

## ОБЩЕЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И УСЛОВИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ОПЛАТОЙ («СОГЛАСИЕ»)

**О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В НАСТОЯЩЕЕ СОГЛАСИЕ: Я ПОНИМАЮ, ЧТО НЕ МОГУ НИЧЕГО ВЫЧЕРКНУТЬ ИЗ ДАННОГО СОГЛАСИЯ. ЕСЛИ Я ЭТО СДЕЛАЮ, DENVER HEALTH ВПРАВЕ ОТКАЗАТЬСЯ ОТ МОЕГО ЛЕЧЕНИЯ, КРОМЕ СЛУЧАЕВ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ. Я ПОНИМАЮ, ЧТО DENVER HEALTH НЕ ОБЯЗАН ПРИДЕРЖИВАТЬСЯ ВНЕСЕННЫХ МНОЮ ИЗМЕНЕНИЙ.**

**ОПРЕДЕЛЕНИЯ:** «Управление здравоохранения гор. Денвер» (“Denver Health”) включает в себя все учреждения здравоохранения Денвера, включая кампус больницы и прилегающую территорию, школьные и мобильные клиники, филиалы и машины скорой помощи. «Медицинское обслуживание» включает в себя стандартные больничные услуги, диагностические тесты, внутривенную терапию (терапия, проводимая через мою вену), лекарства, анестезию, инъекции, консультирование по вопросам переливания крови и другие медицинские услуги. Медицинская помощь может оказываться в больнице («стационарно») или в клинике («амбулаторно»).

**СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ:** Я даю свое согласие на оказание мне медицинских услуг медицинскими работниками Denver Health и другими лицами, которым разрешено лечить меня в Denver Health – как в стационаре, так и амбулаторно. Амбулаторная помощь может быть оказана на очном приеме или посредством телемедицины (прием врача по видеосвязи). Если я использую услуги телемедицины, я понимаю, что Denver Health защищает мои персональные данные и обеспечивает мою конфиденциальность с помощью защищенного канала в соответствии с Законом о передаче данных и подотчетности медицинского страхования (HIPAA). Однако я осознаю, что при получении услуг в режиме телемедицины существуют риски, включая перебои, несанкционированный доступ и технические проблемы. Я понимаю, что я или врач можем прекратить онлайн-прием, если придем к мнению, что видеосвязь не подходит для моей ситуации. Denver Health – учебная больница, и некоторые из услуг могут предоставляться мне практикантами, которые могут не быть сотрудниками Denver Health. Я имею право задавать вопросы и говорить о своем лечении со своими лечащими врачами, и я имею право отказаться от любого лечения. Если я решу покинуть стационар Denver Health до окончания лечения, я поставлю в известность своего лечащего врача (или врачей) перед выпиской. Если я уйду, но мой врач, исходя из состояния моего здоровья, будет против моего решения о досрочном прекращении стационарного лечения, мой уход будет отмечен в медицинской карте Denver Health как «Выписка вопреки медицинским рекомендациям (AMA)». В случае если я покину больницу вопреки медицинским рекомендациям, Denver Health не несет ответственности за все, что со мной может случиться, поскольку я отказал(-ся, -лась) от предписаний врача. Меня могут попросить подписать другие формы согласия, если мне назначена процедура или я принимаю участие в исследовании. Я понимаю, что медицина и хирургия не являются точной наукой и что мое лечение может быть сопряжено с риском травматизации и даже смерти. Я знаю, что мне не было дано никаких гарантий или обещаний относительно результатов моего лечения.

