей медицинской карте. Во время вашего лечения любой член вашей группы может посетить вас и убедиться, что вы получаете необходимую вам помощь.

Посещения нашего медицинского центра могут сопровождаться взиманием платы, включая доплаты и прочие платежи. Если какие-либо услуги не покрываются вашим страхованием, или вы подпадаете под действие нашей программы оплаты со скользящей шкалой скидок, вы сами оплачиваете расходы, связанные с помещением нашего центра. Если вы хотите отказаться от наших услуг, просим вас уведомить об этом любого из членов вашей группы специалистов. Наш отдел выставления счетов всегда готов идти вам навстречу, если у вас имеются какие-либо претензии.

Вы можете обратиться с просьбой просмотреть свою медицинскую карту или снять с нее копию. С вас может взиматься плата, при этом вам необходимо записаться на прием для того, чтобы просмотреть свою карту или снять с нее копию. Вы можете также попросить исправить свою карту. Мы не раскрываем сведения из вашей медицинской карты другим лицам без вашего указания, или если того не требует закон. Вы можете просмотреть свою медицинскую карту или получить более подробную информацию о ней, обратившись к нашему Специалисту по вопросам конфиденциальности по номеру (360) 788-2663.

Более подробные сведения об использовании и раскрытии информации о вашем состоянии здоровья содержатся в нашем Уведомлении о соблюдении конфиденциальности. В нем также описывается, как можно получить доступ к своей информации.

Я соглашаюсь с услугами по обследованию и лечению, которые я получаю от персонала медицинского центра Unity Care NW. Я понимаю, что мое медицинское обслуживание осуществляется под надзором моего основного поставщика медицинских услуг, и мое согласие может быть отозвано в любой момент времени.

Я ознакомился с данной формой и понимаю ее содержание. Моя подпись означает, что я подтверждаю получение Уведомления о соблюдении конфиденциальности и Формы с правами и обязанностями пациента.

Подпись пациента или ответственного лица

Дата

Имя и фамилия пациента прописью

Дата рождения