



**ОБЩЕЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ /  
РАЗРЕШЕНИЕ ПАЦИЕНТА НА РАЗГЛАШЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ / ПОДТВЕРЖДЕНИЕ РАЗРЕШЕНИЯ НА  
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТРАХОВЫХ ЛЬГОТ**

Далее изложены условия предоставления услуг Медицинской группой Carolinas, которая входит в состав Spartanburg Regional Health Services District, Inc. (Округ), для пациента, чье имя указано внизу данной страницы.

**СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Я/мы даю/даем добровольное согласие на проведение терапевтического лечения и диагностических процедур Медицинской группой Carolinas и сотрудничающими с ней терапевтами, клиническими врачами и прочим персоналом. Я/мы даю/даем согласие на проведение анализов на инфекционные заболевания, такие как, кроме прочего, сифилис, СПИД, гепатит, а также на употребление наркотиков, если это сочтет необходимым мой врач. Я/мы понимаю(-ем), что медицинская практика и хирургия не являются точными науками, и осознаю(-ем), что мне/нам не давали каких-либо гарантий относительно результатов после проведения диагностических процедур или терапевтического лечения.

**РАЗРЕШЕНИЕ НА РАЗГЛАШЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ**

Медицинскому учреждению и врачам разрешено разглашать любую медицинскую информацию, которая необходима в рамках обработки заявок или предоставления сведений для получения финансового покрытия расходов, планирования выписки и дальнейшего терапевтического лечения. В данную категорию входят данные о психиатрическом лечении, сексуальном насилии или анализах на инфекционные заболевания, включая СПИД / ВИЧ в связи с предоставлением услуг в рамках данного визита. Я/мы также даю/даем свое согласие на разглашение медицинской и прочей информации обо мне органам власти штата или федерального уровня в предусмотренном законом порядке.

**РАЗРЕШЕНИЕ НА СВЯЗЬ ПО ТЕЛЕФОНУ**

Настоящим вы разрешаете нам, уполномоченным нами лицам и сторонним коллекторам: (1) связываться с вами по любому из ваших контактных телефонов, включая мобильные номера: (2) оставлять вам сообщения на автоответчик и голосовую почту и в законном порядке (включая законы о взыскании задолженности) указывать информацию обо всех сообщениях такого рода и / или о невыплаченных вами суммах: (3) отправлять вам текстовые сообщения или электронные письма по любому из указанных вами адресов электронной почты: (4) использовать заранее записанные сообщения / сообщения автоинформатора и / или использовать функции автодозвона в связи с вашим счетом или любыми контактами с вами.

**ОТЧИСЛЕНИЕ СТРАХОВЫХ ЛЬГОТ**

Я/мы гарантирую(-ем) оплату всех расходов, совершенных от имени или в пользу пациента, и я/мы передаю свои права на все страховые льготы и прочие варианты финансирования врачу и Медицинской группе Carolinas. Я/мы понимаю(-ем), что я/мы несунесем ответственность за все расходы, не покрываемые страховкой или иными формами льгот. Я/мы понимаю(-ем), что Медицинская группа Carolinas может получить отчет о моих/наших кредитных операциях для анализа в рамках взыскания данной задолженности. В случае передачи данного счета коллекторскому агентству или адвокату для взыскания задолженности или взыскания этой задолженности в соответствии с Законом штата Южная Каролина о взыскании задолженности (SC Setoff Debt Collection Act) я(мы) обязан(-ы) оплатить все коллекторские сборы и расходы, включая разумный гонорар адвоката. Для лиц, пользующихся льготами Medicare: Я/мы предоставил(и) всю необходимую информацию для отчисления льгот Medicare в надлежащем порядке.

**РАЗГЛАШЕНИЕ ДАННЫХ ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ ПАЦИЕНТА ПО ЗАКОНУ О КОМПЕНСАЦИИ РАБОЧИМ И ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ**

Я понимаю, что согласно Закону о компенсации рабочим штатов Южная и Северная Каролина, письменная информация, которая имеет непосредственное отношение к искам о компенсации рабочим, должна быть предоставлена медицинским учреждением или врачом страховщику, работодателю, сотруднику, их адвокатам либо соответствующей Комиссии штата по вопросам компенсации рабочим, согласно дополнениям § 42-15-95 к Своду законов штатов Южная и Северная Каролина и § 97-27 штата Северная Каролина. Я разрешаю Региональной системе здравоохранения Spartanburg (Spartanburg Regional Healthcare System, SRHS) предоставлять копии моих медицинских записей либо в устной форме сообщать надлежащим образом уполномоченным представителям любого из перечисленных выше лиц сведения о моих медицинских записях, терапевтическом лечении или состоянии.

**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕНИЯ УВЕДОМЛЕНИЯ О ПРАКТИКЕ ЗАЩИТЫ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ**

Я получил(-а) копию уведомления о практике защиты конфиденциальности. В данном Уведомлении изложены возможные ситуации и варианты использования или разглашения моей медицинской информации. Я понимаю, что мне следует внимательно прочитать эту информацию. Я знаю, что содержание данного Уведомления может быть изменено в любое время. С Уведомлением о практике защиты конфиденциальности можно ознакомиться на сайте [www.srhs.com](http://www.srhs.com).

---

Дата рождения пациента

---

Имя и фамилия пациента

---

Дата и время

---

Подпись пациента / (кем приходится пациенту)  
(родитель, опекун или законный представитель)

---

Свидетель в больнице

---

Подпись поручителя (кем приходится пациенту)  
1336-MGC (04-15)