

ARLINGTON CLINIC

326 S Stillaguamish Ave
Arlington, WA 98223
360-572-5400

EDMONDS CLINIC

23320 Hwy 99
Edmonds, WA 98026
425-640-5500

EVERETT-CENTRAL CLINIC

4201 Rucker Ave
Everett, WA 98203
425-382-4000

EVERETT-COLLEGE CLINIC

930 N Broadway
Everett, WA 98201
425-595-3900

EVERETT-NORTH CLINIC

1424 Broadway
Everett, WA 98201
425-789-2000

EVERETT-SOUTH CLINIC

1019 112th St SW
Everett, WA 98204
425-551-6200

LYNNWOOD CLINIC

4111 194th St SW
Lynnwood, WA 98036
425-835-5200

ADMINISTRATION

8609 Evergreen Way
Everett, WA 98208
425-789-3700

chcsno.org

Вітаємо,

Ласкаво просимо до Громадського центру охорони здоров'я округу Снохоміш - Community Health Center of Snohomish County (CHC)!

Ми раді, що ви обрали нас своїм медичним закладом. У CHC ми докладаємо всіх зусиль, щоб надати вам допомогу, орієнтовану на пацієнта. Допомога, орієнтована на пацієнта, означає, що ми цілковито піклуємося про вас, починаючи з ваших фізичних потреб і закінчуючи потребами у сфері психічного здоров'я. Ми будемо співпрацювати з вами, щоб надавати медичну допомогу у такий спосіб, який поважатиме ваші цінності, культуру та вподобання.

Цей пакет надається всім пацієнтам, які вперше потрапляють до CHC. У ньому ви знайдете важливу інформацію про досвід та обслуговування пацієнтів.

До пакета входить

- Вітальний лист (цей документ)
- Права та обов'язки пацієнта
- Повідомлення про дотримання конфіденційності
- Примітка щодо відсутності дискримінації
- Повідомлення про неявку пацієнта до лікарні - медичне страхування
- Повідомлення про неявку пацієнта до лікарні - стоматологічне страхування
- Підтвердження та згода пацієнта - **ви мусите підписати цей документ**

Будь ласка, обов'язково ознайомтеся з усіма документами, а також підпишіть і поверніть нам форму «Підтвердження та згода пацієнта», наведену на останній сторінці.

Залишились запитання? Якщо у вас є запитання або якщо вам потрібна допомога, зверніться до учасників вашої медичної команди або співробітників рецепції CHC.

Дякуємо, що обрали CHC округу Снохоміш! Ми з нетерпінням чекаємо на співпрацю з вами на вашому шляху здоров'я.

З повагою,

Ваша команда медичного обслуговування CHC

Права та обов'язки пацієнтів

ВИ МАЄТЕ ПРАВО НА:

- Якісний догляд та обслуговування.
- Ставлення з повагою та гідністю.
- Обслуговування без дискримінації.
- Звернення до постачальника послуг за необхідності у невідкладній медичній/стоматологічній допомозі у неробочий час.
- Отримання повної інформації про Ваше здоров'я та вибір лікування та послуг. Ми надаємо цю інформацію зрозумілою мовою та у зручній для Вас формі.
- Участь у прийнятті рішень щодо Вашого медичного обслуговування. Якщо Ви відмовитеся від лікування, ми пояснимо можливі результати.
- Наведення довідок про комісії, збори та політику оплати.
- Відмову від участі у дослідженні.
- Пропозицію внесення змін до процедур.
- Участь у виборі постачальника первинних медичних послуг.
- Участь у прийнятті рішень щодо Вашого плану догляду за літніми та невиліковними людьми.
- Подання скарги, якщо Ви не задоволені будь-якими послугами клініки.
- Подання позову, якщо Ви не задоволені тим, як вирішено вашу скаргу.
- Подання позову, якщо Ви відчули непрофесійну поведінку бідь-якого співробітника.
- Розкриття Ваших медичних даних відповідно до закону.
- Отримання доступу, запити на внесення змін та отримання інформації про розкриття Ваших медичних даних відповідно до чинного законодавства.
- Завчасне повідомлення, якщо центр CHC вирішить змінити чи припинити стосунки з Вами.

