Spectrum Health

# Idhini
# JUMLA, MATIBABU NA UTOAJI WA MAELEZO

**(Consent GENERAL, TREATMENT AND RELEASE OF INFORMATION)**

**Ukurasa 1 kati ya 3**

Jina la mgonjwa _____ Tarehe ya kuzaliwa _____ Nambari ya rekodi ya matibabu _____

**ILANI YA KUTOBAGUA:**

Spectrum Health inatii sheria zinazotumika za haki za kiraia za nchi na haibagui kwa misingi ya kabila, rangi, asili ya kitaifa, umri, ulemavu, au jinsia. Spectrum Health haizuii watu au kuwatendea tofauti kwa sababu ya rangi, rangi, asili ya kitaifa, umri, ulemavu, au jinsia au msingi wowote uliopigwa marufuku kisheria.

**NINAKUBALI:**

- Kupimwa na kutibiwa na watoa huduma, wakazi, wanafunzi, na wataalamu wengine wa huduma za afya katika Spectrum Health. Hii inaweza kujumuisha miadi binafsi, miadi ya pamoja ya matibabu, matibabu ya kupiga simu, kurekodi video, kupiga picha na vifaa vya sauti. Zana hizi zinaweza kutumiwa kutibu/kutambua au kwa taratibu za kufanywa kwa usalama wa matibabu, kisayansi na/au kibinafsi.
- Kwamba mtoa huduma anaweza kubadilisha utunzaji wangu na/au wa mtoto wangu ili kufaidi maisha au afya yangu.
- Ikiwa niko hapa kujifungua, mtoa huduma na wataalamu wengine wa huduma za afya wanaweza kumtunza mtoto wangu.
- Ikiwa ninashiriki katika miadi ya pamoja ya matibabu, nitahudhuria miadi hii pamoja na wagonjwa wengine. Katika miadi hii, maelezo ya kibinafsi juu yangu yanaweza kutolewa na mtoa huduma wangu kwa wengine.

**NAELEWA KWAMBA:**

- Nitauliza maswali.
- Hakuna aliyetoa ahadi au dhamana juu ya matokeo ya matibabu au utunzaji wangu. Ninafahamu kwamba kazi ya utabibu na upasuaji sio sayansi iliyo na usahihi kabisa. Hakuna dhamana yoyote iliyotolewa kwangu kwa sababu ya matokeo ya matibabu au tathmini yangu katika Spectrum Health.
- Wanafunzi na wafanyakazi wanaweza kuniona na kuangalia rekodi yangu ya matibabu kwa madhumuni ya kufundisha au utafiti.
- Wafanyakazi watachunguza kwa umakinifu mimi ni nani. Watauliza kile ninachofanyiwa. Hii ni hatua ya kuhakikisha usalama kwangu.
- Watoaji huduma na wafanyakazi wengine sio wafanyakazi wa Spectrum Health. Najua kwamba Spectrum Health haitawajibika kwa utunzaji au hatua zao zingine. Ninafahamu pia nitapokea bili tofauti kutoka kwao ingawa wananihudumia katika eneo la Afya ya Spectrum. Nitashirikiana nao kujibu maswali juu ya bima yangu.
- Sheria ya Michigan inaruhusu watoa huduma ya afya kupima damu yangu kwa VVU (virusi vya UKIMWI) au Homa ya Ini bila idhini yangu ikiwa mtu aliyesaidia katika utunzaji wangu ameshika damu au maji ya mwili wangu.
- Nakala ya Sera ya Kustahiki Usaidizi wa Fedha ya Spectrum inapatikana kwa ombi katika maeneo yote ya usajili na kwenye tovuti yetu katika www.spectrumhealth.org.
- Spectrum Health haitakubali ubaguzi dhidi ya mtoa huduma wangu, wataalamu wengine wa huduma ya afya au wafanyakazi kwa sababu ya kabila, rangi, jinsia, asili ya kitaifa, umri, ulemavu, jinsia au msingi wowote uliopigwa marufuku na sheria ya nchi, jimbo au mtaa.
- Iwapo hali yangu itahitaji rufaa kwa mtaalamu, ninaelewa nitaulizwa chaguo langu la mtoa huduma. Nitakuwa na fursa ya Spectrum Health kuwasiliana na mtoa huduma ninayechagua au ikiwa sina yeyote ninayependelea, mtoa huduma huru kutoka kwa orodha ya "watoa huduma" ya Spectrum Health atapigiwa. Ninakubali malipo ya kampuni yangu ya bima kwa huduma za kitaalamu zilizotolewa na mtoa huduma huyu ikiwa mtoa huduma huyu anashiriki katika mpango wangu wa bima.
- Idhini hii ni halali kwa mwaka mmoja (1) tangu tarehe ya saini yangu.

**Confidentiality of this medical record** shall be maintained except when use or disclosure is required or permitted by law, regulation, or written authorization by the patient.

