

العلاج الطبي MEDICAL TREATMENT: أنا، الموقع أدناه، أوافق وأسمح للطبيب المعالج ومن يعنيه، فالي ميدكال سنتر وموظفيه وكل الأشخاص الذين يقدمون الرعاية أن يؤمنوا لي العلاج والرعاية اللازمة والمتوفرة لي خلال مكوثي في المستشفى أو عيادة ناتورك. يتضمن ذلك ولا ينحصر بالفحوصات والمعاينات والبنج وصور الأشعة والعلاجات الطبية والجراحية وكل الإجراءات اللازمة. أنا أتفهم أنه عند توقيعني على تلك الموافقة، أسمح لهم بعلاج طال ما أنا أطلب الرعاية من فالي ميدكال سنتر أو حتى أسحب موافقتي بطريقة خطية.

أنا أتفهم أن رعايتي تحت تصرف أطبائي المعالجين الذين قد لا يكونون موظفون أو عملاء لفالي ميدكال سنتر ولكن قد يكونون أطباء مستقبليين وفالي ميدكال سنتر ليست مسؤولة عن أعمالهم أو إغفالهم أو أي عمل أو إغفال نتج عن اتباع تعليماتهم. أنا على يقين أن ممارسة الطب أيسر علم دقيق وأقر أن ليس هناك ضمانات أو وعود أعطيت لي بخصوص نتيجة العلاج أو الفحوصات فالي ميدكال سنتر في حال تعرض أحد موفري الرعاية الصحية لملازمة دم أو سائل من جسمي بطريقة قد تشكل خطر انتقال عدوى تنتقل بالدم خلال وجودي في المستشفى، زيارة المكتب أو العيادات الخارجية، فإنني أعط موافقتي للتأكد من إصابتي بمرض الإيدز وذلك دون التوجب على دفع تكاليف الفحص، بهدف التمكن من علاج الموفر بسرعة. أنا أسمح بإعطاء تلك المعلومات لمعامل الرعاية الصحية المعرض للخطر والجهة التي توفر الرعاية الصحية له.

التصوير PHOTOGRAPHS: أنا أسمح بأخذ ونسخ واستعمال الصور المرتبطة بتشخيصي، رعايتي وعلاجي ويتضمن ذلك الإجراءات الجراحية (في فالي ميدكال سنتر بشرط ألا تعرف هويتي). الصور قد تتضمن استعمال أشرطة الفيديو، التلفاز والتصوير الرقمي يمكن لتلك الصور أن تكون من ضمن الملف الطبي.

الموافقة لتلقي العلاج عبر تلميذ أخصائي بالطب CONSENT TO TREATMENT BY STUDENT MEDICAL PROFESSIONAL: لدي فالي ميدكال سنتر سياسة التعليم الطبي المتواصل ولديها تلاميذ في الطب والتمريض والعلوم شبه الطبية يراقبون أو يشاركون في الرعاية المؤمنة للمريض. أنا أتفهم أن ذلك قد يشمل إجراءات جراحية، إجراءات لأخذ صور الأشعة، فحص الأنسجة وجوانب أخرى من رعايتي. أنا أتفهم أيضاً أنه خلال جميع الأوقات ستكون تلك الإجراءات تحت مراقبة وموافقة أطبائي و / أو أخصائيي الرعاية المرخصين حسب المستوى الذي يروونه مناسباً وضروري. أنا أوافق على مراقبة ومشاركة تلميذ الطب والعلوم شبه الطبية في الرعاية المؤمنة لي عند وجودي كمريض في فالي ميدكال سنتر.

إشعار إلى مرضى الأمومة NOTICE TO MATERNITY PATIENTS: موافقتي اليوم هي لعلاجي وعلاج طفلي تتضمن العلاج الذي قد أتلقاه اليوم وأي علاج مستقبلي مرتبط بحملي في الوقت الحاضر حتى إنجابي.

حقوق المريض ومسؤولياته PATIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES: أنا أقر بانني استلمت نسخة من حقوق المريض ومسؤولياته الخاصة بي.

إشعار إلى مرضى العيادات الخارجية NOTICE TO OUTPATIENTS: إذا كانت زيارتك أوم من ضمن سلسلة علاجات فالي ميدكال سنتر، سنطلب منك موافقتك لرعاية وخدمات العيادات الخارجية مرة واحدة خلال السنة.

استلام البريد الإلكتروني RECEIPT OF ELECTRONIC MAIL: أقر أنه بإعطائي عنوان بريدي الإلكتروني أنا أسمح فقط لفالي ميدكال سنتر بأن تبعث لي بالترويج لمواد صحفية وإعلانات لرعاية المريض. معلومات الشخصية لن تباع أو تعطى لأي طرف آخر.

توجيهات مسبقة / وصية قائمة ADVANCE DIRECTIVES/LIVING WILL: أنا أقر أنني استلمت المعلومات المتعلقة بالتوجيهات المسبقة والوكالة الدائمة للرعاية الصحية.

ممتلكات المريض PATIENT PROPERTY: أنا على يقين أن فالي ميدكال سنتر ليست مسؤولة عن فقدان أو أي ضرر يصيب ممتلكاتي الخاصة إلا إذا وضعت في الخزانة.

أنا أقر أنني قرأت المذكور أعلاه وأفهم محتواه. تم الإجابة على أسئلتي بطريقة مرضية. أنا أوافق على العلاج والرعاية في فالي ميدكال سنتر.

أنا أقر أنني استلمت إشعار حقوق المريض ومسؤولياته والمعلومات المتعلقة بالتوجيهات المسبقة.

SIGNATURE (PATIENT OR PERSON AUTHORIZED TO GIVE AUTHORIZATION)

Date

If signed by person other than patient, relationship to patient:

If Patient unable to sign, reason:

Verbal Obtained? No Yes

Patient Label

UW Medicine
Valley Medical Center
Consent to Care and Treat
201193 Rev. 0 10/08/2014

Arabic



Form: 20-1193 Rev.3 07/2018 Page 1 of 1

CONSENT TO CARE AND TREATMENT

Patient Label