У ВАШІ ОБОВ'ЯЗКИ ВХОДИТЬ:

- Надання правильної та повної історії хвороби та платіжної інформації.
- Повідомлення постачальнику послуг про будь-яке розпорядження про підтримання життя, медичну довіреність або інші розпорядження, які можуть вплинути на Ваше лікування.
- Відвідування запланованих прийомів. Якщо Вам потрібно скасувати прийом, зателефонуйте нам за 24 години до прийому.
- Вживання всіх можливих заходів для збереження здоров'я, дотримуючись планів лікування та інструкції з догляду, які Ви погодили зі своїм лікарем.
- Ставлення до персоналу та інших пацієнтів з повагою.
- Повага до приватного життя інших.
- Повага до власності центру CHC.
- Дотримання політик центру CHC.
- Оплата отриманих послуг відповідно до політик центру CHC.
- Оплата послуг, отриманих Вами при направленні до інших постачальників медичних послуг за межами центру CHC.
- Догляд за дітьми, приведеними до медичного центру, та забезпечення їхньої безпеки.

Недотримання цих обов'язків може призвести до відмови в подальшому доступі до послуг центру CHC.

Повідомлення про правила конфіденційності

Вступ

У цьому повідомленні описано, як захищена медична інформація (Protected Health Information, PHI) про Вас може використовуватися та розкриватися, та як Ви можете отримати доступ до цієї інформації. Прочитайте це повідомлення уважно.

Відповідно до закону Громадський центр охорони здоров'я округу Снохоміш (Community Health Center of Snohomish County, CHC) зобов'язаний:

- Захищати конфіденційність Вашої інформації.
- Надати Вам це повідомлення про наші правила конфіденційності.
- Дотримуватися правил конфіденційності, описаних у цьому повідомленні.
- Повідомляти про будь-які випадки можливого порушення конфіденційності медичної інформації пацієнтів.

Щоб отримати додаткову інформацію про дотримання конфіденційності чи додаткові копії цього повідомлення, зв'яжіться з нами за допомогою інформації, наведеної в кінці цього повідомлення.

Використання та розкриття інформації без Вашого письмового дозволу

Ось деякі приклади випадків, у яких ми можемо використовувати і передавати Вашу захищену медичну інформацію (PHI) без Вашого дозволу.

Для зв'язку з Вами: Ми можемо зв'язуватись з Вами з нагадуванням про призначені прийоми, а також для передання результатів аналізів, інформації про варіанти лікування або про заходи чи послуги з медичної освіти.

Для лікування: Ми можемо використовувати та розкривати Вашу захищену медичну інформацію в рамках надання Вам лікування. Ми також можемо передавати Вашу захищену медичну інформацію іншим медичним працівникам, які надають Вам медичну допомогу.

З метою стягнення оплати: Ми можемо використовувати або розкривати захищену медичну інформацію за низки обставин і під час виконання певних дій, як-то: визначення рамок страхового покриття, забезпечення оплати за надані послуги, управління компенсаційними запитами та відшкодування витрат. Ми також можемо передавати Вашу захищену медичну інформацію для запиту або отримання оплати від Вашого плану медичного страхування.

Для виконання операцій / дій у сфері охорони здоров'я: Ми можемо використовувати або розкривати захищену медичну інформацію з метою підтримки ділової активності постачальника медичних послуг та центру CHC, включаючи передачу Вашої захищеної медичної інформації стороннім «бізнес-партнерам»,

які надають послуги нашій організації, як-то послуги оплати та складання стенографічних звітів. У разі необхідності ми також можемо використовувати або розкривати Вашу захищену медичну інформацію для надання Вам інформації про альтернативне лікування або інші вигоди та послуги, пов'язані зі здоров'ям, яка може бути цікавою для Вас.

Для збору коштів: Ми можемо використовувати захищену медичну інформацію, щоб зв'язатися з Вами в рамках кампаній із залучення коштів для здійснення нашої діяльності. Ми також можемо розкривати захищену медичну інформацію пов'язаним з нами фондам, щоб ті могли зв'язатися з Вами в рамках кампаній із залучення коштів для здійснення їхньої діяльності. Усі матеріали, присвячені кампаніям зі збору коштів, міститимуть опис дій, яких Ви можете вжити, щоб більше не отримувати кореспонденцію, пов'язану з кампаніями зі збору/залучення коштів.