**JUU ➔**

DO NOT MARK BELOW THIS LINE BARCODE ZONE DO NOT MARK BELOW THIS LINE

© Spectrum Health


* X 1 8 6 2 5 *

# JUMLA, MATIBABU NA UTOAJI WA MAELEZO *(INAENDELEZWA)*

**(Consent GENERAL, TREATMENT AND RELEASE OF INFORMATION)**

**Ukurasa 2 kati ya 3**

**MAELEZO YANGU YA KIMATIBABU:**

- SPECTRUM HEALTH INAWEZA KUTOA MAELEZO YANGU YA KIMATIBABU KWA:
  - Kampuni za bima, mipango ya afya na wasimamizi kwa malipo ya huduma ambayo mimi au mtoto wangu anapata.
  - Mashirika ya serikali kama vile Medicare na Medicaid au kama inavyotakiwa na sheria.
  - Watoa huduma wangu na wengine wanaohusika katika utunzaji wangu sasa au katika siku zijazo.
  - Mwajiri wangu, ikiwa rekodi zinahusiana na utunzaji au huduma zinazolipwa na mwajiri wangu, au kwa madhumuni mengine yanayoruhusiwa chini ya sheria.
  - Mtu au huluki yoyote inayohusika kulipa bili yote au sehemu ya bili yangu.
- Ninakubali kwamba Spectrum Health inaweza kuchukua picha yangu au ya mtoto wangu na kuihifadhi kwenye rekodi yangu ya matibabu ya kielektroniki. Ninafahamu kuwa Spectrum Health itatumia picha hii kwa madhumuni ya utambulisho kwa lengo la kuboresha huduma kwa wagonjwa.
- Ninafahamu Spectrum Health itaweka maelezo yangu au ya mtoto wangu ya matibabu kulingana na sheria ya jimbo, sheria na sera ya nchi. Ninaelewa pia kuwa maelezo yangu ya matibabu yanaweza kuhifadhiwa kielektroniki na yanaweza kutumwa au kupokelewa kutoka kwa watoa huduma wengine wa afya na/au walipaji kwa njia ya elektroniki. Hii ni pamoja na utambuzi wangu (kinachoniathiri), matibabu (tunachofanya ili kuboresha hali yangu), na maelezo kuhusu dawa au maagizo ya daktari. Hii inaweza pia kujumuisha maelezo juu ya afya yangu ya akili, magonjwa ya kuambukiza (kama vile VVU), na shida zingine kama vile shida ya matumizi ya dawa za kulevya au pombe.
- Katika hali zingine, Spectrum Health inahitajika na sheria kuripoti maelezo ya matibabu kwa shirika kama vile idara ya afya. Hii inaweza kujumuisha maelezo kuhusu VVU, Kifua Kikuu na magonjwa mengine.
- Ikiwa nitapewa rufaa kwa kituo kingine, watoa huduma/wakazi wa Spectrum Health wanaweza kupata rekodi zangu za matibabu ili kufuatilia utunzaji wangu na/au kutumia maelezo hayo kwa utafiti wa matibabu.

**TAARIFA YA FARAGHA**

- Nina haki na majukumu wakati mimi au mtoto wangu tunapata huduma. Spectrum Health imenipa Taarifa yake ya Faragha, na nimepata nafasi ya kuuliza maswali juu ya maelezo yaliyo kwenye Taarifa.

**VITU VYA THAMANI**

- Spectrum Health ingetaka wagonjwa wake waache vitu vya thamani nyumbani au na wanafamilia. Ninakubali Spectrum Health haina jukumu la kulinda mali yangu.

**HAKI ZA MGONJWA NA MALALAMISHI**

- Ninaelewa kuwa ninaweza kuwasilisha wasiwasi au malalamiko bila kuogopa kulipiziwa kisasi au kuathirika. Lakini, juhudi zitafanywa kusuluhisha wasiwasi wangu haraka au ndani ya siku saba (7), ikiwezekana. Ikiwa nina maswali juu ya haki zangu kama mgonjwa, niko huru kuuliza maswali. Nambari ya kupiga simu ni 269.983.8724 (Spectrum Health Lakeland) au 855.613.2262 (maeneo mengine yote ya Spectrum Health).

**RUHUSA YA KUPIGA SIMU**

- Nimetoa nambari za simu za makazi na/au za simu ya mkononi na anwani ya barua pepe kwa Spectrum Health. Ninakubali kupokea simu zinazopigwa kiotomatiki na/au zilizorekodiwa hapo awali, ujumbe wa maandishi na/au barua pepe kutoka kwa Spectrum Health na/au watu/kampuni zake zingine. Mawasiliano haya yanaweza kujumuisha malipo. Ninawajibika kwa malipo yoyote ya mawasiliano kutoka kwa watoa huduma wangu wa simu. Bado ninaweza kutibiwa hata ikiwa sitatoa “idhini ya kupiga simu”.

**RUHUSA YA KUPATA MALIPO NA KULIPISHWA**

- Spectrum Health imeruhusiwa kudai malipo kutoka kwa mtu yeyote mwingine na kutoka kwangu. Ninaidhinisha Spectrum Health kuchukua hatua kwa niaba yangu kukusanya manufaa kutoka kwa mtu yeyote mwingine na kuidhinisha hundi inayolipwa kwangu na/au Spectrum Health.
- Ninaidhinisha kampuni yoyote ya bima, inayohusika kulipia huduma na matibabu yangu, kulipa Spectrum Health kwa huduma zinazotolewa. Ninaelewa kuwa ninawajibika kwa malipo yoyote ambayo hayajashughulikiwa na bima.

