



## Ridhaa ya Matibabu na Ridhaa ya Kutoa Maelezo ya Afya kwa Shughuli za Matibabu, Malipo na Huduma ya afya

### I. Ridhaa ya Matibabu

Ninatoa ridhaa yangu kwa matibabu yangu mwenyewe, au mgonjwa aliyetajwa (ambaye mimi ni mzazi au mlezi wake halali ambaye ana haki ya kutoa ridhaa ya matibabu ya mgonjwa aliyetajwa) kwa Vituo vya Afya vya Jamii vya Burlington, Inc. (CHCB). Matibabu yanaweza kujumuisha uchunguzi wa afya, uaguzi, matibabu, matibabu ya meno; huduma za jamii; na/au afya ya akili na uchunguzi unaohusiana na dawa za kulevya na pombe, tathmini, uaguzi na matibabu.

### II. Ridhaa ya Kutoa Maelezo ya Afya, pamoja na Rekodi za Afya/Matibabu kwa ajili ya Matibabu, Malipo na Shughuli za Huduma ya Afya

Ninatoa ridhaa kwa matumizi ya ndani ya CHCB na ufichuzi kwa watu au mashirika nje ya CHCB ya maelezo yangu (au ya mgonjwa aliyetajwa ambaye mimi ni mzazi au mlezi wake halali) ya matibabu, meno, dawa za kulevya na pombe, afya ya akili na matibabu yangu mengine na rekodi za afya (rekodi na maelezo kama hayo ya afya yanarejelewa katika Ridhaa hii kama “Maelezo yangu ya Afya”) na CHCB kwa malengo yafuatayo:

#### A. Matumizi ya Maelezo ya Afya na CHCB kwa Matibabu na kwa Shughuli za Huduma ya Afya:

- Kutoa matibabu kwa wafanyakazi wa CHCB:
- Kutekeleza shughuli za huduma ya afya za CHCB ikiwa ni pamoja na, kwa mfano, ukaguzi na mafunzo ya kifedha au kuhakikisha ubora.

#### B. Ufichuzi wa Maelezo ya Afya kwa Watu Nje ya CHCB kwa Malengo ya Matibabu na Malipo

- Kutoa Maelezo yote muhimu ya Afya kama ilivyobainishwa na CHCB, ikiwa ni pamoja na maelezo kuhusu matibabu ya matumizi mabaya dawa na pombe, kwa yeyote kati ya watoa huduma wafuatao wa afya ikiwa nitaelekezwa hapo kwa matibabu: University of Vermont Medical Center, Allergy & Asthma Associates, Champlain Valley Foot & Ankle, Associates in Orthopedic Surgery, Appletree Bay Physical Therapy, Four Seasons Dermatology, Evolution Physical Therapy & Yoga, Hand Surgery Associates, Green Mountain Physical Therapy, or the Rehab Gym.
- Kutoa Maelezo ya Afya kwa watoa huduma wengine wa afya mashirika ambayo hayajaorodeshwa hapo juu ambaye huenda wanahusika katika huduma yangu (isipokuwa kwa maelezo yanayohusiana na matibabu ya matumizi mabaya ya dawa au pombe ambapo ridhaa tofauti itahitajika);
- Kupata malipo ya bili za huduma ya afya, pamoja na kutuma Maelezo kama hayo ya Afya kama yanavyohitajika ili kupata malipo kwa huduma za CHCB kwa kampuni ya bima, kampuni ya kuwafidia wafanyakazi au shirika linalolipia huduma zangu za afya, kama ilivyotambuliwa katika fomu yangu ya Usajili ya CHCB au maelezo mengine mapya ya bima kwenye faili ya CHCB.

### III. Masuala Mengine

Ninaelewa kwamba nina haki ya kubatilisha Ridhaa hii wakati wowote, lakini kubatilisha Ridhaa hii hakutaathiri hatua zozote ambazo zilichukuliwa na CHCB kwa kutegemea Ridhaa hii kabla ya kuibatilisha. Ikiwa haikubatilishwa awali, ridhaa hiki itaisha baada ya tarehe, tukio, au hali inayofuata: \_\_\_\_\_.