На виконання вимог законодавства, або якщо використання / розкриття інформації дозволено законом: Ми можемо використовувати або розкривати захищену медичну інформацію, якщо від нас того вимагає закон, або якщо таке використання / розкриття дозволено законом. Також ми можемо розкрити захищену медичну інформацію в мінімальному обсязі, необхідному для запобігання серйозній загрозі Вашому здоров'ю або Вашій безпеці, або ж для запобігання загрозі здоров'ю або безпеці оточуючих.

Інші випадки розкриття інформації, дозволені або необхідні за законом:

- У межах діяльності органів нагляду у сфері охорони здоров'я, що здійснюють ліцензування та аудит
- У межах діяльності у сфері охорони здоров'я
- У межах діяльності з нагляду та контролю у сфері охорони здоров'я
- У контексті діяльності правоохоронних органів, якщо таке розкриття вимагається або дозволене законом
- Під час проведення досліджень, схвалених відомчою наглядовою радою
- На виконання заяв про відшкодування втрат працівників
- У межах діяльності військових відомств або відомств у сфері національної безпеки
- У межах діяльності слідчих органів, медичних експертів і керівництва бюро ритуальних послуг

Використання та розкриття інформації без Вашого письмового дозволу (із правом заперечення)

Якщо Ви неідеальні, а також у надзвичайних ситуаціях ми розкриємо Вашу захищену медичну інформацію відповідно до раніше висловлених вами вподобань, які відомі нам, а також виходячи з Ваших інтересів, визначених нашою експертною думкою. Ми також керуватимемося нашою експертною думкою і нашим досвідом, обґрунтовано посилаючись на Ваші інтереси під час ухвалення рішень щодо допуску тих чи інших осіб до отримання лікарських засобів за виписаними Вам рецептами.

Повідомлення про правила конфіденційності

Члени сім'ї та інші особи, які беруть участь у догляді за

Вами: Ми можемо використовувати або розкривати Вашу захищену медичну інформацію для повідомлення або для допомоги в пошуку членів сім'ї або інших осіб, відповідальних за Ваш догляд, щоб повідомити їм про Ваше місцезнаходження, загальний стан здоров'я або смерть.

Заходи з ліквідації наслідків надзвичайних подій: Ми можемо використовувати або розкривати вашу захищену медичну інформацію державним або приватним структурам, що мають необхідні повноваження відповідно до закону або статуту, які беруть участь у заходах з ліквідації наслідків надзвичайних подій на рівні координації заходів з інформування Ваших членів сім'ї про Ваше місцезнаходження, Ваш загальний стан здоров'я або ж про Вашу смерть.

Використання та розкриття інформації, що потребують Вашого письмового дозволу

Записи психотерапевта: Зазвичай ми зобов'язані отримати Ваш дозвіл на використання або розкриття записів психотерапевта; винятками є такі обставини / випадки: (1) дані використовує / розкриває сам автор з метою лікування, (2) у контексті реалізації наших власних навчальних програм у рамках яких студенти, які здобувають спеціальності, що пов'язані з психічним здоров'ям, стажисти та практиканти під наглядом вчаться застосовувати на практиці або покращують свої навички та вміння, (3) з метою нашого захисту

в судових розглядах, ініційованих вами, (4) відповідно до вимог законодавства, (5) контролюючим органам у сфері охорони здоров'я в контексті контролю автора записів/даних, (6) слідчим або судовим медичним експертам; або (7) для запобігання або скорочення серйозної чи безпосередньої загрози здоров'ю або безпеці особи чи оточуючих.

Репродуктивна конфіденційність: Під час використання та розкриття інформації про здоров'я, яка є складовою частиною будь-якого запису про репродуктивне здоров'я ми повинні дотримуватись законів про конфіденційність. За винятком випадків, коли це дозволено законом, ми ніколи не будемо ділитися будь-якими записами про репродуктивне здоров'я без Вашого письмового дозволу.

Записи про розлади, пов'язані зі зловживанням психоактивних речовин

Під час використання та розкриття інформації про здоров'я, яка є складовою частиною будь-якого запису про здоров'я ми повинні дотримуватись федерального закону. За винятком випадків, коли це дозволено законом, ми ніколи не будемо ділитися будь-якими записами про лікування розладів, пов'язаних зі зловживанням психоактивних речовин без Вашого письмового дозволу.

Маркетингові комунікації: Перед використанням Вашої захищеної медичної інформації в маркетингових цілях або

перед її продажем ми мусимо отримати Ваш письмовий дозвіл відповідно до застосованих визначень та виключних умов згідно із Законом про передачу даних і звітності у сфері медичного страхування (HIPAA).

