

بيانات المريض	
الاسم:	تاريخ الميلاد (اليوم-الشهر-السنة): - -
العنوان:	
المدينة:	الولاية: الرقم البريدي: رقم الضمان الاجتماعي:
رقم الهاتف المنزلي:	رقم الهاتف المحمول: رقم هاتف العمل:
الجنس: [] ذكر [] أنثى [] آخر	الحالة الاجتماعية:
عنوان البريد الإلكتروني:	
معلومات الإحالة / الطبيب	
طبيب الرعاية الصحية الأولية (PCP):	رقم الهاتف:
الطبيب المعالج (إذا لم يكن طبيب الرعاية الصحية الأولية)	رقم الهاتف:
المعلومات المتعلقة بالمرافق	
مرفق التمريض المهرة [] نعم [] لا	مستشفى الحالات النهائية [] نعم [] لا
اسم المرفق:	
عنوان المرفق:	
اتخاذ القرارات الطبية والطرف المسؤول ماليًا (إذا لم يكن مريضًا)	
الوصي: []	الشخص الموكل إليه: [] آخر: [] يُرجى التحديد:
يُرجى تقديم وثائق للتحقق من العلاقة التي تربطك بالمريض.	
الاسم:	
العنوان:	
تاريخ الميلاد (اليوم-الشهر-السنة): - -	رقم الهاتف: رقم الضمان الاجتماعي:
هل الشخص المذكور أعلاه مسؤول ماليًا عن المريض؟ [] نعم [] لا.	إذا كانت الإجابة لا، فإنه يرجى تقديم المعلومات أدناه.
الاسم:	تاريخ الميلاد (اليوم-الشهر-السنة): - -
العنوان:	رقم الهاتف:
معلومات جهة الاتصال في حالات الطوارئ (إذا كانت جهة الاتصال مختلفة عن الشخص المذكور أعلاه)	
الاسم:	صلة القرابة: رقم الهاتف:

الإفصاح عن المعلومات والإعلان عن منح الإعانات:

أصرح بموجب هذه العقد بالإفصاح عن أي معلومات طبية ضرورية لمعالجة مطالبة التأمين الخاصة بي وتكليف الطبيب بجميع المدفوعات من MEDICARE و/أو مقدم (مقدمي) التأمين الآخرين لتوفير الخدمات المقدمة. أنا أفهم وأوافق على الشروط المذكورة أعلاه.

توقيع المريض أو من يمثله _____ التاريخ _____

اسم ممثل المريض بخط واضح وصلة القرابة بالمريض

الأدوية وأنواع الحساسية والعمليات الجراحية

هل أجريت أي عمليات جراحية؟ [] نعم [] لا	هل لديك حساسية من الأدوية؟ [] نعم [] لا
إذا كانت الإجابة هي نعم بأتك أجريت عمليات جراحية، فأدرج جميع العمليات الجراحية أدناه. (على سبيل المثال: استئصال اللوزتين، استئصال الزائدة الدودية، إزالة إعتام عدسة العين، وغيرها)	إذا كانت الإجابة هي نعم بما يتعلق بالإصابة بالحساسية تجاه الأدوية، فأدرج جميع الأدوية التي تسبب الحساسية وردود الفعل التحسسية في المساحة المتوفرة أدناه. (على سبيل المثال: البنسلين، أدوية السلفا، مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية، وغيرها)

السجل الطبي السابق

هل سبق لك دخول المستشفى؟ [] نعم، يرجى تحديد التاريخ والسبب أدناه. [] لا	
التاريخ	السبب

هل تم تشخيصك بأي من الحالات التالية؟ (حدد أيًا ما ينطبق)

<input type="checkbox"/> حصوات الكلى <input type="checkbox"/> سرطان الدم <input type="checkbox"/> الالتهابات الرئوية <input type="checkbox"/> الصدفية <input type="checkbox"/> الانصمام الرئوي <input type="checkbox"/> الحمى الروماتيزمية <input type="checkbox"/> أمراض المعدة أو قرحة المعدة <input type="checkbox"/> السكتة القلبية <input type="checkbox"/> مرض السل	<input type="checkbox"/> تضخم الغدة الدرقية <input type="checkbox"/> النفخات القلبية <input type="checkbox"/> أمراض القلب <input type="checkbox"/> مرض الالتهاب الكبدى الوبائي <input type="checkbox"/> ارتفاع في ضغط الدم <input type="checkbox"/> ارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم <input type="checkbox"/> فيروس العوز المناعي البشري/مرض الإيدز <input type="checkbox"/> قصور الغدة الدرقية <input type="checkbox"/> البيرقان <input type="checkbox"/> أمراض الكلى	<input type="checkbox"/> الإصابة بفقر الدم <input type="checkbox"/> الذبحة الصدرية <input type="checkbox"/> الربو <input type="checkbox"/> السرطان (يرجى التحديد أدناه) <input type="checkbox"/> إعتام عدسة العين <input type="checkbox"/> التهاب القولون <input type="checkbox"/> داء الأمعاء الالتهابي <input type="checkbox"/> مرض السكر <input type="checkbox"/> النفاخ الرئوي <input type="checkbox"/> الإصابة بالصرع (النوبات)
---	--	---

الحالات الطبية الأخرى:

<h3>السجل الاجتماعي</h3> <p>(حدد أيًا ما ينطبق)</p>
<input type="checkbox"/> تدخين _____ عبوات من السجائر يوميًا على مدار السنوات. <input type="checkbox"/> شرب الكحوليات <input type="checkbox"/> العقاقير غير المشروعة، يرجى التحديد: _____، _____، _____، _____

مراجعة عامة للمشكلة في الشهر الماضي، هل واجهت أيًا من المشكلات التالية؟ (حدد أيًا ما ينطبق)

