

المركز الصحي بالجامعة
الموافقة على تلقي العلاج

حتى يتم علاجك في المركز الصحي، نحن بحاجة للحصول على موافقتك على الشروط التالية وإقرارك بها.

إقرار وموافقة:

- 1) أوافق بموجب هذا المستند على العلاج والرعاية الطبية التي قد تكون ضرورية وموصى بها في رأي الطبيب الخاص بي أو أية جهة مقدمة للرعاية الطبية، وهو ما قد يشمل، ولكن لا يقتصر على: العلاج الطبي والعمليات الجراحية؛ و/أو خدمات المختبر؛ و/أو خدمات أشعة X، و/أو غيرها من الخدمات الإضافية التي يتم إجراؤها لي بموجب التعليمات العامة أو الخاصة من جهة الرعاية الطبية الخاصة بي.
- 2) أنا أقر وأدرك أنني مسؤول عن أي وكل النفقات مقابل الخدمات والتجهيزات المقدمة لي. فضلاً عن ذلك، أدرك أنه يقع على عاتقي مسؤولية مراجعة شركة التأمين لتحديد التغطية الخاصة بأي وكل الخدمات المستلمة.
- 3) أنا أدرك أنه يوجد لدي تأمين خاص لا يقوم بالمشاركة مع جامعة أوريغون، وأنه تقع على عاتقي مسؤولية تقديم الاستمارات ذات الصلة مباشرة لشركة التأمين الخاصة بي للحصول على تعويض معقول للنفقات التي سددتها.
- 4) أوافق على تقديم إشعار سابق إذا كنت بحاجة لإلغاء أو إعادة جدولة موعد ما، وأدرك أن التقصير في القيام بذلك قد يؤدي إلى رسوم مقابل عدم الحضور/الإلغاء المتأخر، والتي لا يمكن الحصول على تعويض عنها.
- 5) أنا أؤكد أن المعلومات التي أقدمها بخصوص حالتي الطبية دقيقة وكاملة وفقاً لأفضل تقدير لدي.

بموجب التوقيع أدناه، فأنا أقدم موافقتي على العلاج وأقر باستلام ممارسات الخصوصية.

الاسم الكامل بخط واضح: _____

التوقيع: _____

تاريخ اليوم: _____