Інші випадки використання та розкриття інформації: В інших випадках, крім описаних вище, використання або розкриття Вашої захищеної медичної інформації може мати місце тільки з Вашого письмового дозволу. Ви можете відкликати такий дозвіл у будь-який момент, надавши нам письмове повідомлення про відкликання дозволу.

Ваші індивідуальні права

Право на вивчення та копіювання: Ви можете запросити про доступ до наявних у нас Ваших медичних даних і даних про фактурування послуг, які Ви можете вивчити і скопіювати. Усі запити про доступ до даних мають оформлятися письмово. В обмежених випадках ми можемо відмовити Вам у доступі до Ваших даних. Ми можемо зажадати плату за копіювання і пересилання Вам будь-яких запитаних даних.

Право на альтернативні способи обміну інформацією:

Ви можете запросити, а ми задовольнимо будь-який доцільний і оформлений письмово запит, що формує Ваше бажання отримувати захищену медичну інформацію, використовуючи альтернативні способи обміну інформацією або ж альтернативні адреси.

Право на запит обмежень: Ви маєте право запросити про обмеження обсягу захищеної медичної інформації, яку ми використовуємо або розкриваємо в цілях лікування, оформлення рахунків за обслуговування або для реалізації інших релевантних операцій / дій у сфері охорони здоров'я. Ви повинні подати запит на обмеження у письмовій формі і на ім'я спеціаліста по керуванню ризиками (співробітника з питань конфіденційності) на адресу Compliance Office, 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208. Ми не зобов'язані задовольняти Ваші запити, однак, ми можемо задовольнити такі запити в таких випадках: якщо Ви запитуєте про обмеження обсягів захищеної медичної інформації, яка розкривається планам медичного страхування з метою забезпечення плати за обслуговування або реалізації інших операцій/дій у сфері охорони здоров'я, якщо таке розкриття не є необхідним згідно із законом, та якщо захищена медична інформація відноситься виключно до допомоги або послуг у сфері охорони здоров'я, що цілком оплачені вами або іншою особою.

Право на звіти у зв'язку з розкриттям інформації: За письмовим запитом Ви можете отримати звіт про випадки розкриття нами Вашої захищеної медичної інформації, що відбулися за останні шість років (за умови дотримання певних обмежувальних і лімітуючих умов).

Право на запит поправок: Ви маєте право запити на внесення поправок до Вашої захищеної медичної інформації. Ваш запит, який в обов'язковому порядку має бути оформлений письмово, має роз'яснювати причини, через які до Вашої інформації мають бути внесені поправки. За певних обставин ми можемо відмовити Вам у задоволенні вашого запиту.

Повідомлення про правила конфіденційності

Право на отримання повідомлення: Ви маєте право отримати паперову копію цього повідомлення, у будь-який час надіславши запит на адресу: Community Health Center of Snohomish County, 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208.

Право на отримання повідомлення про порушення: Ми зобов'язані повідомити Вас, якщо виявимо порушення незахищеної медичної інформації, відповідно до вимог федерального законодавства.

Запитання або скарги

Якщо Ви хочете отримати додаткову інформацію про свої права на конфіденційність або стурбовані тим, що ми порушили Ваші права на конфіденційність, ви можете зв'язатися з нашим спеціалістом по керуванню ризиками (співробітником з питань конфіденційності) за телефоном (425) 789-3775. Ви також можете подати письмову скаргу до Управління з громадянських прав Департаменту охорони здоров'я та соціального забезпечення США.

За подання скарги нам або до Управління з громадянських прав Вас не переслідують. Адреса регіонального офісу Управління з громадянських прав у Вашингтоні:

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services
2201 Sixth Avenue - M/S: RX-11
Seattle, WA 98121-1831

Дата набрання чинності та зміни цього повідомлення

Дата набрання чинності: Це повідомлення набуло чинності **21 травня 2024 р.**

Зміни цього повідомлення: Ми можемо змінити умови цього повідомлення в будь-який час. Якщо ми змінимо це повідомлення, ми можемо зробити нові умови повідомлення дійсними для всієї захищеної медичної інформації, яку ми зберігаємо, включно з будь-якою інформацією, створеною або отриманою до оприлюднення нового повідомлення. Якщо ми змінимо це повідомлення, ми розмістимо відредаговане повідомлення в зоні очікування нашого офісу та на нашому веб-сайті www.chcsno.org. Ви також можете отримати змінене повідомлення, звернувшись за адресою Community Health Center of Snohomish County, 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208

Примітка щодо відсутності дискримінації

Дискримінація є порушенням закону.

