

CONSENT TO CARE AND TREATMENT
СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ И ЛЕЧЕБНЫЙ УХОД

MEDICAL TREATMENT / МЕДИЦИНСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ: Я, нижеподписавшийся(ая), настоящим даю согласие и разрешение моему лечащему врачу и его (её) назначенным лицам, Медицинскому Центру Valley и его работникам, и всем другим лицам, осуществляющим уход за мной, в размере, признанном необходимым и возможным, во время моего нахождения в госпитале или клинической сети, включая следующее (но не ограничиваясь им): анализы, осмотры, применение анестезирующих средств, рентгеноскопия, медицинское и хирургическое лечение, а также другие необходимые процедуры. Я признаю, что, подписывая настоящее Соглашение, я даю им разрешение на период моей потребности в уходе в Медицинском центре Valley, или до письменного отзыва моего согласия.

Я понимаю, что мой лечебный уход осуществляется врачами, которые могут не быть работниками или представителями Медицинского центра Valley, но могут быть независимыми врачами, и что Медицинский центр Valley не несёт ответственности за их действия или недочёты по нижеприведённым инструкциям. Я знаю, что медицинская практика не является точной наукой и подтверждаю, что никаких гарантий или обещаний мне не было дано в отношении лечения или обследования в Медицинском центре Valley.

В случае, если медработник входит в контакт с моей кровью или телесной жидкостью в такой мере, что может подвергнуться опасности перехода инфекции с кровью во время данной госпитализации, приёма в кабинете или амбулаторной процедуры, я даю согласие на проверку меня на ВИЧ, без оплаты с моей стороны, с тем, чтобы медработник мог получить немедленное лечение. Я даю согласие на выдачу этой информации подверженному медработнику и его (её) лечащему учреждению.

PHOTOGRAPHS / ФОТОГРАФИИ: Производство, копирование и использование фотографий в связи с моим диагнозом, уходом и лечением (включая хирургический процедуры) в Медицинском центре Valley является разрешённым, если производится без раскрытия моей личности. Фотографирование может включать в себя использование видео кассет, телевидения и цифровых средств изображений. Такие изображения могут быть приложены к истории болезни.

CONSENT TO TREATMENT BY STUDENT MEDICAL PROFESSIONAL / СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ ПРИ УЧАСТИИ ИЗУЧАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПРОФЕССИЮ: Согласно принципам постоянного медицинского обучения, в Медицинском центре Valley работают лица, обучающиеся медицинскому, сестринскому делу, которые наблюдают за уходом и лечением пациентов, или участвуют в нем. Я осознаю, что это может включать в себя хирургические процедуры, рентгенографию, обследование тканей, а также другие аспекты лечения. Я также осознаю, что такая деятельность будет постоянно находиться под руководством и с одобрения моих врачей и/или других лицензированных медработников, и будет осуществляться на определённом ими должном и необходимом уровне, и я даю согласие на наблюдение и участие обучающихся медицине в оказываемом мне медицинском уходе во время моего пребывания на лечении в Медицинском центре Valley.

NOTICE TO MATERNITY PATIENTS / УВЕДОМЛЕНИЕ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ РОДИЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ: Настоящее разрешение на уход за мной и моим ребёнком должно применяться как к лечению, которое мне оказывается сегодня, так и к будущему лечению, относящемуся к моей настоящей беременности, на время до родов включительно.

PATIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES / ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ: Я подтверждаю получение копии изложения Прав и обязанностей пациентов.

NOTICE TO OUTPATIENTS / УВЕДОМЛЕНИЕ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ: Если сегодняшний приём относится к амбулаторному лечению, разрешение на амбулаторное лечение и услуги в данном отделении требуется от вас один раз в календарный год.

RECEIPT OF ELECTRONIC MAIL / ЭЛЕКТРОННЫЕ СООБЩЕНИЯ: Я осознаю, что, указав свой электронный адрес, я даю Медицинскому центру Valley исключительное разрешение посылать мне медицинские предложения, объявления относительно ухода за пациентами и опросы пациентов. Кроме информации по опросам пациентов, моя информация не будет продана или передана никаким третьим сторонам.

ADVANCE DIRECTIVES/LIVING WILL / ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РАСПОРЯЖЕНИЯ/ВОЛЕИЗЪЯВЛЕНИЯ: Я подтверждаю получение информации в отношении Предварительных распоряжений и доверенностей по госпитальному лечению.

PATIENT PROPERTY / СОБСТВЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА: Я осознаю, что Медицинский центр Valley не несёт ответственности за утрату или ущерб любой личной собственности, если такая собственность не сдана на хранение в сейф.

Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ПРОЧИТАЛ(А) ВЫШЕИЗЛОЖЕННОЕ И ЧТО ПОНИМАЮ ЕГО СОДЕРЖАНИЕ. НА МОИ ВОПРОСЫ БЫЛИ ПОЛУЧЕНЫ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ. Я СОГЛАШАЮСЬ НА ЛЕЧЕНИЕ И УХОД В МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ VALLEY.

SIGNATURE (PATIENT OR PERSON AUTHORIZED TO GIVE AUTHORIZATION) / ПОДПИСЬ (ПАЦИЕНТА ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО НА РАЗРЕШЕНИЕ ЛИЦА)		Date / Дата
If signed by person other than patient, relationship to patient: Если подписано лицом, не являющимся пациентом, отношение к пациенту:	If Patient unable to sign, reason: Если пациент не может подписать, причина	Verbal Obtained? No Yes Устное согласие получено? Да Нет
Patient Label	UW Medicine Valley Medical Center Consent to Care and Treat 201193 Rev.3 07/2018	



Patient Label