الأذن	المعدة والأمعاء	الحلق	يشكل عام
<input type="checkbox"/> الطنين في الأذنين	<input type="checkbox"/> الغثيان	<input type="checkbox"/> التهاب الحلق المتكرر	<input type="checkbox"/> زيادة الوزن في الأونة الأخيرة
<input type="checkbox"/> فقدان السمع	<input type="checkbox"/> حرقة المعدة	<input type="checkbox"/> بحة في الصوت	<input type="checkbox"/> نقصان الوزن في الأونة الأخيرة
الدم	<input type="checkbox"/> ألم في المعدة	<input type="checkbox"/> صعوبة في البلع	<input type="checkbox"/> الإجهاد
<input type="checkbox"/> الإصابة بفقر الدم	<input type="checkbox"/> القيء	<input type="checkbox"/> ألم في الفك	<input type="checkbox"/> الإرهاق
<input type="checkbox"/> تخثر الدم	<input type="checkbox"/> اليرقان الإصفراري	القلب والرئتان	<input type="checkbox"/> الإصابة بالحمى
الكلية/الأعضاء التناسلية/المثانة	<input type="checkbox"/> الإمساك	<input type="checkbox"/> ألم في الصدر	<input type="checkbox"/> التعرق أثناء الليل
<input type="checkbox"/> التبول المتكرر/المؤلم	<input type="checkbox"/> الإسهال المستمر	<input type="checkbox"/> خفقان القلب	العضلات/المفاصل/العظام
<input type="checkbox"/> الدم في البول	<input type="checkbox"/> وجود دم في البراز	<input type="checkbox"/> ضيق في التنفس	<input type="checkbox"/> التشنج
<input type="checkbox"/> الضعف الجنسي	<input type="checkbox"/> براز ذو لون أسود	<input type="checkbox"/> الإغماء	<input type="checkbox"/> ألم في المفصل
<input type="checkbox"/> سلس البول	الجهاز العصبي	<input type="checkbox"/> تورم القدمان/الرجلان	<input type="checkbox"/> ضعف في العضلات
<input type="checkbox"/> الإصابة بالعدوى	<input type="checkbox"/> الشعور بالصداع	<input type="checkbox"/> السعال	<input type="checkbox"/> تورم المفاصل
الأمراض النفسية	<input type="checkbox"/> الإحساس بالدوار	الجلد	العينان
<input type="checkbox"/> الاكتئاب	<input type="checkbox"/> الإغماء/فقدان الوعي	<input type="checkbox"/> الاحمرار	<input type="checkbox"/> الشعور بالألم
<input type="checkbox"/> الهلع	<input type="checkbox"/> التتميل أو الميل إلى فقدان الذاكرة	<input type="checkbox"/> الطفح الجلدي	<input type="checkbox"/> الاحمرار
<input type="checkbox"/> تقلبات المزاجية		<input type="checkbox"/> تكون نتوءات/عقدات	<input type="checkbox"/> فقدان الرؤية
<input type="checkbox"/> الأرق		<input type="checkbox"/> فقدان الشعر	<input type="checkbox"/> ضعف في الرؤية/الرؤية غير الواضحة
<input type="checkbox"/> الهلوسات		<input type="checkbox"/> تغير في لون اليدين أو القدمين	<input type="checkbox"/> الجفاف
<input type="checkbox"/> الشعور بالارتباك			

السجل الأسري هل تم تشخيص أحد أفراد أسرتك بأي من المشكلات التالية؟

الابنة	الأخ	الأب
<input type="checkbox"/> المياه الزرقاء	<input type="checkbox"/> المياه الزرقاء	<input type="checkbox"/> المياه الزرقاء
<input type="checkbox"/> إعتام عدسة العين	<input type="checkbox"/> إعتام عدسة العين	<input type="checkbox"/> إعتام عدسة العين
<input type="checkbox"/> الضمور البقعي	<input type="checkbox"/> الضمور البقعي	<input type="checkbox"/> الضمور البقعي
<input type="checkbox"/> مرض السكر	<input type="checkbox"/> مرض السكر	<input type="checkbox"/> مرض السكر
<input type="checkbox"/> ارتفاع ضغط الدم	<input type="checkbox"/> ارتفاع ضغط الدم	<input type="checkbox"/> ارتفاع ضغط الدم
<input type="checkbox"/> السرطان	<input type="checkbox"/> السرطان	<input type="checkbox"/> السرطان
<input type="checkbox"/> التهاب المفاصل	<input type="checkbox"/> التهاب المفاصل	<input type="checkbox"/> التهاب المفاصل
<input type="checkbox"/> أمراض القلب	<input type="checkbox"/> أمراض القلب	<input type="checkbox"/> أمراض القلب
أخرى: _____	أخرى: _____	أخرى: _____
الابن	الأخت	الأم
<input type="checkbox"/> المياه الزرقاء	<input type="checkbox"/> المياه الزرقاء	<input type="checkbox"/> المياه الزرقاء
<input type="checkbox"/> إعتام عدسة العين	<input type="checkbox"/> إعتام عدسة العين	<input type="checkbox"/> إعتام عدسة العين
<input type="checkbox"/> الضمور البقعي	<input type="checkbox"/> الضمور البقعي	<input type="checkbox"/> الضمور البقعي
<input type="checkbox"/> مرض السكر	<input type="checkbox"/> مرض السكر	<input type="checkbox"/> مرض السكر
<input type="checkbox"/> ارتفاع ضغط الدم	<input type="checkbox"/> ارتفاع ضغط الدم	<input type="checkbox"/> ارتفاع ضغط الدم
<input type="checkbox"/> السرطان	<input type="checkbox"/> السرطان	<input type="checkbox"/> السرطان
<input type="checkbox"/> التهاب المفاصل	<input type="checkbox"/> التهاب المفاصل	<input type="checkbox"/> التهاب المفاصل
<input type="checkbox"/> أمراض القلب	<input type="checkbox"/> أمراض القلب	<input type="checkbox"/> أمراض القلب
أخرى: _____	أخرى: _____	أخرى: _____

معلومات عن قطرات توسيع العين

تستخدم قطرات توسيع العين لتوسيع أو تكبير بؤبؤ العين وبالتالي تساعد طبيب العيون في الحصول على رؤية أفضل داخل عينك.

غالبًا ما تسبب قطرات توسيع العين رؤية غير واضحة لفترة زمنية، وتختلف المدة من شخص لآخر وقد تسبب الأضواء الساطعة شعورًا بالإزعاج. ولا يمكن لطبيب العيون أن يتنبأ بمدى تأثير رؤيتك. نظرًا لأن قيادة السيارة قد تكون صعبة فور إجراء عملية الفحص، فمن الأفضل أن تتخذ الترتيبات اللازمة لتجنب القيادة بنفسك.

قد تصاب بردود فعل عكسية، مثل زرق انسداد الزاوية الحاد، بسبب قطرات توسيع العين. ويعد هذا الأمر نادرًا للغاية حيث يمكن علاجه بتقديم الرعاية الطبية الفورية.

أفوض بموجب هذه الإشعار مجموعة Acuity Eye Group و/أو المساعدين الذين قد تم تعيينهم لاستخدام قطرات توسيع العين. وأن قطرات العين تعد ضرورية لتشخيص حالتني.

التاريخ

المريض (أو الشخص المخول بالتوقيع نيابة عن المريض)

التاريخ

الشاهد

اسم المريض بخط واضح: _____

الإفصاح عن مسؤولية الطبيب المعالج

يوضح هذا الإشعار كيفية امتلاك هذه المؤسسة وإدارتها. يرجى مراجعة المعلومات الواردة في هذا الإشعار بعناية. مقدم الرعاية البصرية الخاص بك هو جزء من منظمة متخصصة لتقديم خدمات الرعاية البصرية الشاملة بدءًا من توفير إطارات النظارات المثالية وصولاً إلى المتخصصين المشهورين. يترأس منظمنا أطباء يضعون صحتك أولى أولوياتهم ويديرها متخصصون ينسقون لتقديم رعاية ونتائج تتسم بالجودة العالية.