**ЗАПИСЬ НА ИНФОРМАЦИОННЫЕ НОСИТЕЛИ И НАБЛЮДЕНИЕ ДРУГИМИ ЛИЦАМИ:** Мои лечащие врачи, возможно, захотят получить мои снимки, видео и другие изображения, чтобы назначить мне соответствующее лечение, идентифицировать меня или в целях обучения медицинских работников. Фотографии или видео, идентифицирующие меня, не будут использованы за пределами Denver Health без моего согласия, если только этого не требует закон. Я имею право сказать врачам, осуществляющим мое лечение, что я не хочу, чтобы были сделаны мои фотографии, видео или другие изображения. Медработники, которые являются студентами или проходят обучение и которые не участвуют в моем лечении, могут изъявить желание наблюдать за ходом моего лечения в целях обучения и получения образования. Я имею право сказать медицинским работникам, что я не хочу, чтобы иные лица наблюдали за моим лечением в учебных и образовательных целях.

**РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ:** Я разрешаю Denver Health и моим лечащим врачам предоставлять информацию из моей медицинской карты для целей лечения, оплаты и медицинского обслуживания (включая обмен медицинскими услугами), как указано в уведомлении Denver Health о мерах по обеспечению конфиденциальности, а также для продолжения ухода после выписки из больницы Denver Health и в соответствии с требованиями закона. Я разрешаю Denver Health и моим лечащим врачам предоставлять информацию из моей истории болезни любому медицинскому работнику, занятому моим лечением, и любой стороне, которая может нести ответственность за оплату счета Denver Health за предоставленные мне медицинские услуги, включая страховые компании, программы финансовой помощи («aid programs»), работодателей по вопросам компенсации работникам (в связи с производственной травмой), а также лицу, причинившему вред моему здоровью, его адвокатам и страховым агентам. Я понимаю, что эта информация может быть передана в электронном виде.

**Я осознаю, что могу отозвать свое согласие в любое время, запросив “OPT OUT” («ОТКАЗАТЬСЯ»), отправив письмо в отдел управления медицинской информацией по адресу: Denver Health and Hospital, ATTN: Health Information Management Department MC0296, 301 W. 6th Avenue, Denver, CO 80204.**

Я понимаю, что после того, как такая информация будет раскрыта, Denver Health не несет ответственности за последующее разглашение моей информации.

**ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ:** Denver Health – это больница и учреждение, являющееся поставщиком медицинских услуг (как и мой доктор), поэтому я могу получить два отдельных счета за свое лечение (один из больницы и один от моих врачей). Я понимаю, что нет никаких гарантий, что мой счет от Denver Health будет оплачен с помощью моей страховки или программы помощи, и я обязан(а) оплатить любой счет, который не покрывается страховкой или программой помощи. Я согласен(а) предоставить Denver Health информацию о моей медицинской страховке и обо всех, кто нанес мне травмы, в результате которых я вынужден(а) был(а) обратиться в Denver Health. Я заверяю, что вся информация, которую я предоставляю при подаче заявления на получение льгот по программе медицинской помощи (Medicaid), будет достоверной. Я понимаю, что мне, возможно, придется получить подтверждение по моей медицинской страховке или программе помощи, что страховая компания или программа оплатят мой счет за медицинское обслуживание в Denver Health. Я ПОНИМАЮ, ЧТО ДОЛЖЕН ОПЛАЧИВАТЬ ВСЕ СЧЕТА DENVER HEALTH, КОТОРЫЕ НЕ ПОКРЫВАЮТСЯ СТРАХОВКОЙ ИЛИ ПРОГРАММОЙ ПОМОЩИ, ПОТОМУ ЧТО Я НЕ ПРЕДОСТАВИЛ DENVER HEALTH ИНФОРМАЦИЮ ДЛЯ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ, ИЛИ ПОТОМУ ЧТО Я НЕ ПОЛУЧИЛ СОГЛАСИЯ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ, ИЛИ, ВОЗМОЖНО, ПОТОМУ ЧТО У DENVER HEALTH НЕТ ДОГОВОРА С МОЕЙ СТРАХОВОЙ КОМПАНИЕЙ (ВНЕ СЕТИ), ЕСЛИ ЭТО РАЗРЕШЕНО ЗАКОНОМ. Я согласен(а) оплачивать все доплаты, взносы и другие сборы, не покрываемые страховкой или программой помощи, за исключением случаев, когда оплата требуется законом или в соответствии с письменным соглашением с моим страховщиком. Я понимаю, что я должен(а) платить за любую помощь, не покрытую или не дисконтированную страховкой или программой помощи, потому что эта помощь не считается необходимой с медицинской точки зрения, как например косметическая хирургия.

