

مستشفى الملك فيصل التخصصي
ومركز الأبحاث
KING FAISAL SPECIALIST HOSPITAL
AND RESEARCH CENTRE

الرسالة:

مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث يقدم أعلى مستوى من الرعاية الصحية المتخصصة في بيئة تعليمية بحثية متكاملة.

عزيزي المريض:

لكي نتمكن من تقديم أفضل الخدمات وتقليص مدة الانتظار قدر الإمكان، نأمل منك تعبئة هذا النموذج حتى نتمكن من استكمال المعلومات في ملفك الطبي.

الاسم الأول:	اسم الأب:	اسم الجد:	اسم العائلة:
تاريخ الميلاد (يوم، شهر، سنة):	مكان الميلاد:	العمر:	اسم الأم:
الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	الحالة الاجتماعية: <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> مطلق	العنوان الوطني بالكامل:	
رقم الهوية/ جواز السفر/ الإقامة:	الجنسية:	المدينة:	
رقم هاتف المنزل:	الهاتف الجوال:	البريد الإلكتروني:	
عنوان العمل:	هاتف العمل: تحويلة:		
هل لديك ملف طبي في مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، ما هو رقم الملف الطبي :			

أقارب يمكن الاتصال بهم في حالة الطوارئ:

(١) الاسم:	صلة القرابة:	المدينة:	الهاتف الجوال:	هاتف المنزل:
(٢) الاسم:	صلة القرابة:	المدينة:	الهاتف الجوال:	هاتف المنزل:

الرجاء إحضار الهوية الوطنية أو جواز السفر أو الإقامة لتسهيل استكمال إجراءات التسجيل.

توقيع المريض/ولي الأمر:

مستشفى الملك فيصل التخصصي
ومركز الأبحاث
KING FAISAL SPECIALIST HOSPITAL
AND RESEARCH CENTRE

إقرار بالموافقة على علاج عام:

١. بهذا أفوض موظفي المستشفى بإعطائي العلاج الطبي وإجراء الفحوص/الاختبارات التشخيصية التي ينصحون بها عند الضرورة. قد تشمل هذه الفحوص/الاختبارات التشخيصية فحوصات القلب غير الباضعة أو إجراءات أشعة لا تحتوي على حقن مادة مياينة أو مادة مشعة. وأدرك أن موظفي المستشفى سيناقشون معي جميع المخاطر المحتملة والمنافع والبدائل المتاحة قبل إعطائي العلاج الطبي أو إجراء الفحوص/الاختبارات التشخيصية، بالإضافة إلى ضمان اتخاذ جميع الاحتياطات اللازمة لأجل تخفيف المخاطر الواقعة أو المحتملة.
٢. أدرك أن الطبيب المعالج هو الشخص المسؤول عن تقييم حالتي الطبية ويحق له إخراجي من المستشفى أو نقلني من جناح إلى جناح أو إحالتي إلى مؤسسات الرعاية الصحية الأخرى حسب حالتي الطبية.
٣. أدرك بأن الطبيب المعالج ملتزم ببذل كل جهد ممكن لتزويدي و/أو ولي أمري بالمعلومات الشاملة حول الفوائد والمخاطر المرتبطة بالعلاج أو الفحوصات كشرط لمنحي الموافقة على العلاج.
٤. أدرك أن الطبيب ملزم بشرح حالتي الصحية بلغة وطريقة أستوعبها، وتوفير مترجم إذا لزم الأمر. بالإضافة إلى ذلك، أحتفظ بحقي في سحب أي موافقة محددة قد منحتها سابقاً.
٥. أدرك أن طلبة الطب/المتدربين قد يساهمون في رعايتي تحت الاشراف الطبي الملائم.
٦. أدرك أن المستشفى وموظفيه مؤتمنون على خصوصيات المرضى وسرية المعلومات الطبية في كل الأوقات.
٧. أدرك أن التدخين محظور في جميع مرافق المستشفى باستثناء المناطق المخصصة لذلك.
٨. أدرك أن جميع المرضى الراغبين في تلقي الخدمات بالمستشفى يخضعون لتقييم أهلية العلاج والقبول الطبي بناء على أنظمة المستشفى.
٩. أوافق على أن يكون الموعد الأول أو مواعيد المتابعة اللاحقة عن طريق العيادة الافتراضية ولا يتعين علي الحضور شخصياً إلى المستشفى لهذه المواعيد، وذلك بناء على قرار الطبيب المعالج.
١٠. أوافق على أن يتواصل معي المستشفى عبر الرسائل النصية أو البريد الإلكتروني و/أو يطلب مشاركتي في بوابة خدمات المرضى أو المنصات الافتراضية.
١١. أدرك أن مسؤولية المرضى الأطفال تقع على الوالدين أو الأوصياء القانونيين، ويشمل ذلك تحمل تكاليف علاجهم في حال عدم توفر تغطية مالية من قبل شركة تأمين أو طرف ثالث قانوني.
١٢. أدرك بأن مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث مؤسسة غير هادفة للربح ذات طبيعة خاصة تقدم خدماتها بمقابل مالي.
١٣. أدرك أن ما يتم تقديمه من الخدمات الطبية على حساب الدولة هو للمواطنين ولفئة محددة من الأمراض والحالات المستعصية المقبولة، عدا ذلك يتم تقديم هذه الخدمات بمقابل مالي على حساب التأمين أو طرف ثالث أو على حسابي الشخصي.
١٤. أقر وأوافق على تحمل المسؤولية الكاملة لسداد رسوم وتكاليف الخدمات التي يقدمها المستشفى سواء من العيادات الخارجية أو الزيارات المنزلية أو التنويم أو العيادات الافتراضية، في حال عدم وجود تغطية كاملة من قبل شركة التأمين أو طرف ثالث معتمد. كما ألتزم بسداد كامل الرسوم مقدماً لهذه الفئة من الخدمات.
١٥. أوافق على تحمل المسؤولية الكاملة لسداد الرسوم عند استلام الفواتير والمطالبات المتعلقة بالتنويم والطوارئ في حال عدم سدادها مقدماً وعدم وجود تغطية كاملة من قبل شركة تأمين أو طرف ثالث معتمد.
١٦. أتعهد بأن لا تكون لي أي مطالبات معلقة مستحقة للمستشفى لمدة تزيد عن ستين (٦٠) يوماً وأدرك بأن للمستشفى الحق في اللجوء لجهات تحصيل خارجية أو اتخاذ التدابير القانونية للتحصيل في حال عدم سداد هذه الأرصدة بالكامل خلال المدة المحددة.
١٧. أدرك أن المستشفى يقبل إيداع النقود والأشياء الثمينة والمقتنيات الشخصية لديه إلا أنه لن يتحمل مسؤولية ضياع أو تلف أي أشياء ثمينة أو مقتنيات شخصية ما لم يتم إيداعها للحفظ لديه.
١٨. أدرك وأقر بأن لشركة التأمين صلاحية الاطلاع على المعلومات الطبية الخاصة بي ونسخها لأجل إجراءات الموافقة على العلاج وسداد تكاليف الخدمات المقدمة لي من قبل مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث حسب الأنظمة الصادرة من قبل الجهات المنظمة للتأمين الطبي في المملكة العربية السعودية.
١٩. أسمح بمشاركة معلومات الاتصال الخاصة بي مع طرف ثالث تابع للمستشفى لاستخدامها في تقييم مستوى رضا المرضى فقط، وذلك من خلال الإجابة على الاستبيان الذي سيتم إرساله عبر رسالة نصية أو اتصال هاتفي بعد زيارتي لغرض تطوير جودة الخدمات مع المحافظة على سرية جميع المعلومات.
٢٠. أسمح لمستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث بإرسال مواد صحية تثقيفية أو توعوية.
٢١. أدرك بأنه سيتم حفظ بياناتي بشكل دائم في سجل المستشفى وسيتم استخدامها وفقاً لأنظمة المستشفى والأنظمة المعمول بها في المملكة العربية السعودية. وقد يتم مشاركتها على المستوى الوطني والدولي بما يتوافق مع الأنظمة المحلية.
٢٢. أدرك بأنه قد يتواصل معي المستشفى مستقبلاً لتحديث معلوماتي في السجل الطبي.
٢٣. أدرك بأنه قد يتواصل معي المستشفى مستقبلاً بخصوص مقترحات بحثية. كما أدرك أن المشاركة في هذه المقترحات البحثية ستكون اختيارية، ولن تؤثر على خطة علاجي، وسيكون لدي الخيار بالموافقة أو الرفض.