إذا كنت ترغب في أن يفحصك مقدم رعاية ليس جزءًا من هذه المنظمة، فيرجى سؤال مكتب الاستقبال أو مقدم خدمات التأمين الخاص بك للحصول على قائمة بأخصائيي الرعاية البصرية في منطقتك.

تضم منظمة Acuity Eye Care شركة Acuity Optical ومعهد الشبكية التابع لمجموعة California Medical و California Clinic Management و Group ومراكز الجراحة المتنقلة المدرجة أدناه.

1. في مركز 'San Gabriel Ambulatory Surgery Center L.P.'، Renaissance ASC, LLC، و

Trinity Surgical Solutions, Inc، و Orange ASC، و Premiere ASC, Inc بتعريف "مركز

الجراحة الإسعافية المملوك للطبيب" بموجب قانون اللوائح الفيدرالية 42 CFR §416.

يملك الأطباء التالي ذكرهم مركز الجراحة المتنقلة:

- الطبيب البشري Tom Chang
- الطبيب البشري Mike Samuel
- الطبيب البشري Mike Davis
- الطبيب البشري Anthony Culotta
- الطبيب البشري Reid Wainess
- الطبيبة البشرية Lily Lee
- الطبيب البشري Kevin Suk
- الطبيب البشري Josh Morrison-Reyes
- الطبيبة البشرية Jessica Boeckman
- الطبيب البشري Brian Chen

2. لديك الحق في اختيار مقدم خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك. على الرغم من أننا نعتقد أن مراكز الجراحة المتنقلة التالية ستكون قادرة على تلبية احتياجاتك، يظل لديك خيار استخدام منشأة أخرى غير مراكز الجراحة المتنقلة هذه. لن يقدم لك طبيبك خدمة علاجية بشكل مختلف إذا اخترت استخدام منشأة مختلفة؛ ومع ذلك، قد لا يتمكن طبيبك من تنفيذ الإجراءات العلاجية الخاصة بك في منشأة بديلة إذا لم يكن لديه امتيازات في هذه المنشأة.

إذا كانت لديك أي أسئلة بخصوص هذا الإشعار، فلا تتردد في سؤال طبيبك أو أي عضو من فريق Acuity Eye Group.

يشير التوقيع أدناه إلى أنك قد تلقيت هذا الإشعار وفهمته.

التاريخ

التوقيع

سياسة الدفع

شكرا لك لاختيارك لنا بصفتنا مقدمي الرعاية البصرية لديك. نحن ملتزمون بتقديم رعاية صحية ذات جودة وميسورة مادياً. نظراً لأن بعض مرضانا لديهم أسئلة بخصوص مسؤولية المريض والتأمين عن الخدمات المقدمة، فقد تم إبلاغنا بتطوير سياسة الدفع هذه. لذا يرجى قراءتها، وطرح أي أسئلة قد تكون لديك، والتوقيع في المساحة المتوفرة. وسيتم توفير نسخة لك عند الطلب.

1. **التأمين.** نحن نشارك في معظم الخطط التأمينية، بما في ذلك برنامج Medicare. إذا لم يكن مؤمناً عليك بخطة، فإننا سنطبق عملية الدفع بالكامل وبالشكل المتوقع في كل زيارة. أما إذا كنت مؤمناً عليك بخطة نعمل على تطبيقها، لكن ليس لديك بطاقة تأمين محدثة، فسيُلم إجراء الدفع بالكامل لكل زيارة حتى تتمكن من التحقق من تغطيتك. **يقع على عاتقك مسؤولية معرفة مزايا التأمين الخاصة بك.** يرجى الاتصال بشركة التأمين التي تتعامل معها إذا كان لديك أي أسئلة بخصوص التغطية الخاصة بك.

2. **المدفوعات المشتركة والخصومات.** يجب دفع جميع المدفوعات المشتركة وتقديم الخصومات في وقت توفير الخدمة. وهذا الاتفاق جزء من عقدك مع شركة التأمين الخاصة بك. يمكن اعتبار الإخفاق الصادر من جانبنا في تحصيل المدفوعات المشتركة وتقديم الخصومات للمرضى احتيالياً. يرجى مساعدتنا في تطبيق القانون من خلال دفع المدفوعات المشتركة الخاص بك في كل زيارة.

3. **الخدمات غير الخاضعة للتغطية.** يرجى العلم أن بعض - وربما جميع - الخدمات التي تتلقاها قد تكون غير خاضعة للتغطية أو لا تعتبر معقولة أو ضرورية من قبل Medicare أو شركات التأمين الأخرى. يجب أن تدفع مقابل هذه الخدمات بالكامل وقت الزيارة.

4. **إثبات التأمين.** يجب على جميع المرضى إكمال نموذج معلومات المريض قبل مراجعة الطبيب. ويجب أن نحصل على نسخة من رخصة قيادتك وتأمين ساري لتقديم إثبات على التأمين. إذا فشلت في تزويدنا بمعلومات التأمين الصحيحة في الوقت المناسب، فقد تكون مسؤولاً عن رصيد المطالبة.

5. **تقديم المطالبات.** سنقوم بإرسال مطالباتك ومساعدتك بأي طريقة ممكنة في دفع مطالباتك. قد تحتاج شركة التأمين الخاصة بك إلى تقديم معلومات معينة مباشرة. وسيقع على عاتقك مسؤولية الامتثال لطلبهم. يرجى العلم أن رصيد مطالباتك هو مسؤوليتك سواء قامت شركة التأمين الخاصة بك بدفع مطالباتك أم لا. إن استحقاقات التأمين هي بمثابة العقد المبرم بينك وبين شركة التأمين الخاصة بك، ذا نحن لسنا طرفاً في هذا العقد.

6. **تغييرات التغطية.** في حال تغيير إجراءات التأمين الخاص بك، فإنه يرجى إخطارنا قبل زيارتك التالية حتى نتتمكن من إجراء التغييرات المناسبة لمساعدتك في الحصول على الحد الأقصى من المزايا. أما في حال لم تدفع شركة التأمين الخاصة بك مطالباتك في غضون 45 يوماً، فسيتم إصدار فاتورة بالرصيد تلقائياً.

7. **عدم الدفع.** إذا كان حسابك قد تجاوز فترة الاستحقاق لمدة 90 يوماً، فستتلقى خطاباً يفيد بأن لديك 20 يوماً لدفع حسابك بالكامل. لن يتم قبول المدفوعات الجزئية ما لم يتم التفاوض على خلاف ذلك. يرجى العلم أنه إذا ظل الرصيد غير مدفوع، فقد نحيل حسابك إلى هيئة تحصيل المدفوعات المستحقة. إذا لم تكن ترغب في العمل على خطة السداد لمعالجة رصيد معلق غير مدفوع يزيد عن قيمة 500 دولار، فقد يتم إعفائك من هذه الممارسة. وإذا حدث ذلك، فسيتم إخطارك عبر البريد أنه لديك 30 يوماً للعثور على خدمة رعاية طبية بديلة. ففي خلال فترة الـ 30 يوماً هذه، لن يتمكن طبيبنا من علاجك إلا في حالات الطوارئ.