Громадський центр охорони здоров'я округу Снохоміш (Community Health Center of Snohomish County (CHC)) діє відповідно до застосовуваних федеральних законів в області громадянських справ і не допускає різного ставлення до людей або їх дискримінації залежно від раси, кольору шкіри, національного походження, віку, інвалідності або статі.

Ми надаємо:

- Безкоштовні ресурси та послуги людям з інвалідністю для забезпечення їхнього ефективного зв'язку з нами, а саме:
 - Кваліфікованих сурдоперекладачів
 - Письмову інформацію в інших форматах (великий шрифт, аудіо, доступні електронні формати, інші формати)
- Безкоштовні мовні послуги для людей, для яких англійська не є рідною мовою, а саме:
 - Кваліфікованих усних перекладачів
 - Письмову інформацію на інших мовах

Якщо Вам здається, що ми не надаємо такі послуги, або відчуваєте дискримінацію іншим чином залежно від раси, кольору шкіри, національного походження, віку, інвалідності або статі, Ви можете подати скаргу персонально або поштою, факсом або ел. поштою. Якщо Вам потрібна допомога у поданні скарги, спеціаліст по керуванню ризиками Громадського центру охорони здоров'я округу Снохоміш (Community Health Center of Snohomish County) завжди допоможе Вам.

Community Health Center of Snohomish County

8609 Evergreen Way

Everett, WA 98208

425-789-3789, телетайп для людей з обмеженими можливостями: 711, факс: 425-789-3780

Ви також можете подати скаргу щодо порушення громадянських прав до Управління з громадянських прав Департаменту охорони здоров'я та соціального забезпечення США (U.S. Department of Health and Human Services) поштою, факсом або онлайн за посиланням <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (текстовий телефон)

Форми скарг доступні на сайті www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

Примітка із підрозділу 224 (о) Закону про службу суспільної охорони здоров'я

Правова відповідальність робітника сфери охорони здоров'я обмежена відповідно до Закону про службу суспільної охорони здоров'я (Public Health Service Act) (розділ 224(q)(1)(D)).

У цій примітці від секретаря Міністерства охорони здоров'я та соціального забезпечення надається інформація, що стосується захисту відповідальності Громадського центру охорони здоров'я округу Снохоміш (Community Health Center of Snohomish County), і вона не є комплексною приміткою, яка має відношення до будь-якого положення закону за винятком міри впровадження закону у клініці.

