

Согласие на лечение в рамках программы общественного здравоохранения округа Клакамас

Имя пациента _____

Согласие на лечение

Я даю разрешение медсестрам, общественным медицинским работникам и сотрудникам службы общественного здравоохранения округа Клакамас предоставлять услуги посещения на дому мне и/или моему ребенку. Я даю согласие на все вмешательства, включая, но не ограничиваясь, координацию ухода, оценки физического состояния, психологические обследования, обучение, направления к специалистам и сестринские вмешательства в соответствии с объемом деятельности Медсестринского ухода на дому.

Я разрешаю службе общественного здравоохранения округа Клакамас документировать мои визиты в системе медицинских карт ONCIN EPIC. Кроме того, я даю разрешение ССРН на сбор данных в соответствии с требованиями Управления здравоохранения штата Орегон и отправку этих данных в базу данных «Отслеживание эффективности посещений на дому в штате Орегон» (THEO).

Я понимаю, что имею право на информацию о том, какие обследования, обучение, координация и направления проводятся от моего имени и/или от имени моего ребенка.

Я понимаю, что могу прекратить участие, когда захочу.

Разрешение на оплату

Я понимаю, что услуги будут предоставляться независимо от наличия у меня медицинской страховки.

Настоящим я разрешаю и прошу, чтобы оплата услуг по программам Medicare, Medicaid и/или другим страховым планам или плательщикам производилась от моего имени в службу общественную здравоохранения округа Клакамас. Настоящим я передаю все платежи за услуги по лечению в службу общественного здравоохранения округа Клакамас.

Я разрешаю службе общественного здравоохранения округа Клакамас предоставлять моим страховым компаниям всю информацию, необходимую для обработки страховых претензий. Я разрешаю, чтобы любые платежи от моих страховых компаний были перечислены непосредственно в службу общественного здравоохранения округа Клакамас.

Я разрешаю службе общественного здравоохранения округа Клакамас предоставлять страховым компаниям любую информацию о лечении, необходимую для обработки моих претензий.

Уведомление о политике конфиденциальности и другие раздаточные материалы

Я получил уведомление округа Клакамас о политике конфиденциальности и информацию о моих правах и обязанностях, процессе рассмотрения жалоб, конфиденциальности, рисках и преимуществах лечения, а также о вариантах обслуживания, предлагаемых службой общественного здравоохранением округа Клакамас.

Подпись пациента / представителя пациента

Имя пациента/представителя пациента печатными буквами

Дата

Отношения представителя с пациентом

Согласно закону штата Орегон
Несовершеннолетний любого возраста может без уведомления своих родителей или опекуна дать согласие на получение услуг по вопросам контроля рождаемости или лечение инфекции, передающейся половым путем. Несовершеннолетний в возрасте 14 лет и старше может дать согласие на лечение психического здоровья или наркотической зависимости, не уведомляя об этом своих родителей или опекуна.
Несовершеннолетний в возрасте 15 лет и старше может дать согласие на медицинское лечение, не уведомляя об этом своих родителей или опекуна. ORS 109.610, 109.640, 109.675