8. **المواعيد الفائتة.** تتمثل سياستنا في فرض رسوم على المواعيد الفائتة التي لم يتم إلغاؤها أو إعادة جدولتها في غضون 24 ساعة من الموعد. وسيقع على عاتقك مسؤولية دفع الرسوم وستتم محاسبتك عليها مباشرة. يرجى مساعدتنا في تقديم الخدمات بشكل أفضل من خلال الحفاظ على حضور موعدك بانتظام.

تلتزم ممارستنا بتقديم أفضل علاج لمرضانا. كما أن أسعارنا تمثل الرسوم المعتادة والمعمول بها في منطقتنا. شكرا لك لتفهمك سياسة الدفع الخاصة بنا. يرجى إعلامنا إذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات.

لقد قرأت وفهمت سياسة الدفع وأوافق على الالتزام بإرشاداتها:

التاريخ

توقيع المريض أو الطرف المسؤول

إشعار ممارسات الخصوصية لمجموعة Acuity Eye Group

يوضح هذا الإشعار كيف يمكن استخدام معلوماتك الطبية والإفصاح عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. لذا يرجى مراجعة ذلك بحرص.

تاريخ السريان: 2023/3/1

الملخص

هذا الملخص هو حول كيفية استخدام معلوماتك الصحية المحمية والإفصاح عنها وممارسة حقوقك وتحديد خياراتك عندما يتعلق الأمر بمعلوماتك. وسنوضح الأمر بتقديم مزيد من التفصيل في الصفحات التالية.

مجموعة Acuity Eye Group:

ربما كانت عيادتك أو مركز الجراحة الخاص بك يُعرفان باسم مختلف سابقًا. تم تنظيم مجموعة Acuity Eye Group بمثابة كيان مشمول تابع من أجل الامتثال لقواعد الخصوصية.

وينطبق هذا الإشعار على جميع الكيانات، التي قد تكون معروفة لك سابقًا أو معروفًا لك حاليًا باسم: Retina Institute of California Medical Group d/b/a Acuity Eye Group; California Clinic Management, LLC; Trilogy Eye Medical Group d/b/a Acuity Eye Group; Friendly Eye Medical Group; West Coast Eye Care; Orange Ambulatory Surgery Center, LLC; Renaissance Ambulatory Surgery Center LLC; Trinity Surgical Solutions, Inc; Premiere Ambulatory Surgery Center, Inc; San Gabriel Anesthesia Associates, P.C.; San Gabriel Ambulatory Surgery Center, L.P. ; Lily Lee MD, Inc

إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كان هذا الإشعار ينطبق عليك أم لا، فيرجى التواصل مع compliance@acuityeyegroup.com

عمليات الاستخدام والإفصاح لدينا

يجوز لنا استخدام معلوماتك والإفصاح عنها نظرًا لأننا:

- نقدم لك العلاج.
- ندفع فاتورة الخدمات المقدمة لك.
- ندير منظمنا.
- نجري الأبحاث.
- نمثل إلى القانون.
- نستجيب لطلبات التبرع بالأعضاء والأنسجة.
- نتعاون مع أحد الأطباء المعالجون أو مدير الجنازات.
- نعالج مطالبات تعويض العمال، أو الطلبات الحكومية الأخرى، أو تطبيق القانون.
- نستجيب للدعاوى القضائية والإجراءات القانونية.

خياراتك

نتوفر لك بعض الخيارات حول كيفية استخدامنا للمعلومات ومشاركتها نظرًا لأننا:

- نتواصل معك.
- نبليغ العائلة والأصدقاء عن رعايتك الصحية.
- نعلن عن خدماتنا.

حقوقك

يحق لك الآتي:

- الحصول على نسخة ورقية أو إلكترونية من المعلومات الصحية المحمية.
- تصحيح المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك.
- الطلب منا الحد من تقديم المعلومات التي نشاركها، وهذا في بعض الحالات.
- الحصول على قائمة بالأشخاص الذين شاركنا معلوماتك معهم.
- طلب التواصل بشكل سري.
- الحصول على نسخة من إشعار الخصوصية هذا.
- اختيار شخص لاتخاذ القرار نيابة عنك.

الغرض

تلتزم مجموعة Acuity Eye Group (المشار إليها بالاختصار AEG أو نحن) بحماية خصوصيتك. نحن مطالبون أيضًا من الناحية القانونية بالحفاظ على خصوصية معلوماتك الصحية المحمية (PHI) بموجب قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA) والقوانين الفيدرالية وقوانين الولاية الأخرى. كما نتبع قوانين الخصوصية الخاصة بالولاية عندما تكون أكثر صرامة أو توفر أكثر حماية لمعلوماتك PHI عن القانون الفيدرالي.

- وكجزء من التزامنا وامتثالنا القانوني، نقدم لك إشعار ممارسات الخصوصية هذا (الإشعار). يصف هذا الإشعار الآتي:
- واجباتنا القانونية وممارسات الخصوصية لدينا فيما يتعلق بمعلوماتك PHI، وبما في ذلك واجبنا في إخطارك في حالة خرق بيانات معلوماتك PHI غير الأمانة.
- عمليات الاستخدام والإفصاح عن معلوماتك PHI على النحو المسموح به.
- حقوقك فيما يتعلق بمعلوماتك PHI

التواصل

إذا كانت لديك أي أسئلة تتعلق بهذا الإشعار، فيرجى التواصل مع compliance@acuityeyegroup.com

معلومات PHI المحددة

معلومات PHI الخاصة بك:

- هي معلومات صحية تتعلق بك حيث:
- يجوز لشخص ما استخدامها لتحديد هويتك
- نحتفظ بها أو نرسلها بشكل إلكتروني أو شفهي أو كتابي.
- تتضمن المعلومات:
- الاسم.
- معلومات جهة الاتصال.
- حالاتك الصحية الجسدية أو العقلية أو في الماضي أو الحاضر أو المستقبل.
- عمليات الدفع الخاصة بك مقابل منتجات أو خدمات الرعاية الصحية
- الوصفات الطبية المحددة لك
- تُستثنى سجلات التوظيف التي قد يحتفظ بها صاحب العمل.

النطاق:

نقوم بإنشاء سجل للرعاية والخدمات الصحية التي تتلقاها، لتوفير الرعاية الخاصة بك والامتثال لمتطلبات قانونية معينة. وينطبق هذا الإشعار على جميع المعلومات PHI التي نقوم بإنشائها.

نحن نلتزم بالواجبات ونتبع ممارسات الخصوصية التي يصفها هذا الإشعار وأي تغييرات بمجرد دخولها حيز التنفيذ.

التغييرات التي تطرأ على هذا الإشعار

يمكننا تغيير شروط هذا الإشعار، وستنطبق التغييرات على جميع المعلومات المتعلقة بك لدينا. وسيكون الإشعار الجديد متاحًا في مكتبنا وموقعنا الإلكتروني عند الطلب. سنرسل لك أيضًا نسخة من الإشعار الذي تمت مراجعته.