Примітка щодо відсутності дискримінації

English	If you speak a language other than English, or if you are hard of hearing, deaf, or deaf/blind, we will provide an interpreter for free. Call 1-425-789-3789 (TTY:711).
Amharic	ከእንግሊዘኛ ውጭ ሌላ ቋንቋ የሚናገሩ ከሆነ ወይም ለመስማት የሚከብዱት፣ መስማት የተሳናቸው ወይም መስማት የተሳናቸው / ማየት የተሳናቸው ከሆኑ የትርጉም አገልግሎት በነጻ እንሰጣለን። ወደ 1-425-789-3789 (TTY:711) ይደውሉ።
Arabic	إذا كنت تتحدث لغة بخلاف اللغة الإنجليزية، أو إذا كنت تعاني من صعوبة في السمع، أو كنت أصم، أو أصم/كفيفًا، فإننا سنقوم بتوفير مترجم فوري بشكل مجاني. اتصل بالرقم 1-425-789-3789 (الهاتف النصي: 711).
Cambodian	ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវជ្រក់ឆ្ងុះ ឆ្ងង់ ឬឆ្ងង់/ពិការភ្នែក យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ជូនសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-425-789-3789 (TTY:711)។
Chinese	如果您講英語以外的語言，或者您是聽力障礙人士、失聰人士或失聰/失明人士，我們將免費提供口譯員。請致電 1-425-789-3789 (TTY: 711)。
German	Falls Sie die englische Sprache nicht sprechen oder nicht ausreichend verstehen sollten, oder falls Sie schwerhörig, taub oder taub-blind sein sollten, stellen wir Ihnen kostenlos einen Dolmetscher oder eine Dolmetscherin zur Verfügung. Bitte rufen Sie an: 1-425-789-3789 (TTY:711).
Japanese	英語以外の言語を話される方、または耳の遠い方、耳が聞こえない方、耳と目の両方に障がいのある方は、無料で通訳を手配いたします。1-425-789-3789 (TTY:711) までお電話ください。
Korean	영어 이외의 언어를 사용하거나 청각 장애나 시각 장애가 있으신 분들을 위해 통역사를 무료로 제공해드립니다. 1-425-789-3789(TTY:711) 로 전화하세요.
Laotian	ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອື່ນນອກຈາກພາສາອັງກິດ ຫຼື ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ເບີ້ນດີ, ຫຼຸໜວກ ຫຼື ຫຼຸໜວກ/ຕາບອດ, ພວກເຮົາຈະຈັດຫາບາງພາສາໃຫ້ພວກເຮົາ. ໂທຫາ 1-425-789-3789 (TTY: 711).
Marshallese	Elaññe kwōjelā juon kajin im eoktak jen Kajin Pālle, ñe e jab elaññe ejabwe am jelā roñ, kwōjaroñroñ, ak kwōjaroñroñ/pilo, kōmnaaj bōktok juon ri-ukok im ejjelok wonen. Kūrlok 1-425-789-3789 (TTY:711).
Portuguese	Para outros idiomas que não o inglês, ou em caso de deficiência auditiva, deficiência visual ou ambas, é fornecido gratuitamente o serviço de interpretação. Ligue para 1-425-789-3789 (TTY:711).
Punjabi	ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੁਣਨ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਿਲ ਹੈ, ਬੋਲੇ ਜਾਂ ਬੋਲੇ/ਅੰਨ੍ਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਾਂਗੇ। 1-425-789-3789 (TTY:711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
Russian	Если вы не говорите по-английски или являетесь слабослышащим, глухим или слепоглухим, мы бесплатно предоставим вам услуги переводчика. Позвоните по телефону 1-425-789-3789 (телетайп: 711).
Spanish	Si habla un idioma distinto al inglés, o si tiene problemas de audición, es sordo o sordo/ciego, le proporcionaremos un intérprete de forma gratuita. Llame al 1-425-789-3789 (TTY: 711).
Somali	Haddii aad ku hadasho luuqad aan ahayn Ingiriisi, ama haddii maqalku kugu adag yahay ama aad tahay dhagool, ama dhagool/indhoole, waxaan kusiin doonaa turjumaan bilaash ah. wac 1-425-789-3789 (TTY:711).
Tagalog	Kung ikaw ay nagsasalita sa isang wika maliban sa Ingles, o kung mahina ang iyong pandinig, bingi, o bingi/bulag, magbibigay kami ng interpreter nang libre. Tumawag sa 1-425-789-3789 (TTY:711).
Ukrainian	Якщо ви не розмовляєте англійською мовою, або якщо ви погано чуєте, є глухою чи сліпоглухою особою, ми надамо вам перекладача безкоштовно. Телефонуйте за номером 1-425-789-3789 (TTY: 711).
Vietnamese	Nếu bạn không nói được tiếng Anh hoặc nếu bị lãng tai, điếc hoặc điếc/mù, chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí. Hãy gọi 1-425-789-3789 (TTY:711).

Повідомлення пацієнта у разі неявки: Медичні послуги

Дотримання графіку прийомів – важлива складова Вашого здоров'я. Це дозволяє постачальнику медичних послуг обговорювати питання, пов'язані з Вашим медичним обслуговуванням, та пропонувати заходи, яких можна вжити, щоб залишатися здоровими. Якщо Ви не з'являєтеся на прийом, то не тільки втрачаєте можливість покращити свій стан здоров'я, але й забираєте час, який лікар міг надати іншому пацієнту.

Повідомлення пацієнта у разі неявки на прийом до стоматолога

Дотримання графіку прийомів є важливою частиною вашого стоматологічного обслуговування. Під час прийому стоматолог-гігієніст може обговорити з вами здоров'я ротової порожнини й запропонувати заходи, які допоможуть зберегти зуби здоровими. Якщо ви не з'являєтеся на прийом, то втрачаєте можливість покращити своє здоров'я. Крім того, це забирає час, який лікар міг приділити іншому пацієнтові.

