

FORMULARZ POTWIERDZENIA I ZGODY PACJENTA

Ogólna zgoda na leczenie: Niniejszym wyrażam zgodę na ocenę medyczną, diagnozę, badanie fizykalne, badania laboratoryjne, doradztwo i leczenie przez Oak Street Health. Rozumiem, że mam prawo do omówienia z moim lekarzem wszelkich preferencji kulturowych, religijnych, duchowych lub innych, które mają wpływ na moją wizytę lub plan leczenia. Ponadto rozumiem, że powinienem powiadomić mojego świadczeniodawcę, jeśli mam jakiegokolwiek wyzwania językowe lub komunikacyjne.

Zgoda na usługi telemedyczne: Przyjmuję do wiadomości, że Oak Street Health może świadczyć określone usługi za pomocą zdalnej technologii telezdrowia, w tym między innymi usługi telebehawioralne. Takie usługi telezdrowotne wiążą się z udziałem usługodawcy medycznego, który znajduje się w miejscu oddalonym od mojej lokalizacji w czasie świadczenia usługi, i jako takie często wiążą się z transmisją wideo, audio, obrazów i innych rodzajów danych. Zdalny dostawca usług zdrowotnych określi, czy diagnozowany lub leczony stan jest odpowiedni do zastosowania telemedycyny i rozumiem, że nie ma gwarancji diagnozy, leczenia lub recepty.

Odpowiedzialność finansowa: Rozumiem, że odpowiadam za wszelkie saldo nieopłacone przez moje ubezpieczenie. Obejmuje to sytuacje, w których poinformowano mnie, że usługa, o którą się ubiegam, nie jest usługą zakontraktowaną w ramach mojego planu ubezpieczeniowego. W takich sytuacjach przyjmuję do wiadomości, że mam obowiązek zapłacić za tę usługę z własnej kieszeni po zakończeniu wizyty. Ponadto przyjmuję do wiadomości, że jeśli mój ubezpieczyciel pokrywa koszt usługi świadczonej podczas dzisiejszej wizyty, odpowiadam za uiszczenie współpłatności i/lub podlegających odliczeniu kwot w momencie świadczenia usługi. Rozumiem, że moja wizyta może wymagać wykonania badań laboratoryjnych, które zostaną przetworzone przez laboratorium zewnętrzne, oraz że mogą obowiązywać dodatkowe opłaty.

Cesja świadczeń/płatników zewnętrznych: W zamian za wszystkie usługi opieki zdrowotnej świadczone lub mające być świadczone na moją rzecz (lub niżej wymienionego pacjenta), niniejszym ceduję na rzecz Oak Street Health wszelkie prawa, tytuły i udziały we wszelkich świadczeniach osób trzecich należnych z tytułu wszelkich polis ubezpieczeniowych i/lub odpowiedzialnych płatników zewnętrznych w kwocie nieprzekraczającej zwykłych i zwyczajowych opłat Oak Street Health za świadczone usługi opieki zdrowotnej. Zezwalam na takie płatności od odpowiednich ubezpieczycieli, płatników zewnętrznych i innych stron trzecich. Wyrażam zgodę na wszelkie wnioski o ponowne rozpatrzenie lub odwołanie składane przez Oak Street Health w celu zakwestionowania ustalenia świadczeń dokonanego przez płatnika zewnętrznego.

Wykorzystywanie i ujawnianie informacji zdrowotnych: Oak Street Health może wykorzystywać lub ujawniać informacje zdrowotne zgodnie z treścią Zawiadomienia o praktykach w zakresie prywatności, którego kopia została mi udostępniona na moją prośbę.

- Przyjmuję do wiadomości, że Oak Street Health może elektronicznie udostępniać moje informacje zdrowotne innym świadczeniodawcom w celach związanych z leczeniem, opieką zdrowotną i płatnościami, a także w celu koordynacji opieki zgodnie z prawem federalnym i stanowym.

Zawiadomienie o praktykach w zakresie prywatności

Dostępne tutaj: <https://www.oakstreethealth.com/hipaa-notice>.

- Potwierdzam, że kopia Zawiadomienia o praktykach w zakresie prywatności została mi udostępniona.

Upoważnienie marketingowe HIPAA

- Upoważniam Oak Street Health LLC oraz jej podmioty zależne i powiązane spółki CVS Health do wykorzystywania moich informacji zdrowotnych w celu wysyłania spersonalizowanych wiadomości marketingowych dotyczących nowych produktów, programów i usług, które mogą mnie zainteresować, w tym tych finansowanych przez strony trzecie.

Wyrażając zgodę, upoważniam Oak Street Health LLC, jej podmioty zależne i zarządzane przez nią oraz powiązane spółki CVS Health do wykorzystywania moich danych w celu wysyłania mi informacji o programach i usługach, które mogą mnie zainteresować, w tym tych finansowanych przez strony trzecie. Rozumiem, że (1) moje leczenie, płatność za leczenie i uprawnienia do świadczeń w Oak Street Health nie zależą od podpisania przeze mnie niniejszego Upoważnienia; (2) po wykorzystaniu do celów marketingowych moje dane mogą nie podlegać HIPAA, prawu federalnemu regulującemu wykorzystanie i ujawnianie chronionych informacji zdrowotnych lub podobnym prawom stanowym; (3) niniejsze Upoważnienie będzie ważne do momentu jego odwołania przeze mnie oraz że mam prawo odwołać niniejsze Upoważnienie w dowolnym momencie, dzwoniąc pod numer 888-776-4854, ale moje odwołanie nie będzie miało zastosowania do żadnych działań, które Oak Street Health już podjęła na podstawie niniejszego Upoważnienia przed jego odwołaniem; oraz (4) mam prawo do kopii niniejszego Upoważnienia.

Ustawa o ochronie konsumentów przez telefon

- Wyrażam zgodę na otrzymywanie automatycznych lub wcześniej nagranych połączeń i/ lub wiadomości tekstowych od lub w imieniu Oak Street Health dotyczących mojej opieki zdrowotnej, wizyt i marketingu. Zgoda jest opcjonalna i nie jest warunkiem zakupu. Warunki korzystania z telefonów, SMS-ów i faksów Oak Street Health można znaleźć tutaj: <https://www.oakstreethealth.com/messaging-agreement>. Wyślij wiadomość tekstową o treści STOP, aby zrezygnować w dowolnym momencie. Częstotliwość wysyłania wiadomości jest różna. Mogą obowiązywać stawki za transmisję danych.

SKŁADAJĄC PODPIS PONIŻEJ, OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM(-AM) SIĘ Z POWYŻSZYMI POSTANOWIENIAMI, PRZYJMUJĘ JE DO WIADOMOŚCI I WYRAŻAM NA NIE ZGODĘ.

Podpis pacjenta lub osoby odpowiedzialnej

Data

Napisane dużymi literami imię i nazwisko pacjenta
lub osoby odpowiedzialnej

Relacja między osobą odpowiedzialną a
pacjentem

Lokalizacja usługi

Numer telefonu

Adres

Miasto Stan Kod pocztowy