إشعار حول خرق البيانات

سنخطرك على الفور في حالة حدوث عملية خرق للبيانات التي تكون قد أثرت سلبيًا على خصوصية أو أمان معلوماتك PHI. كما سنخطرك في غضون الإطار الزمني المطلوب قانونًا بعد اكتشافنا لعملية الخرق. وفي معظم الأوقات، سنقوم بإخطارك كتابيًا، عبر البريد الممتاز، أو قد نرسل لك بريدًا إلكترونيًا إذا كنت قد زودتنا بعنوان بريدك الإلكتروني الحالي ووافقت مسبقًا على تلقي الإشعارات إلكترونيًا. وفي ظروف معينة، قد يرسل شركاؤنا في العمل، الذين يتم وصفهم بشكل مفصل أدناه، الإخطار. أما في ظروف محدودة، عندما نمتلك معلومات اتصال غير كافية أو قديمة، قد نقدم إشعارًا في نموذج بديل مقبول قانونيًا.

عمليات الاستخدام والإفصاح عن معلوماتك PHI

يسمح القانون لنا أو يلزمنا باستخدام أو الإفصاح عن معلوماتك PHI لأسباب مختلفة، والتي نوضحها في هذا الإشعار. لقد قمنا بتضمين بعض الأمثلة، لكننا لم ندرج كل عملية استخدام أو إفصاح على النحو المسموح به. عند استخدام معلوماتك PHI أو الإفصاح عنها أو طلبها من مصدر آخر، سنعمل على بذل جهود معقولة للحد من عمليات استخدامنا لهذه المعلومات أو إفصاحنا عنها أو طلبها بالحد الأدنى الذي نحتاجه لتحقيق غرضنا المقصود.

عمليات الاستخدام والإفصاح عن المعلومات المتعلقة بالعلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية

- العلاج. قد نستخدم معلوماتك PHI أو نفصح عنها ونشاركها مع المهنيين الآخرين الذين يتولون مهمة علاجك، بما في ذلك الأطباء أو الممرضات أو الفنيين أو طلبة الطب أو موظفي المستشفى المشاركين في رعايتك. على سبيل المثال، قد نفصح عن معلومات حول حالتك الصحية العامة للأطباء الذين يقدمون لك العلاج من إصابة أو حالة معينة.
- الدفع. قد نستخدم معلوماتك PHI ونفصح عنها لدفع الفواتير وتلقي المدفوعات من الخطط الصحية أو غيرها. على سبيل المثال، نشارك معلوماتك PHI مع خطة التأمين الصحي الخاصة بك حتى تتحمل الخطة عملية الدفع مقابل الخدمات التي تتلقاها.
- عمليات الرعاية الصحية. يجوز لنا استخدام معلوماتك PHI والإفصاح عنها لاتباع ممارستنا وتحسين جودة رعايتك. على سبيل المثال، قد نستخدم معلوماتك PHI لإدارة الخدمات التي تتلقاها أو لمراقبة جودة خدمات الرعاية الصحية لدينا.

عمليات الاستخدام والإفصاح الأخرى

قد نشارك معلوماتك بطرق أخرى، ويكون الأمر عادةً لأغراض الصحة العامة أو الأغراض البحثية أو المساهمة في تحقيق الصالح العام. يجب علينا استيفاء الشروط المنصوص عليها في القانون قبل تمكننا من مشاركة معلوماتك لهذه الأسباب:

- **شركاؤنا في العمل.** يجوز لنا استخدام معلوماتك PHI والإفصاح عنها لأشخاص أو كيانات خارجية تقدم الخدمات نيابة عنا، مثل عملية المراجعة أو الشؤون القانونية أو النسخ (الشركاء في العمل). يُلزم القانون شركاؤنا في العمل والمقاولين الفرعيين حماية معلوماتك PHI بنفس الطريقة التي نقوم بها. كما نطلب من هذه الأطراف تعاقديًا استخدام معلوماتك PHI والإفصاح عنها فقط على النحو المسموح به وحمايتها بشكل مناسب.
- **الامتثال القانوني.** على سبيل المثال، سوف نشارك معلوماتك PHI إذا طلبت وزارة الصحة والخدمات الإنسانية ذلك عند التحقيق في امتثالنا لقوانين الخصوصية.
- **أنشطة الصحة العامة والسلامة.** على سبيل المثال، قد نشارك معلوماتك PHI من أجل الأمور التالية:
 - الإبلاغ عن الإصابات والمواليد والوفيات.
 - الوقاية من الأمراض.
 - الإبلاغ عن الأضرار الجانبية للأدوية أو عيوب منتجات الأجهزة الطبية.
 - الإبلاغ عن حالات الاشتباه في إهمال الأطفال أو إساءة معاملتهم أو العنف المنزلي.
 - تجنب تهديد خطير للصحة أو السلامة العامة.

- **الاستجابة للإجراءات القانونية.** على سبيل المثال، قد نشارك معلوماتك PHI للرد على الأمور التالية:
 - أمر قضائي أو إداري أو أمر استدعاء.
 - طلب اكتشاف
 - نظام قانوني آخر.
- **إجراء البحوث.** على سبيل المثال، قد نشارك معلوماتك PHI مع بعض أنواع البحوث الصحية التي لا تتطلب الحصول على موافقتك، وهذا ما إذا كان مجلس المراجعة المؤسسية (IRB) قد تنازل عن شرط التفويض الكتابي. إذا تطلب إجراء البحث الحصول على موافقتك، فنشارك معلوماتك فقط في حالة وافقت على مشاركتها مع الدراسة البحثية.
- **تقييم الجودة:** نسعى جاهدين لتقديم أفضل رعاية لمرضانا. ولفهم احتياجات مجتمعنا المتنوع بشكل أفضل وتحسين التنسيق وتقديم الرعاية، قد نجري تقييمًا لمستوى الجودة وعمليات التحسين لمختلف الأنشطة. وتشمل ذلك تقييم النتائج وتطوير المبادئ التوجيهية السريرية، والأنشطة القائمة على السكان المتعلقة بتحسين مستوى الصحة أو خفض تكاليف الرعاية الصحية، وتطوير البروتوكول، وإدارة الحالات وتنسيق الرعاية.
- **الأطباء المعالجون أو مدير الجنازات.** على سبيل المثال، قد نشارك المعلومات PHI مع الأطباء الشرعيين أو الأطباء المعالجين أو مديري الجنازات عند وفاة أحد الأفراد.
- **التبرع بالأعضاء أو الأنسجة.** على سبيل المثال، قد نشارك معلوماتك PHI لترتيب إجراءات تبرعك بالأعضاء أو الأنسجة أو عملية زرع لك المصرح بهما.
- **تعويض العمال أو تطبيق القانون أو الطلبات الحكومية الأخرى.** على سبيل المثال، قد نستخدم معلوماتك PHI ونفصح عنها من أجل:
 - مطالبات تعويض العمال.
 - أنشطة الرقابة الصحية من قبل الوكالات الفيدرالية أو التابعة للولاية.
 - أغراض إنفاذ القانون أو التعاون مع مسؤول إنفاذ القانون
 - الوظائف الحكومية المتخصصة، مثل الأنشطة العسكرية والمحاربين القدامى، والأمن القومي والاستخبارات، وخدمات الحماية الرئاسية، أو الملاءمة الطبية.
- **تسويق أو بيع المعلومات الصحية.** تُعد معظم استخدامات معلوماتك الصحية ومشاركتها لأغراض التسويق أو أي عملية بيع لها محدودة للغاية وتتطلب إذنًا كتابيًا منك. وفي أي وقت، يمكنك إلغاء التفويض الخاص بك كتابيًا، لكن هذا الإجراء لن يؤثر التفويض السابق للمعلومات التي استخدمناها وأفصحنا عنها بناءً بالفعل.

