

معلومات عامة وموافقة على العلاج/

مرحبًا بك وشكرًا لك على اهتمامك بـ University of Colorado School of Dental Medicine (CUSDM). إن كلية School of Dental Medicine يمكنها تقديم رعاية الأسنان إلى العديد من المرضى أثناء تقديم التعليم السريري لطلاب الأسنان والطلاب الدوليين والطلاب الخريجين والمقيمين.

معلومات عامة:

إن كلية School of Dental Medicine في جامعة University of Colorado تقبل المرضى من أجل العلاج بغض النظر عن العرق أو اللون أو الأصل أو وضع الحمل أو الجنس أو العمر أو الإعاقة أو العقيدة أو الدين أو التوجه الجنسي أو هوية النوع أو التعبير عن النوع أو الخبرة أو التوجه السياسي أو الفلسفة السياسية.

إعداد التدريس السريري: يقدم الطلاب أو المقيمين جميع أنواع العلاج، باستثناء العلاج المزود في Dental Faculty Practice (DFP). الرعاية المزودة من قبل الطلاب أو المقيمين تكون تحت إشراف فريق عمل التدريس السريري. بسبب الطبيعة المعقدة لبعض أنواع علاج الأسنان، لا يمكن علاج جميع المرضى في وضع التدريس. يلزم وقت أكثر للطلاب/المقيمين لإتمام الرعاية من وقت جلسة خاصة لرعاية الأسنان.

إتاحة المريض/المزود: يتم تحديد إتاحة الطلاب والمقيمين والكلية في العيادات التعليمية نتيجة لمتطلبات أكاديمية. ينبغي أن تكون هناك مرونة في جدول المرضى وعليهم الالتزام بالمواعيد. ينبغي إشعار الطالب/المقيم بتغيير موعد أو إلغاءه على الأقل قبل الموعد بـ 48 ساعة. يمكن إيقاف العلاج للمرضى الذين يفوتون أكثر من موعدين بدون إشعار مسبق، أو للمرضى الذين لا يلتزمون بجدول مواعيد فعال (إلغاء كثير من المواعيد أو التأخر على الموعد وما إلى ذلك).

هوية المريض: تتخذ CUSDM خطوات للمساعدة في تأمين خصوصية معلومات المريض الشخصية. تتم هذه العملية من خلال التأكد من هوية جميع المرضى أثناء زيارتهم إلى CUSDM. يُطالب جميع المرضى بتقديم صورة شخصية حديثة مثل رخصة قيادة صادرة عن Colorado أو بطاقة هوية صادرة عن Colorado، أو جواز سفر أو أي صورة هوية أخرى صادرة عن جهة حكومية في كل موعد. بالإضافة إلى ذلك، يتم تصوير جميع المرضى في الموعد الأول لتحديد هوية المرضى فيما بعد.

خدمات الترجمة الفورية: CUSDM لديها خدمات ترجمة فورية تتاح عند الطلب لجميع المرضى خلال فترة العلاج في كلية School of Dental Medicine. يشتمل ذلك على خدمات الترجمة الفورية عندما لا يتحدث المرضى أو يفهمون اللغة الإنجليزية وكذلك لضعاف السمع والبصر.

الرسوم والدفع مقابل الخدمات: يتم تزويد الخدمات مقابل الدفع الفوري. خطط الدفع غير متاحة، باستثناء علاج تقويم الأسنان المحدد. يُتوقع أن يقوم المرضى بالدفع مقابل الخدمات في نفس وقت الموعد؛ وعدم الالتزام بالدفع ينتج عنه إلغاء أو تأجيل الموعد (المواعيد). يتم قبول الدفع نقدًا و عبر الشيكات الشخصية و بطاقات Visa و MasterCard و Discover و American Express. يتم قبول مدفوعات التأمين الصحي و Medicaid؛ تظل تلك الرسوم غير المغطاة من قبل التأمين الصحي ومسئولية المريض ومستحقة الدفع وقت الخدمة.

خدمات الطوارئ: توفر CUSDM رعاية الطوارئ للمرضى المسجلين في وضع جيد في برامجنا. يمكن توفير رعاية الطوارئ للمرضى غير المسجلين حاليًا في البرامج الخاصة بنا مقابل رسوم في عيادة رعاية الطوارئ والرعاية العاجلة. ينبغي ملاحظة أن جميع الرسوم يجب دفعها في وقت العلاج المزود، ويتم اقتصار الخدمة على تشخيص (اكتشاف سبب) حالة المريض الطارئة؛ وإذا كان ذلك ملائمًا، على علاج السيطرة على الألم و أو العدوى.

علاج الرعاية المحدود: يتم قبول المرضى الذين تتم إحالتهم إلى علاج (علاجات) الأسنان من أجل الرعاية المذكورة المقدمة للسِّن/الأسنان في وثيقة الإحالة. وهذا هو العلاج الوحيد الذي توفره CUSDM وينبغي توفير مزيد من رعاية الأسنان من قبل طبيب الأسنان المسؤول عن الإحالة. يُطالب المرضى باتباع سياسات الدفع المذكورة. إذا كانت هناك حاجة إلى مزيد من رعاية الأسنان، يحتاج المريض إلى إحالة إضافية أو للدفع مقابل الفحص التشخيصي للفم.

إشعار ممارسات الخصوصية: يمكن لـ CUSDM الكشف عن المعلومات لكليات أخرى أو لموفري الرعاية الصحية، من أجل العلاج أو المدفوعات مقابل الخدمات ومن أجل عمليات الرعاية الصحية كما ذكر في "إشعار ممارسات الخصوصية".