**Confidentiality of this medical record** shall be maintained except when use or disclosure is required or permitted by law, regulation, or written authorization by the patient.

**IMEENDELEZWA KATIKA UKURASA WA ➔**

Spectrum Health

# JUMLA, MATIBABU NA UTOAJI WA MAELEZO *(INAENDELEZWA)*

**(Consent GENERAL, TREATMENT AND RELEASE OF INFORMATION)**

**Ukurasa 3 kati ya 3**

Jina la mgonjwa _____ Tarehe ya kuzaliwa _____ Nambari ya rekodi ya matibabu _____

## RUHUSA YA KUPATA MALIPO NA KULIPISHWA *(INAENDELEA)*

- Ninaomba malipo ninayodaiwa ya manufaa yaliyoidhinishwa ya Medicare yalipwe (kwa niaba yangu) kwa Spectrum Health kwa huduma yoyote ninayopewa na Spectrum Health au katika vituo vyake.
- Ninakubali kwamba ikiwa akaunti yangu haitalipwa wakati inastahili, hospitali inaweza kutumia wakili na/au wakala wa ukusanyaji. Nitawajibika kulipa hospitali kwa gharama, ada na malipo yote yanayohusiana na ukusanyaji wa kiwango kinachostahili. Hii ni pamoja na, lakini sio tu, riba inayofaa, gharama ya kisheria endapo kesi imewasilishwa na ada inayofaa ya wakili na/au ada inayofaa ya wakala wa ukusanyaji pamoja na zile zinazohusiana na asilimia ya deni.
- Ikiwa hutaki tudai bima yako, lazima utuarifu wakati wa huduma.

## MGAO

- Ninaidhinisha Spectrum Health:
  - Manufaa zote, madai, na haki yoyote na zingine zote, pamoja na haki ya kulipa bili na kuzungumza na mtu yeyote mwingine kwa kusudi la kudai malipo, kuhusu malipo yangu katika Spectrum Health.
  - Haki ya kufungua kesi au kuingilia kati kesi yoyote au kesi inayohusu mashtaka yangu kwenye Spectrum Health.
  - Haki ya kuchukua hatua nyingine yoyote kutafuta malipo ya ada yangu katika Spectrum Health.
- Kazi hii inajumuisha, lakini sio tu, haki ya kukata rufaa ya kunyimwa malipo ya ada yangu ya Spectrum Health kutoka kwa mlipaji yeyote, pamoja na mpango wowote wa manufaa unaofadhiliwa na mwajiri, sera ya bima au mpango wa bima inayotolewa na sheria au mkataba.
- Ninatoa pia kwa Spectrum Health, na ninakubali kwamba nasalimisha, haki yoyote na haki zote za kulipa, kutolewa au kubakiza malipo yangu ya Spectrum Health, au kuchukua hatua nyingine yoyote ambayo kwa njia yoyote inaweza kuhatarisha malipo au ulipaji wa ada yangu ya Spectrum Health .
- Ninateua pia Spectrum Health kama mwakilishi wangu aliyeidhinishwa kwa kusudi la kufuata malipo ya ada yangu ya Afya ya Spectrum. Ninaidhinisha Spectrum Health kuchukua hatua kwa niaba yangu kufuata madai yoyote ya manufaa, ikiwa ni pamoja na moja chini ya Sheria ya Usalama wa Mapato ya Kustaafu ya Wafanyakazi ya 1974, na kukata rufaa uamuzi mbaya wa manufaa. Ninakubali kusaidia Spectrum Health katika kufuata manufaa yote ya bima na ninakubali kulipa asilimia ya malipo baada ya mapunguzo, malipo ninayopaswa kulipa pamoja na punguzo zinazohitajika na mpango wowote wa bima.
- Ninaidhinisha na kuelekeza Spectrum Health itumie mapato ya urejeshi wowote kwa malipo yangu ya Spectrum Health.

## SAINI YA(ZA) MGONJWA

Nimesoma fomu hii na ninaielewa. Maswali yangu yote yamejibiwa.

**SAA** _____ ☐asubuhi ☐alasiri **TAREHE** _____ Saini ya mgonjwa _____

- Mgonjwa ni chini ya miaka 18 au vinginevyo hawezi kutoka idhini kwa sababu

**SAA** _____ ☐asubuhi ☐alasiri **TAREHE** _____

Saini ya Mzazi/Mlezi wa Kisheria/Wakili wa Mgonjwa/Mtu wa Ukoo _____

Jina lililoandikwa _____

## SIGNATURE(S)

**TIME** _____ ☐AM ☐PM **DATE** _____ Witness _____

SECOND WITNESS NEEDED FOR VERBAL CONSENT

**TIME** _____ ☐AM ☐PM **DATE** _____ Witness _____

**Confidentiality of this medical record** shall be maintained except when use or disclosure is required or permitted by law, regulation, or written authorization by the patient.