خياراتك

للحصول على معلومات صحية معينة، يمكنك إخبارنا باختيارك بشأن ما نشاركه. إذا كان لديك تفضيل واضح لكيفية مشاركة المعلومات الخاصة بك في المواقف الموضحة أدناه، فيرجى الاتصال مع compliance@acuityeyegroup.com وبدورنا سنبدل جهودًا معقولة لاتباع تعليماتك. قد نشارك معلوماتك إذا كنا نعتقد أنها تصب في مصلحتك، وذلك وفقًا لتقديرنا الأفضل وهذا في حالة:

- إذا كنت غير قادر على إخبارنا بما تفضله، على سبيل المثال، في حال فقدانك للوعي.
- الحاجة لتقليل تهديد خطير ووشيك للصحة أو السلامة.

حقوقك

إنك تتمتع بحقوق معينة عندما يتعلق الأمر بمعلوماتك الصحية. يشرح هذا القسم حقوقك وبعض مسؤولياتنا لمساعدتك. يحق لك الآتي:

- **عرض معلوماتك PHI والحصول على نسخة منها.** لديك الحق في الاطلاع أو الحصول على نسخة إلكترونية أو ورقية من المعلومات PHI التي نحفظ بها عنك (الحق في طلب الاطلاع). إليك بعض التوضيحات حول حقوق الوصول الخاصة بك:
 - قد نطلب منك تقديم طلبات للاطلاع كتابيًا عن طريق إرسال نموذج مكتمل موقَّع عليه ومؤرخ من قبلك أو من قبل ممثلك القانوني.

- يمكنك طلب تقديم نسخة من معلوماتك PHI إلى أحد أفراد العائلة أو شخص آخر أو كيان معين. نطلب منك تقديم هذه الطلبات كتابياً مصحوبة بتوقيعك، وإرسال نموذج موقع إلكترونيًا، وتحديد الشخص المعين بوضوح وموقع إرسال المعلومات PHI.
- يمكنك أن تطلب توجيه نسخة من معلوماتك PHI إلى جهة خارجية من اختيارك على أساس دائم ومنتظم. نطلب منك إرسال هذه الطلبات عن طريق إرسال نموذج مكتمل موقع عليه ومؤرخ من قبلك أو من قبل ممثلك القانوني.
- إذا طلبت نسخة من معلوماتك PHI، فسنقرر بشكل عام توفير أو رفض الحصول عليه في غضون 15 يومًا، ومع ذلك، إذا لم تتمكن من اتخاذ قرار بهذا الشأن في غضون 15 يومًا، فسندعم لك سببًا للتأخير كتابياً ومتى نتوقع منا إرساله لك
- قد نرفض طلبك للاطلاع في ظروف محدودة معينة، ومع ذلك، إذا رفضنا طلبك للاطلاع على المعلومات، فسندعم رفضًا كتابياً مع الأساس الذي قام عليه قرارنا بالإضافة إلى توضيح حقوقك.
- إجراء التعديلات. يمكنك أن تطلب منا تصحيح أو تعديل المعلومات PHI التي نحفظ بها عنك والتي تعتقد أنها غير صحيحة أو غير دقيقة. وبالنسبة لهذه الطلبات:
 - يجب عليك تقديم الطلبات كتابياً/ إلكترونيًا والتي تحدد المعلومات PHI غير الدقيقة أو غير الصحيحة وتقديم سبب يدعم طلبك.
 - وبشكل عام سنقرر ما إذا تمت الموافقة على طلبك أو رفضه في غضون 15 يومًا. إذا لم تتمكن من اتخاذ القرار في غضون 15 يومًا، فسندعم لك سببًا للتأخير كتابياً ونذكر متى نتوقع منا اتخاذ قرارنا، والذي لن يتجاوز 30 يومًا إضافياً. سنطلب فترة تمديد مرة واحدة فقط رداً على أحد الطلبات.
 - قد نرفض طلبك الخاص بالتعديل إذا طلبت منا تعديل المعلومات PHI التي لا تعد جزءاً من سجلنا، أو التي لم نقم بإنشائها، أو التي ليست جزءاً من مجموعة سجلات معينة، أو إذا كانت دقيقة وكاملة.
 - إذا رفضنا طلبك، فسنعبرك بالسبب كتابياً. يحق لك تقديم بيان مكتوب يشير إلى عدم موافقتك على قرار الرفض، وإذا اخترت عدم إرسال هذا البيان، فيجوز لك أن تطلب منا تقديم طلبك الأصلي للتعديل ورفض أي إفصاحات مستقبلية عن المعلومات PHI الخاضعة للتعديل. ومع ذلك، قد نقوم بإعداد طلب نقض كتابي لبيان عدم موافقة أي فرد، وسنرفق المادة التي تم إنشاؤها أو تقديمها وفقاً لهذه الفقرة في سجلك المعين.
- طلب وضع قيود إضافية. يحق لك أن تطلب منا تغيير ما نستخدمه أو نشاركه بشأن معلوماتك PHI (الحق في طلب وضع قيود). يمكنك الاتصال بنا وتطلب منا عدم استخدام معلومات PHI معينة أو مشاركتها لتقديم لعلاج أو إجراء الدفع أو تنفيذ العمليات مع أشخاص معينين برعايتك. ونطلب منك تقديم هذا الطلب كتابياً. وبالنسبة لهذه الطلبات:
 - نحن لسنا مطالبين باتخاذ قرار الموافقة.
 - قد نبغك "بالرفض" إذا كان ذلك سيؤثر على رعايتك، لكن
 - سنوافق على عدم الإفصاح عن المعلومات لخطة صحية وهذا من أجل أغراض الدفع أو عمليات الرعاية الصحية إذا كان وضع القيود المطلوبة يتعلق بأحد عناصر الرعاية الصحية أو الخدمة التي تتحملها أنت أو أي شخص آخر، بخلاف الخطة الصحية، تكلفتها بالكامل، ما لم يقتض القانون خلاف ذلك.
- طلب قوائم بخصوص عمليات الإفصاح. لديك الحق في طلب قوائم بخصوص عمليات الإفصاح عن المعلومات PHI التي قمنا بها. وبالنسبة لهذه الطلبات:
 - قد نطلب مدة تبلغ 15 يوماً إضافياً خلال فترة الثلاثين يوماً هذه، وسنقوم بذلك مرة واحدة فقط إذا طلبنا ذلك مع تقديم بياناً مكتوباً بالسبب والإشارة إلى التاريخ الذي نعتزم إرسال الرد بحلوله.
 - سنقوم بتضمين جميع عمليات الإفصاح باستثناء تلك المتعلقة بتقديم العلاج وإجراءات الدفع، وعمليات الرعاية الصحية، وبعض عمليات الإفصاح الأخرى، مثل أي عمليات إفصاح طلبت منّا تقديمها
 - سنقدم قائمة واحدة في السنة مجاناً.
- طلب التواصل بشكل سري. يحق لك أن تطلب منا التواصل معك بشأن الأمور الصحية بطريقة معينة أو في مكان محدد. على سبيل المثال، يمكنك أن تطلب منا التواصل معك فقط في العمل أو عنوان مكان معين. وبالنسبة لهذه الطلبات:
 - يجب أن تحدد الطريقة والمكان الذي تريد أن يتم التواصل من خلالهما معك
 - سنعمل على تلبية الطلبات المعقولة.