الحق في إيقاف العلاج: CUSDM لديها الحق في إيقاف الرعاية لأي سبب مناسب، مثل تفويت الكثير من المواعيد أو لسلوك الشخص المزعج أو عدم الالتزام بالأدوية الموصوفة. في مثل هذه الحالات، يوافق المريض أو من يوب عنه على تحمل المسؤولية الكاملة للحصول على رعاية أسنان بديلة. يتم إرسال خطاب إلى المريض لإعلامه بإيقاف العلاج. جميع السجلات الخاصة بالعلاج والتشخيص هي ملكية خاصة بـ CUSDM. يمكن نسخ السجلات والأشعة السينية بناءً على طلب خطي مقابل رسوم معقولة. إذا تم إيقاف العلاج، تقوم CUSDM بتوفير رعاية الطوارئ، مقابل رسوم، لمدة 45 يومًا من إشعار إيقاف العلاج.

مخاطر علاج الأسنان: توفر الكلية في CUSDM الإجابة عن أي أسئلة تتعلق بمخاطر الإجراءات. جميع الإجراءات الخاصة بالأسنان تنطوي على مخاطر، بما في ذلك آثار جانبية محتملة من بعض الأدوية المستخدمة. تشتمل المخاطر، على سبيل المثال لا الحصر، على ما يلي: ردود فعل حساسية وجروح/سحجات وتورم/كدمات وحساسية الأسنان.

نموذج موافقة مستنيرة لعلاج الأسنان عموماً

- تشتمل هذه الموافقة من أجل العلاج، على سبيل المثال لا الحصر، على ما يلي:
- تخدير موضعي وأدوية
 - الصور الشعاعية والصور الفوتوغرافية
 - خلع الأسنان
 - تنظيف الأسنان بما في ذلك تجريد وتخطيط الجذور
 - تركيب التيجان
 - وصلات
 - ترميم الأسنان بالحشو
 - حفر الجذور
 - أسنان اصطناعية
 - زراعة الأسنان
 - جراحة الأسنان
 - غير ذلك

أفهم أنه يتم طلب الموافقات المستنيرة لأي من الإجراءات الواردة أعلاه أو كلها. أفهم ذلك لأن بسبب اختلاف طبيعة كل علاج والطبيعة المنفردة الخاصة بي، لا يمكن لأي شخص التنبؤ بنتيجة أو نجاح علاج ما للأسنان. أفهم أن علاج الأسنان ليس به ضمانات أو تأكيدات أو ضمان للنجاح. كل طبيعة انفرادية لا يمكن التنبؤ بها مما يجعل من المستحيل تحديد نتائج. وأفهم أيضًا أنه قد تكون النتائج غير مرضية تمامًا بالنسبة لي وقد تظل حالتي كما هي أو تتحسن أو تسوء.

لقد حصلت على فرصة للاستفسار عن أي سياسة خاصة بـ CUSDM. تمت الإجابة عن هذه الأسئلة بالشكل الذي يرضيني.

لقد تلتفتت لمسؤوليات وحقوق المرضى في CUSDM.

قمت بقول معلومات دقيقة عن المشكلات الطبية والعقلية والصحية الخاصة بالأسنان.

أوافق على التقاط صور وشرائح وشرائط فيديو ونماذج وعمليات مسح داخل الفم وأشعة سينية لهيكل الفم والوجه الخاص بي وتجميع الأسنان المخلوطة. أوافق كذلك على استخدام معلومات المريض غير محددة الهوية والصور والشرائح وشرائط الفيديو والنماذج وعمليات المسح داخل الفم والأشعة السينية الخاصة بهيكل الفم والوجه الخاص بي والأسنان المخلوطة لأغراض النشر والتدريس والبحث العلمي. أمتنع تصريحًا لـ CUSDM للاتصال بي في المستقبل للمشاركة في الدراسات البحثية.

أمتنع تصريحًا لـ CUSDM لإرسال نسخ من سجلات الأسنان الخاصة بي، بما في ذلك الصور الشعاعية، إلى طبيب الأسنان الذي تتم الإحالة له عندما يطلب ذلك.

أمتنع تصريحًا لـ CUSDM للاتصال بي عبر البريد الإلكتروني، والإشعارات النصية والهاتف للتذكير بتاريخ وموعد الزيارات الخاصة بي وأي معلومات أخرى خاصة بالزيارات عموماً. يحق لي إلغاء الاشتراك في تلقي الإشعارات.

معلومات عامة وموافقة على العلاج/

أفهم أنه عندما تتم كتابة وصفة لمادة معينة خاضعة للمراقبة، يتطلب قانون الولاية إدخال المعلومات الخاصة بهذه المادة بما في ذلك اسمي إلى قاعدة بيانات آمنة (Colorado's prescription drug monitoring program) عندما أقوم بالحصول على هذه الوصفة الطبية من الصيدلية. يمكن للأطباء المصرح لهم والذين يقومون بكتابة الوصفات الطبية وقوات تنفيذ القانون، في ظروف محدودة، الوصول إلى قاعدة البيانات من أجل الاستخدامات المسموح بها.

أفوض الكلية والأطباء المقيمين والطلاب في كلية School of Dental Medicine في جامعة University of Colorado لتزويد الرعاية الطارئة لي أو للقاصر المذكور في هذا النموذج.

أفهم جميع المعلومات أعلاه الخاصة بالمرضى في هذا المستند وأوافق على الالتزام بجميع الإجراءات والشروط المحددة. بموجب هذه الوثيقة أمنح تصريحاً للتشخيص و/أو العلاج في كلية School of Dental Medicine في جامعة University of Colorado لنفسني أو للقاصر المذكور في هذا المستند.
يتم الحصول على توقيع إلكتروني