

## عيادة اوريجون حقوق المريض ومسؤولياته

يشير "المريض" إلى المريض أو ممثله أو من ينوب عنه ، إن أمكن.

### بصفتك مريضاً في عيادة أوريغون ، يحق لك:

- تلقي جميع الاتصالات بلغة و / أو بالطريقة التي تفهمها. سيتم توفير مترجمين فوريين عند الضرورة. تقدم عيادة أوريغون المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة للتواصل بشكل فعال معنا ، مثل:
  - مترجمي لغة الإشارة المؤهلين ومترجمي اللغة
  - معلومات مكتوبة بالعديد من اللغات الشائعة في هذه المدينة.
  - إذا كنت تعتقد أن عيادة أوريغون قد فشلت في تقديم هذه الخدمات أو ميزت بطريقة أخرى على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس:

✓ يمكنك تقديم شكوى إلى مسؤول الامتثال في عيادة أوريغون عن طريق البريد على 847 NE 19<sup>th</sup> Avenue, Suite 300, Portland, OR 97232; (fax) 503-935-8911; أو أرسل بريداً إلكترونيًا [compliance@orclinic.com](mailto:compliance@orclinic.com).

✓ يمكنك أيضاً تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية ، مكتب الحقوق المدنية ، إلكترونيًا <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html> أو عبر الهاتف في 800-537-7697 (TDD) 1-800-368-1019 تتوفر نماذج الشكوى

على

<https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaintform.pdf> (فالكس) 202 619-3818.

- رعاية مراعية ومحترمة ورحيمة في بيئة آمنة وخالية من جميع أشكال التمييز أو الإساءة أو المضايقة. تلتزم عيادة أوريغون بقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس.
- مارس حقوقك دون التعرض للتمييز أو الانتقام.
- الخصوصية الشخصية والسرية فيما يتعلق برعايتك الطبية. لا يمكن الإفصاح عن المعلومات إلا بموافقتك ، باستثناء ما ينص عليه القانون. لديك الحق في أن يتم إخطارك بسبب وجود أي فرد. سيتم مراعاة لوائح HIPAA.
- احصل على معلومات حول تشخيصك وعلاجك والنتيجة المتوقعة من مزود الخدمة الخاص بك أو الموظفين المعينين بمصطلحات يمكنك فهمها. عندما يكون من غير المستحسن طبيياً إعطاء مثل هذه المعلومات لمريض ، يتم تقديم المعلومات إلى شخص معين من قبل المريض أو إلى شخص مخول قانوناً.
- تلقي المعلومات اللازمة والمشاركة في القرارات المتعلقة بإجراء أو علاج مقترح من أجل إعطاء موافقة مستنيرة أو رفض مسار العلاج هذا.
- الاستمرارية المعقولة للرعاية ومعرفة وقت ومكان التعيين (المواعيد) مسبقاً ، فضلاً عن الممارس الذي يقدم الرعاية.
- استشر طبيب آخر أو قم بتغيير مقدمي الخدمة في حالة توفر مقدمي خدمات مؤهلين آخرين.
- الموافقة أو رفض المشاركة في المشاريع البحثية.
- تعرف على الاسم والوضع المهني لمقدم الرعاية الذي يتحمل المسؤولية الأساسية عن تنسيق رعايتك والأسماء والعلاقات المهنية وبيانات اعتماد الممارسين الآخرين والعاملين في مجال الرعاية الصحية الذين قد تراهم.

- في حدود القانون ، راجع سجلاتك الطبية. سيتم التعامل مع جميع الاتصالات والسجلات المتعلقة برعايتك على أنها سرية.
- تلقي المعلومات ، قبل أي إجراء ، بما في ذلك وصف لقوانين الصحة والسلامة المعمول بها في الولاية ، وإذا طُلب ذلك ، استمارات التوجيه المسبق الرسمية للدولة. هذه متوفرة عند الطلب.
- يجب أن تكون سارية المفعول وموثقة في سجلك الطبي عن وجود أي توجيهات مسبقة تتعلق بالوصايا المعيشية أو التوكيلات الطبية أو غيرها من المستندات التي تحد من رعايتك ، ولديك الحق في الإحالة إلى مرفق بديل إذا كنت ترغب في ذلك احترام توجيهاتك المسبقة أثناء إجراءك. لمزيد من المعلومات ، قم بزيارة
- <https://healthcare.oregon.gov/shiba/topics/Pages/advance-directives.aspx>;  
النموذج-<https://www.oregon.gov/oha/PH/ABOUT/Documents/Advance-Directive.pdf>
- تقديم الملاحظات المناسبة ، بما في ذلك الاقتراحات والشكاوى.
- شكاوى صوتية ، شفوية أو مكتوبة ، بشأن العلاج أو الرعاية المقدمة أو التي لم يتم تقديمها. للمساعدة في التعبير عن المظالم أو الشكاوى شفهيًا أو كتابيًا ، تفضل بزيارة
- [www.cms.hhs.gov/center/ombudsman.asp](http://www.cms.hhs.gov/center/ombudsman.asp) or 1-800-MEDICARE, Oregon  
DHS: <https://www.oregon.gov/DHS/ABOUTDHS/Pages/Gao.aspx>
- افحص واستلم شرحًا لفاتورتك وسياسات الدفع لدينا ، بغض النظر عن مصدر الدفع.
- بعد ساعات الوصول إلى أصحاب الأطباء عبر الهاتف. تتوفر تدابير الطوارئ حسب الحاجة.