- اختيار شخص لاتخاذ القرار نيابة عنك. إذا كنت قد منحت شخصاً التفويض لاتخاذ القرارات الطبية أو إذا كان هناك شخص ما هو الوصي القانوني عليك، فيمكن لهذا الشخص ممارسة حقوقك واتخاذ قرارات نيابة عنك بشأن معلوماتك PHI. سنؤكد أن الشخص لديه هذا التفويض ويمكنه التصرف نيابة عنك قبل اتخاذ أي إجراء.
- تقديم شكوى. لديك الحق في تقديم شكوى إذا شعرت أننا انتهكنا حقوقك. ولن نعتزم اتخاذ إجراءات ضدك بهذا الشأن. يمكنك إما تقديم شكوى:
- عبر التواصل معنا مباشرةً على compliance@acuityeyegroup.com. يجب تقديم جميع الشكاوى كتابياً أو من خلال مكتب الحقوق المدنية لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية. يُرجى إرسال خطاب الشكوى إلى Independence Avenue, S.W., Washington, D.C 200201، أو الاتصال على الرقم 1-877-696-6775، أو زيارة الموقع الإلكتروني www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/

الإقرار بالاستلام

أقر أنا، _____، (اسم الفرد)، بأنه في _____ (التاريخ)، تلقيت نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بمجموعة Acuity Eye Group وأنني قرأته وفهمته. وأفهم التالي:

- لدي حقوق معينة للخصوصية المتعلقة بمعلوماتي PHI.
- يمكن لمجموعة AEG استخدام معلوماتي PHI لأغراض تقديم العلاج وإجراء الدفع وتنفيذ عمليات الرعاية الصحية الخاصة بي.
- ويشرح الإشعار بشكل مفصل كيف يجوز لمجموعة AEG استخدام معلوماتي PHI ومشاركتها لأغراض أخرى.
- لدي الحقوق المتعلقة بمعلوماتي PHI المذكورة في الإشعار.
- يحق لمجموعة AEG تغيير الإشعار من وقت لآخر ويمكنني الحصول على النسخة الحالية من الإشعار عن طريق التواصل على compliance@acuityeyegroup.com

_____ التاريخ

_____ توقيع المريض أو من يمثله

_____ صلة القرابة بالمريض:

_____ تاريخ الميلاد:

الموافقة على تلقي الاتصالات الإلكترونية

[الحرف الأول من إسمك هنا] أوافق على أن تتواصل معي مجموعة AEG عن طريق الرسائل النصية أو البريد الإلكتروني أو الاتصالات الإلكترونية الأخرى لتقديم تنكيرا بالمواعيد أو خدمات مجموعة AEG الأخرى باستخدام رقم الهاتف والبريد الإلكتروني المذكور في سجلي الطبي.

للاستخدام المكتبي فقط:

شهادة الجهود حسنة النية لتلقي الشكر والتقدير حدد هذا المربع هنا إذا قام المريض بالتوقيع أعلاه حاولت الحصول على توقيع المريض أو من ينوب عنه على نموذج الإقرار بإشعار ممارسات الخصوصية بموجب قانون HIPAA، لكن تعذر علي إجراء الأمر كما هو موثق أدناه:

_____ السبب:

_____ الاسم:

_____ التوقيع:

الإشعار والإقرار بالاستلام والفهم

إشعار المريض حول المدفوعات المفتوحة لمراكز خدمات Medicaid (CMS) و Medicare

قاعدة بيانات المدفوعات المفتوحة هي أداة فيدرالية تُستخدم للبحث عن المدفوعات التي تقدمها شركات الأدوية والأجهزة للأطباء والمستشفيات التعليمية.

وهي لأغراض إعلامية فقط، حيث يمكن العثور على رابط يوجهك إلى صفحة الويب للمدفوعات المفتوحة لمراكز خدمات Medicare و Medicaid الفيدرالية (CMS) على الموقع <https://openpaymentsdata.cms.gov>

إشعار للمريض حول المجلس الطبي لولاية كاليفورنيا (Medical Board of California)

يضم أطباء مرخصون ويتم تنظيمهم من قبل المجلس الطبي لولاية كاليفورنيا.

للتحقق من ترخيص ما أو لتقديم شكوى، تفضل بالانتقال إلى www.mbc.ca.gov، أو أرسل رسالة بريد إلكتروني إلى: licensecheck@mbc.ca.gov، أو اتصل على الرقم (800) 633-2322 .

التاريخ

المريض (أو الشخص المخول بالتوقيع نيابة عن المريض)

اسم المريض بخط واضح:

الأطباء - اتفاقية تحكيم المريض

مادة 1: اتفاقية التحكيم: إنه من المفهوم أن أي نزاع يتعلق بسوء الممارسة الطبية، أي ما إذا كانت أي خدمات طبية مقدمة بموجب هذا العقد غير ضرورية أو غير مصرح بها أو تم تقديمها بشكل غير لائق أو بشكل يتسم بالإهمال أو عدم الكفاءة، فسيتم تحديده من خلال الخضوع للتحكيم على النحو المنصوص عليه في قانون ولاية كاليفورنيا، وألا تكون دعوى قضائية أو اللجوء إلى إجراءات المحكمة باستثناء ما ينص عليه قانون ولاية كاليفورنيا للمراجعة القضائية الخاصة بإجراءات التحكيم. كلا الطرفين في هذا العقد، من خلال التوقيع عليه، يتنازلان عن حقهما الدستوري في أن يتم الفصل في أي نزاع من هذا القبيل في محكمة قانونية أمام هيئة محلفين، وبدلاً من ذلك يقبلان الاستعانة بخدمة التحكيم.