Ikiwa hakuna iliyoashiriwa, ridhaa hii itaisha miaka mitatu baada ya tarehe ya mwisho ya mimi kupata huduma.

Ninaelewa kwamba ninaweza kuomba vikwazo kwa matumizi au ufichuzi wa Maelezo yangu ya Afya kwa malengo yaliyoelezewa katika Ridhaa hii na kwamba huenda CHCB isikubali vikwazo vilivyooombwa. Ninaelewa pia kwamba isipokuwa kwa vikwazo vya matumizi au ufichuzi wa Maelezo ya Afya ambavyo CHCB imekubali, CHCB haitaweza kunipa huduma (au mtu aliyetajwa) bila Ridhaa iliyotiwa saini.

Ninaelewa na kukubali kwamba ninawajibika kifedha kwa masalio yoyote yasiolipwa yaliyotokana na huduma yangu katika CHCB.

Ninaelewa kwamba, kwa ufahamu wangu wote, maelezo ya demografia niliyoyatoa ni ya kweli na sahihi.

Nimesoma Ridhaa ya Matibabu na Ridhaa ya Kutoa Maelezo ya Afya na ninaelewa na kutoa ridhaa ya maudhui yake.

Ninakubali kwamba nimepewa nakala ya hati ya Matarajio ya Malipo ya CHCB na ninaelewa na kukubali kufuata matarajio haya.

### Kukabidhi Faida

Ninaikabidhi CHCB malipo yoyote na yote ambayo ninastahiki chini ya Medicaid au sera yoyote ile ya bima ya afya kwa huduma ya afya, afya ya kitabia, au huduma za afya ya meno nilizopewa na CHCB ilimradi gharama hizo za huduma kwa CHCB zisidishe gharama za kawaida za CHCB. Ninaidhinisha CHCB kutoa bili na kupokea malipo moja kwa moja kutoka Medicaid au mtoa huduma wa bima yangu kwa huduma hizo ambazo CHCB ilitoa ambazo ninaweza kustahiki kupata bima. Ninaidhinisha pia CHCB kutoa maelezo yoyote yanayohitajika ya Medicaid au ya bima yangu ya afya kwa malengo ya bili kwa huduma zilizotolewa kwa muda wa vipindi hivyo nikipokea au ninapokuwa nikipokea huduma msingi ya afya, au huduma za afya ya kitabia, au afya ya meno.

Wagonjwa katika Vituo vya Afya vya Jamii vya Burlington wanatoa ridhaa ya kufichuliwa kwa maelezo kwa malengo ya matibabu, malipo, na shughuli za huduma ya afya. Wagonjwa wanaweza kutoa ridhaa ya kupokea au kufichuliwa kwa maelezo ya huduma ya afya kwa malengo mengine pia.

Wagonjwa wanaomba maelezo kuhusiana na ushauri/matibabu ya dawa za kulevya na pombe wanahitaji kukamilisha idhini tofauti. Hakuna maelezo ya dawa za kulevya na pombe yatakayotolewa bila kibali hiki.

Ninakiri kwamba nimepewa nakala ya Ilani ya Kanuni za Faragha na ninaelewa jinsi CHCB inaweza au kutoweza kutumia maelezo yangu yaliyolindwa ya afya kulingana na sheria ya faragha.

Ninaelewa kwamba Vituo vya Afya vya Jamii vya Burlington, Inc. vinaweza kutumia anwani yoyote ya barua pepe au nambari ya simu ya mkononi iliyotolewa kuwasiliana na mimi kwa makumbusho ya miadi au matangazo mengine. Anwani za barua pepe na nambari za simu ya mkononi hazitauzwa kwa wahusika wengine au kutumiwa kwa malengo ya matangazo.

INAHITAJIKA

Jina la Mgonjwa: \_\_\_\_\_ Tarehe ya Kuzaliwa \_\_\_\_\_

Saini ya Mteja: \_\_\_\_\_ Tarehe: \_\_\_\_\_

Mzazi/Mlezi: \_\_\_\_\_

Saini ya Mzazi/Mlezi: \_\_\_\_\_ Tarehe: \_\_\_\_\_