### بصفتك مريضًا في عيادة أوريغون ، فإنك تتحمل مسؤولية:

- قدم معلومات كاملة ودقيقة عن صحتك ، بما في ذلك حالتك الحالية ، والأمراض السابقة ، والاستشفاء ، والأدوية ، بما في ذلك المنتجات والمكملات التي لا تستلزم وصفة طبية ، والحساسية والحساسيات ، وأي معلومات أخرى تتعلق بصحتك.
- كن مشاركًا نشطًا في رعايتك.
- أوضح ما إذا كنت تفهم بوضوح مسار العمل المتوخى وما هو متوقع منك ، بما في ذلك إذا كنت تتوقع عدم اتباع العلاج الموصوف أو تفكر في العلاجات البديلة. اطرح أسئلة عندما لا تفهم.
- اتبع خطة العلاج التي أوصى بها طبيبك ، والتي قد تتضمن تعليمات الممرضات والعاملين الصحيين المساعدين أثناء تنفيذهم لخطة الرعاية المنسقة وتنفيذ أوامر الممارس المسؤول ، وأثناء قيامهم بإنفاذ القواعد واللوائح المعمول بها.
- أبلغ الممارس المسؤول عن التغييرات غير المتوقعة في حالتك.
- تقبل المسؤولية عن أفعالك إذا رفضت العلاج أو لا تتبع تعليمات الممارس.
- توفير معلومات فورية كاملة ودقيقة لمعالجة المطالبات ودفع الفواتير في الوقت المناسب.
- حافظ على المواعيد ، واحضر في الوقت المحدد لمواعيدك ، وأخبر طبيبك في أقرب وقت ممكن إذا لم تتمكن من الحفاظ على مواعيدك.
- التصرف باحترام تجاه الآخرين واحترام ممتلكاتهم أثناء وجودك في مرافق عيادة أوريغون. قد يؤدي عدم الامتثال لهذا إلى إنهاء هذه الممارسة.
- راجع سياسة الخصوصية الخاصة بنا

للاستماع إلى تسجيل وثيقة حقوق المريض ومسؤولياته ، يرجى الاتصال بالرقم. 503-935-8334

## إشعار حقوق الإحالة

يصف هذا الإشعار حقوق الإحالة الخاصة بك عندما يحيلك مقدم الرعاية الصحية إلى مقدم أو منشأة أخرى لإجراء اختبارات إضافية أو خدمات رعاية صحية.

وفقاً لقانون ولاية أوريغون ، عندما تتم إحالتك للحصول على رعاية خارج عيادتنا ، فإننا ، عيادة أوريغون ، مطالبون بإبلاغك بأنه قد يتم إجراء الاختبار أو الخدمة في منشأة غير تلك التي أوصى بها طبيبك أو صحتك مقدم الرعاية.

يقول قانون ولاية أوريغون (ORS 441.098)

- يجب أن تستند الإحالة إلى اختبار تشخيصي أو علاج أو خدمة رعاية صحية على الاحتياجات السريرية للمريض والاختيارات الصحية الشخصية.
- يجب على الممارس الصحي أو من ينوب عن الممارس تقديم إشعار باختبار المريض في الوقت الذي يقيم فيه المريض الرعاية مع الممارس وفي وقت الإحالة يتم إرساله إلى المريض.
- يجب أن يُبلغ المريض بوضوح عن طريق الإخطار الشفوي أو الكتابي الذي يختاره المريض:
  - (أ) أنه عند الإحالة ، يكون للمريض خيار بشأن مكان تلقي الخدمات ؛ و
  - (ب) حيث يمكن للمريض الوصول إلى مزيد من المعلومات حول اختبار المريض.
- يكون للمريض الاختيار ، وعند إحالته إلى مرفق لإجراء اختبار تشخيصي أو علاج أو خدمة رعاية صحية ، قد يتلقى المريض الاختبار التشخيصي أو علاج الرعاية الصحية أو الخدمة في منشأة غير تلك التي أوصى بها الممارس الصحي.
- إذا اختار المريض إجراء الاختبار التشخيصي أو علاج الرعاية الصحية أو الخدمة في منشأة مختلفة عن تلك التي أوصى بها الممارس ، يكون المريض مسؤولاً عن تحديد مدى التغطية أو الحد من تغطية الاختبار التشخيصي أو الرعاية الصحية العلاج أو الخدمة في المنشأة التي يختارها المريض.
- لا يجوز للممارس الصحي رفض أو تقييد أو سحب الإحالة لمجرد أن المريض يختار إجراء الاختبار التشخيصي أو علاج الرعاية الصحية أو الخدمة في منشأة غير تلك التي أوصى بها الممارس الصحي.