**ПЕРЕУСТУПКА ЛЬГОТ И ТРЕБОВАНИЙ:** Я уступаю или передаю свои права Denver Health в размере суммы моих медицинских расходов, любых и всех льгот, возмещение ущерба и компенсации, которые я буду иметь право получать от медицинских работников, домовладельцев, владельцев компаний, страховщиков, занимающихся страхованием работников в случае потери трудоспособности, реабилитации и инвалидности. Denver Health может, но не обязан, от моего имени или от имени Denver Health подать в суд на виновное лицо, чтобы возместить мои расходы на медицинское обслуживание. Я согласен(а) помочь Denver Health в его претензии любым приемлемым способом. Я даю Denver Health не подлежащую отмене ограниченную доверенность на подписание от моего имени любого разрешения на передачу медицинской информации; согласия; полномочий или другого документа, запрошенного страховой компанией для оплаты услуг Denver Health. Я хочу обеспечить оплату моих медицинских расходов в случае моей смерти и, следовательно, в той мере, в какой это позволяет закон, разрешить Denver Health назначить персонального представителя для подачи документов и распоряжения моим имуществом, выплаты страхового возмещения и других обязательств, а также предъявления иска о возмещении расходов против любого лица, причинившего мне вред. Закон Колорадо позволяет Denver Health заявлять о своем больничном залоговом праве (претензии на имущество) в отношении любой страховки, доступной для оплаты моих медицинских расходов. Denver Health может включать мое имя, номер социального страхования и дату рождения в любые требования удержания в пользу больницы, которые Denver Health заявляет в отношении моего счета.

**ПРОСРОЧЕННЫЕ СЧЕТА:** Я понимаю, что если Denver Health не спешит с взысканием по счету или дает мне дополнительное время для оплаты, это не освобождает меня от необходимости платить. Если мой счет не оплачен, Denver Health может отказать мне в предоставлении медицинской помощи, пока мой счет не будет оплачен, за исключением случаев, когда эти по неоплаченным счетам могут взиматься по самой высокой ставке, разрешенной законом. Если Denver Health придется подать на меня в суд, чтобы получить оплату по выставленному мне счету, Denver Health может подать такой иск в районный или окружной суд Денвера, штат Колорадо. Я согласен(а) с тем, что Denver Health может предоставить мои медицинские и платежные записи в любом таком иске о взыскании и по связанным с ним вопросам. В случае, если ДННА выиграет в суде, я соглашаюсь оплатить Denver Health разумные расходы на оплату услуг адвоката, судебные издержки и расходы по взысканию. Я разрешаю Denver Health получать от кредитного бюро копии отчетов по моей кредитной истории и получать от кого-либо любую информацию обо мне, которая обоснованно необходима для целей взыскания. Я даю согласие на то, чтобы со мной связывались по обычной почте, электронной почте, текстовыми сообщениями или по телефону (включая номер беспроводной/сотовой связи) по любому вопросу, касающемуся моих счетов. Это согласие распространяется на всех поставщиков медицинских услуг Denver Health и/или любую компанию, работающую на Denver Health. Это согласие включает в себя любую обновленную или дополнительную контактную информацию, которую я могу предоставить, а также телефонные звонки, использующие технологию автоматического набора номера, и предварительные записанные сообщения. Если я хочу отменить это согласие, я согласен уведомить о своем решении Denver Health Patient Financial Services (Службу финансовых услуг для пациентов).