مادة 2: يجب التحكيم في جميع المطالبات: وتتوي الأطراف أن تلتزم هذه الاتفاقية جميع الأطراف التي قد تنشأ مطالباتهم عن الخدمة العلاجية أو تتعلق بها أو الخدمة المقدمة من قبل الطبيب بما في ذلك أي زوج/زوجة أو ورثة المريض وأي أطفال، سواء كانوا مولودين أو لم يولدوا بعد، في وقت الحدث الذي أدى إلى أي مطالبة. في حالة أي أم حامل، فإن مصطلح "مريضة" بهذا العقد يعني كل من الأم والطفل والأم التي سترزق بمولود. يجب التحكيم في جميع الدعاوى المتعلقة بالتعويضات المالية التي تتجاوز الحد القضائي لمحكمة الدعاوى الصغيرة ضد الطبيب وأطراف الطبيب أو المنتسبين أو النقابة أو المؤسسة أو الشركاء وموظفي ووكلاء وعقارات أي منهم، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، مطالبات بالتعويض عن فقدان الكونسورتيوم (الحرمان من فوائد العلاقة الأسرية)، أو الوفاة غير المشروعة، أو الاضطراب العاطفي، أو التعويضات التأديبية. يجب ألا يؤدي رفع أي دعوى في أي محكمة من قبل الطبيب لتحصيل أي رسوم من المريض التنازل عن الحق في الإلزام بالتحكيم في أي مطالبة تتعلق بسوء الممارسة. ومع ذلك، بعد تأكيد أي دعوى ضد الطبيب، يتم أيضاً حل أي نزاع بشأن دفع الرسوم، سواء كان موضوع هي أي دعوى قضائية قائمة، وهذا من خلال إجراء التحكيم.

مادة 3: الإجراءات والقانون المعمول به: يجب إرسال طلب التحكيم كتابياً إلى جميع الأطراف. يجب على كل طرف اختيار محكم (طرف يقوم بالتحكيم) في غضون ثلاثين يوماً ويتم اختيار محكم ثالث (محكم محايد) من قبل المحكمين يتم تعيينهم من قبل الأطراف في غضون ثلاثين يوماً من طلب محكم محايد من قبل أي من الطرفين. يدفع كل طرف في التحكيم نصيبه بما يتناسب مع أتعاب المحكم المحايد ونفقاته، وكذلك التكاليف الأخرى للتحكيم التي يتكبدها أو يوافق عليها المحكم المحايد، على ألا يشمل ذلك أتعاب المحامي أو الشهود أو النفقات الأخرى التي يتكبدها أحد الطرفين لمصلحته الخاصة. ويتفق الطرفان على أن المحكمين يتمتعون بحصانة الموظف القضائي من المسؤولية المدنية عندما يتصرفون بصفتهم محكمين بموجب هذا العقد. ويجب أن تكمل هذه الحصانة أي قانون آخر من قواعد القانون العام المعمول به. يكون لأي من الطرفين الحق المطلق في التحكيم بشكل منفصل في مسألتي المسؤولية والتعويض بناء على طلب كتابي موجه إلى المحكم المحايد. وتظل موافقة الطرفين القائمة على تدخل وضم أي شخص أو كيان في هذا التحكيم قد يكون طرفاً إضافياً مناسباً في المشاركة في دعوى قضائية، وهذا بناءً على هذا التدخل وضم أي إجراء قضائي قائم ضد هذا الشخص أو الكيان الإضافي، معلقة إلى حين التحكيم.

يتفق الطرفان على أن أحكام قانون كاليفورنيا المعمول بها على مقدمي الرعاية الصحية تنطبق على النزاعات في إطار اتفاق التحكيم هذا، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، قسمي قانون الإجراءات المدنية 340.5 و 667.7 والقانون المدني 3333.1 و 3333.2. ويجوز لأي طرف أن يتقدم أمام المحكمين بطلب لإصدار حكم مستعجل أو حكم موزج وفقاً لقانون الإجراءات المدنية. يجب إجراء التحقيق وفقاً لقانون الإجراءات المدنية القسم 1283.05، ومع ذلك، يمكن الحصول على الإفادات دون موافقة مسبقة من المحكم المحايد.

مادة 4: الأحكام العامة: يجب التحكيم في جميع المطالبات المستندة إلى نفس الحادث أو التعاملات أو الظروف ذات الصلة في إجراء واحد. يتم التنازل عن المطالبة ومنعها إلى الأبد إذا (1) في تاريخ تلقي الإشعار بذلك، فإن المطالبة، إذا تم تقييمها في دعوى مدنية، سيتم حظرها بموجب قانون التقادم المعمول به في كاليفورنيا، أو (2) لم يتابع المدعي دعوى التحكيم وفقاً للإجراءات المنصوص عليها هنا بالعناية المعقولة. فيما يتعلق بأي مسألة غير منصوص عليها صراحة هنا، يخضع المحكمون لأحكام قانون الإجراءات المدنية في كاليفورنيا فيما يتعلق بالتحكيم.

مادة 5: الإلغاء: يجوز إلغاء هذا الاتفاق بإشعار كتابي يُسَلَّم إلى الطبيب في غضون 30 يوماً من التوقيع. تهدف هذه الاتفاقية إلى تطبيق جميع الخدمات الطبية المقدمة في أي وقت للحالة.

مادة 6: الأثر الرجعي: إذا كان المريض ينوي أن تغطي هذه الاتفاقية الخدمات المقدمة قبل تاريخ التوقيع عليها (بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، تقديم العلاج في حالات الطوارئ)، فإنه يجب عليه توضيح ذلك مباشرةً أدناه وستعتبر هذه الاتفاقية سارية اعتباراً من تاريخ تقديم الخدمات الطبية الأولى:

الأحرف الأولى لممثل المريض أو المريض

وإذا اعتبر أي حكم من أحكام اتفاق التحكيم هذا باطلاً أو غير قابل للتنفيذ، تظل الأحكام المتبقية سارية المفعول بالكامل ولا تتأثر ببطان أي حكم آخر. أفهم أن لدي الحق في تلقي نسخة من اتفاق التحكيم هذا. وبالتوقيع أدناه، أقر بأنني تلقيت نسخة منه. **ملاحظة:** بتوقيع هذا العقد، فأنت توافق على أنك تواجه أي مشكلة تتعلق بسوء الممارسة الطبية يقررها التحكيم المحايد وأنت تتنازل عن حقك أمام هيئة المحلفين في المحاكمة. راجع المادة 1 من هذا العقد.

_____ التاريخ	_____ توقيع المريض أو من يمثله
_____ التاريخ	_____ اسم المريض بخط واضح
_____ التاريخ	_____ توقيع الطبيب أو الممثل المفوض
_____ التاريخ	_____ اسم ممثل المريض بخط واضح وصلة القرابة بالمريض (حالة وجوده)