- Пацієнти Громадського центру охорони здоров'я округу Снохоміш (Community Health Center of Snohomish County), які не з'явилися на прийом до лікаря, отримують лист, текстове повідомлення та/або телефонний дзвінок із повідомленням про пропущений прийом.
- Якщо пацієнт не з'явився на прийом і не зателефонував, щоб скасувати прийом 3 (три) або більше разів протягом 6 (шести) місяців, його можуть перевести на випробувальний термін. Під час випробувального терміну пацієнт не може записуватись на прийом заздалегідь протягом 6 (шести) місяців, якщо він не отримав на це схвалення менеджера стоматологічної клініки. Але якщо в пацієнта з'явилися біль або набряклість, він може прийти до офісу, щоб записатися на прийом того ж дня.
- Після переведення на випробувальний термін 3 (три) або більше разів можна втратити статус пацієнта.

Ми сподіваємося, що це повідомлення допоможе зрозуміти важливість дотримання графіку прийомів і/або завчасного повідомлення про необхідність їхнього скасування. Здоров'я вашої ротової порожнини важливе для нас, і ми з нетерпінням чекаємо зустрічі з вами на наступному плановому прийомі!

Форма підтвердження та згоди пацієнта

Розкриття медичної інформації:

Я надаю дозвіл своїм медичним фахівцям залишати медичну інформацію, зокрема результати аналізів, інформацію про ліки та/або відповіді на запитання, на моєму автовідповідачі.

Згода на інформування:

Я погоджуюся на отримання всіх форм зв'язку від моїх медичних фахівців. СНС може дзвонити, надсилати текстові повідомлення, електронні або звичайні листи з важливою інформацією, такою як нагадування про прийоми, результати аналізів, варіанти лікування, послуги або заходи з санітарної освіти. Я розумію, що можу відмовитись у будь-який час.

Згода на догляд:

Я погоджуюся з планом догляду та лікування, запропонованим моїми медичними фахівцями. Я розумію, що я або мій уповноважений представник маємо право прийняти рішення про згоду на цей план або про відмову від нього. За необхідності я буду ставити запитання та повідомляти про свої побажання.

Повідомлення про розкриття до оплати:

Я розумію, що медичні центри СНС надаватимуть будь-які діагнози та відповідну інформацію, необхідну для забезпечення виплат від страхових компаній та від будь-яких відповідальних третіх осіб. Я розумію, що це повідомлення про розкриття, якщо я безпосередньо не обмежу його відповідним розпорядженням в письмовій формі, може поширюватись на всі аспекти лікування, зокрема на тестування та/або лікування ВІЛ/СНІДу, захворювань, що передаються статевим шляхом, зловживання психоактивними речовинами або психічних розладів.

Згода з фінансовими умовами:

Я розумію, що до надання послуг застосовна вимога про доплати. Я надаю центрам СНС право на безпосереднє отримання оплати за обслуговування від моєї страхової компанії.

Я розумію, що несу фінансову відповідальність перед центрами СНС за сплати, не забезпечені страховою компанією, і що ці сплати мають бути забезпечені мною протягом 30 днів після виставлення відповідних рахунків. Я розумію, що окрім рахунків від мого постачальника я можу отримати окремі рахунки від лабораторій, компаній, які здійснюють радіологічні дослідження, та інших спеціалізованих служб.

Отримання повідомлення про норми використання медичної інформації:

Мені було запропоновано копію Правил конфіденційності СНС, у яких міститься інформація про мої права, пов'язані із захистом моєї медичної інформації. Мені було запропоновано копію Політики щодо пропусків прийомів, у якій міститься інформація про те, наскільки важливо приходити на медичні прийоми, а також про наслідки неявки на прийоми або скасування прийомів.

Права та обов'язки пацієнтів:

Мені було запропоновано копію Прав та обов'язків пацієнтів центрів СНС, у якому міститься інформація для пацієнтів центрів СНС.

Телемедичні послуги:

Я розумію, що телемедичні візити є платними та що СНС дотримується всіх законів щодо конфіденційності пацієнтів. Якщо буде потрібний особистий візит, мені повідомлять. Я розумію, що при порушенні електронного з'єднання, яке може призвести до проблем із конфіденційністю, мої медичні фахівці зателефонують мені за вказаним номером.

Форма підтвердження та згоди пацієнта

Підписуючись нижче, ви погоджуєтесь з усією наведеною вище інформацією.

Підпис: _____ Дата: _____

Підпис одного з батьків / опікуна: _____ Дата: _____
(якщо пацієнт неповнолітній)