**ПРАВИЛА ПОВЕДЕНИЯ:** Я понимаю, что если я буду угрожать физической расправой или наносить словесные оскорбления, вести себя враждебно или агрессивно, находясь в Denver Health, мне может быть отказано в любой дальнейшей помощи, за исключением неотложной. Я понимаю, что будут вызваны Служба безопасности Denver Health и полиция и что я могу быть привлечен(а) к ответственности. Я также понимаю, что, находясь на стационарном лечении в больнице Denver Health, я не могу покидать свою больничную палату, чтобы выйти на улицу.

**АНТИТАБАЧНАЯ ПОЛИТИКА:** Я понимаю, что мне запрещено курить, использовать любые табачные изделия, включая электронные сигареты или вейп, на территории Denver Health или рядом с ним и в любом его месте. Я не могу покидать Denver Health, чтобы курить во время моего нахождения на лечении в стационаре

**КОНТРАБАНДА И ЛИЧНОЕ ИМУЩЕСТВО:** Я понимаю, что не могу хранить какое-либо оружие, взрывчатые вещества, наркотики, марихуану, алкоголь или другие предметы, запрещенные законом или больничной политикой (контрабанду), во время моего пребывания в Denver Health. Если Denver Health заподозрит, что у меня есть контрабанда, я разрешаю Denver Health произвести досмотр моей одежды, личных вещей и больничного места. Если обнаружится какая-либо контрабанда, Denver Health вправе изъять эти предметы и распорядиться ими любым законным способом. Denver Health также может уведомить правоохранительные органы. Я понимаю, что у меня не должно быть при себе никаких денег или другого ценного имущества во время прохождения лечения в Denver Health. Denver Health не несет ответственности за повреждение, кражу или потерю моих денег и другого имущества.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИММУНИТЕТ:** Медицинская помощь или лечение в Denver Health могут предоставляться лицами, которые считаются государственными служащими в соответствии с Законом о государственном иммунитете штата Колорадо (статья 10 главы 24 C.R.S. – Пересмотренного Устава штата Колорадо). Этот закон ограничивает сумму денег, которую я могу получить, если я заявлю требования или подам иск против Denver Health или его сотрудников. Я понимаю, что Закон о государственном иммунитете штата Колорадо требует, чтобы я или мой адвокат уведомили Denver Health о подаче искового заявления. Претензия должна быть направлена в течение 182 дней с момента обнаружения у меня травмы или в соответствии с Законом о государственном иммунитете.

**СРОК ДЕЙСТВИЯ СОГЛАСИЯ:** Я понимаю, что это согласие будет действовать, пока я получаю медицинскую помощь в Denver Health, или до тех пор, пока я не отменю это согласие в письменной форме. Если я отзываю свое согласие, оно будет отменено только в отношении будущих медицинских услуг, а не в отношении услуг, которые я уже получил. Если я уже получил медицинскую помощь, но до сих пор не мог(ла) подписать это согласие, я соглашаюсь с тем, что это согласие будет применено к той помощи, которую я уже получил(а). Меня могут просить подписывать дополнительные формы согласия ежегодно, при каждом поступлении в больницу или в соответствии с больничной политикой.

**УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ/ПОРУЧИТЕЛЬ:** Если я не являюсь пациентом и подписываю настоящее согласие в качестве уполномоченного представителя пациента – это означает, что я имею полное юридическое право подписывать его от имени пациента, и я понимаю, что Denver Health полагается на достоверность этого заявления. Я понимаю, что как пациент, так и я будем полностью связаны обязательствами по этому согласию. Я понимаю, что, подписывая это согласие, Я ГАРАНТИРУЮ И СОГЛАШАЮСЬ ОПЛАТИТЬ ВСЕ РАСХОДЫ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ОБСЛУЖИВАНИЮ, и что если оплата не будет произведена, то против меня и пациента будут применены средства правовой защиты, предусмотренным пунктом, озаглавленным «Просроченные счета» выше.

**ОБЩЕЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ  
УСЛУГ И УСЛОВИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ОПЛАТОЙ  
(«СОГЛАСИЕ»)**

**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ:** Я подтверждаю, что прочитал текст настоящего согласия и понимаю и соглашаюсь с тем, что в нем говорится. Мне были даны ответы и разъяснения по всем вопросам, которые у меня были по поводу этого согласия. Данное согласие подписано мною добровольно, без принуждения с чьей-либо стороны. Я получил(а) или мне предложили копию этого согласия.

Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ИНФОРМАЦИЯ, КОТОРУЮ Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ НИЖЕ, ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВДИВОЙ И ПОЛНОЙ. Я ПОНИМАЮ, ЧТО ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЛОЖНОЙ ИНФОРМАЦИИ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В БОЛЬНИЦУ ИЛИ ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВОНАРУШЕНИЕМ КЛАССА 1, НАКАЗУЕМЫМ ПО ПРИГОВОРУ СУДА ТЮРЕМНЫМ ЗАКЛЮЧЕНИЕМ НА СРОК ДО ВОСЕМНАДЦАТИ (18) МЕСЯЦЕВ ИЛИ ШТРАФОМ В РАЗМЕРЕ 5000 ДОЛЛАРОВ США ИЛИ И ТЕМ, И ДРУГИМ (C. R. S., §§18-13-124 и 18-1.3-501). Я ПОНИМАЮ, ЧТО ЕСЛИ Я ПРЕДОСТАВЛЮ ЛОЖНУЮ, ВВОДЯЩУЮ В ЗАБЛУЖДЕНИЕ ИЛИ НЕПОЛНУЮ ИНФОРМАЦИЮ О СВОЕЙ ЛИЧНОСТИ ИЛИ АДРЕСЕ ПРОЖИВАНИЯ ИЛИ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВКИ НА ПРОГРАММУ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ, DENVER HEALTH МОЖЕТ СООБЩИТЬ ОБО МНЕ В ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫЕ ОРГАНЫ И ВПРАВЕ ОТКАЗАТЬ МНЕ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, НЕ ЯВЛЯЮЩЕЙСЯ НЕОТЛОЖНОЙ.

Что касается медицинской помощи, которую я получаю сегодня в амбулаторных условиях, если это применимо, я признаю, что меня осматривают в клинике неотложной медицинской помощи Denver Health \_\_\_\_\_ или в отделении неотложной помощи. (Пожалуйста, поставьте свои инициалы) Экстренные службы предназначены для более тяжелых состояний и часто приводят к более высоким расходам, оплачиваемым за счет собственных средств пациента.

Если вы подписываете это Согласие как уполномоченный представитель пациента, поставьте "X" в поле, которое показывает ваши юридические отношения с пациентом:

- Родитель пациента       законный представитель пациента       Консерватор пациента       доверенность       законный опекун пациента
- приемный родитель пациента       супруг(а) пациента       Ребенок пациента старше 18 лет
- другие законные отношения: \_\_\_\_\_

Подпись пациента / \_\_\_\_\_ Дата (мм/дд/гг) \_\_\_\_\_ Время (00:00) \_\_\_\_\_

Полное законное имя пациента в печатном виде: \_\_\_\_\_

Подпись уполномоченного представителя / \_\_\_\_\_ Дата (мм/дд/гг) \_\_\_\_\_ Время (00:00) \_\_\_\_\_

Полное законное имя уполномоченного представителя в печатном виде: \_\_\_\_\_

Подпись уполномоченного сотрудника ДННА / \_\_\_\_\_ Дата (мм/дд/гг) \_\_\_\_\_ Время (00:00) \_\_\_\_\_

Имя уполномоченного сотрудника ДННА (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ): \_\_\_\_\_

**ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ (OFFICE USE ONLY):**

- Patient is unable to provide consent due to condition. \_\_\_\_\_
- Patient is unable to sign due to condition; however, did provide Oral consent.
- Patient is a minor. Consent was obtained by telephone from \_\_\_\_\_, who is the patient's: \_\_\_\_\_
- Patient refused to sign.

ДННА Staff Person's Name (Printed)