توقيع المريض/ولي الأمر:

مستشفى الملك فيصل التخصصي
ومركز الأبحاث
KING FAISAL SPECIALIST HOSPITAL
AND RESEARCH CENTRE

MISSION:

King Faisal Specialist Hospital and Research Centre – KFSHRC, provides the highest level of specialized healthcare in an integrated educational and research setting.

Dear Patient:

To enable us to provide the best services and reduce the waiting time to the minimum extent possible, you are kindly requested to complete this form in order to help us finalize the necessary data in your medical record:

First Name:	Father's Name/Middle Name:	Grandfather's Name:	Family Name:
Date of Birth (dd mm yyyy):	Place of Birth:	Age:	Mother's Name:
Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Marital Status: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Divorced	Full National Address:	
National I.D./Passport No./Iqama No.:	Nationality:	City:	
Home telephone No.:	Mobile No.:	E-mail Address:	
Business Address:	Business Phone No.:	Extension:	
Do you have an existing medical record at King Faisal Specialist Hospital and Research Centre- KFSHRC: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, provide MRN:			

RELATIVES TO CONTACT IN CASE OF EMERGENCY:

(1) Name:	Relationship:	City:	Mobile No.:	Home No.:
(2) Name:	Relationship:	City:	Mobile No.:	Home No.:

To finalize registration procedures, the patient's National I.D. or Iqama / Passport should be presented.

Patient's/Guardian's Signature:.....

مستشفى الملك فيصل التخصصي
ومركز الأبحاث
**KING FAISAL SPECIALIST HOSPITAL
AND RESEARCH CENTRE**

Consent for General Treatment:

1. I hereby authorize KFSHRC personnel to administer medical treatment and perform diagnostic tests/imaging as may be necessary or advisable. These diagnostic tests/exams may include Non-Invasive Cardiology exams or Radiological imaging that do not involve the injection of contrast or Radiopharmaceuticals. I understand that KFSHRC personnel will discuss with me all potential risks, benefits, and available alternatives prior to administering medical treatment or performing diagnostic tests/exams, and will ensure all necessary precautions are taken to mitigate any potential or actual risks.
2. I understand that the treating physician is the person responsible for the assessment of my medical condition and he/she will have the right for my discharge or referral and transfer from ward to ward, or to any other health care facility, based on my medical condition.
3. I understand that the treating physician is committed to making every reasonable effort to provide me and/or my guardian with comprehensive information about the benefits and risks associated with the treatment or tests as a condition for granting consent to treatment.
4. I understand that the physician is required to explain my health condition in a language and manner that I understand and to provide a translator if necessary. Additionally, I retain the right to revoke any specific consent previously granted.
5. I understand that medical students/trainees, may be involved in my care under appropriate medical supervision.
6. I understand that the KFSHRC and its employees will respect the privacy of patients at all times and the confidentiality of their medical information shall be guarded carefully.
7. I understand that smoking is prohibited in all KFSHRC facilities except in designated areas.
8. I understand that all patients seeking services are subject to medical eligibility assessment and acceptance process based on the hospital regulations.
9. I agree that my first appointment or follow up appointments may be done through the virtual clinics and I will not need to come to KFSHRC in person for these appointments, based on the physician's decision.
10. I agree that KFSHRC may communicate with me via text messages or email and/or request my participation on the patient portal or virtual platforms.
11. I understand children patients are the responsibility of their parents or legal guardian. Hence services cost rendered to children patient are the responsibility of the parents or the legal guardian in the absence of Insurer or legal third party Payer.
12. I understand that KFSHRC as an independent sue-generis organization provides services with fees.
13. I understand that the medical services provided at the government's account are for citizens and for a specific category of accepted diseases and critical cases. Otherwise, these services are provided for a fee, covered by insurance, a third party, or at my own personal expense.
14. I acknowledge and accept full responsibility for paying the fees and costs for services provided by KFSHRC, whether from outpatient clinics, home visits, inpatient care, or virtual clinics, in the absence of full coverage by the insurance company or an approved third party. I also commit to paying all fees in advance for these types of services.
15. I accept full responsibility for paying the fees upon receiving invoices and claims related to inpatient and emergency services in the event of non-payment in advance and in the absence of full coverage from an insurance company or an authorized third party.
16. I pledge that I will not have any outstanding claims with KFSHRC pending for more than sixty (60) days and acknowledge that KFSHRC has the right to resort to external collection agencies or take legal action to recover these amounts if they remain unpaid within the specified period.
17. I understand that KFSHRC will accept for safekeeping money, valuables and personal property but they shall not be liable for loss or damage to any personal property or valuables, unless deposited with KFSHRC for safekeeping.
18. I understand and acknowledge that the insurance company has authorization to access and copy my medical information for processing authorization of treatment and payment of services charges provided to me by KFSHRC, in accordance with the Kingdom of Saudi Arabia healthcare insurance regulatory bodies.
19. I grant permission for my personal contact details to be shared with a third party business affiliates, solely for the purposes of assessing patient satisfaction by responding to the survey that shall be sent after my visit via an SMS or a phone call with the understanding that all information shall be kept confidential.
20. I grant permission for KFSHRC to send health education or awareness material.
21. I understand that my data will be permanently stored in the hospital's registry and will be used in accordance with hospital regulations and the regulations in force in the Kingdom of Saudi Arabia. It may be shared nationally and internationally in accordance with local regulations.
22. I understand that the hospital may contact me in the future to update my information in the registry.
23. I understand that the hospital may contact me in the future regarding research proposals. I understand that participation in these research proposal is voluntary, and will not impact my treatment plan, and I will have the option to accept or decline.

Patient's/Guardian's Signature:.....

مستشفى الملك فيصل التخصصي
ومركز الأبحاث
KING FAISAL SPECIALIST HOSPITAL
AND RESEARCH CENTRE

Patient's Identification Label

مستشفى الملك فيصل التخصصي
ومركز الأبحاث
KING FAISAL SPECIALIST HOSPITAL
AND RESEARCH CENTRE

إشعار بالعلم بممارسات الخصوصية
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGMENT

<p>TO THE PATIENT:</p> <p>Your Rights Regarding Processing of Your Personal Data:</p> <ol style="list-style-type: none"> You have the right to be informed why we're collecting your personal Data and what rules we're following. You have the right to access your personal Data that we have about you. You have the right to request your Personal Data that we have about you in a readable and clear format. You have the right to request correcting, completing, or updating your Personal Data held by us. You have the right to request a Destruction of your Personal Data held by us. in accordance with the applicable Laws of the Kingdom of Saudi Arabia You have the right to withdraw your consent for processing your Personal Data at any time. Withdrawal shall not affect the processing of Personal Data that is based on another legal basis. 	<p>إلى المريض:</p> <p>حقوقك فيما يتعلق بمعالجة بياناتك الشخصية:</p> <ol style="list-style-type: none"> لك الحق في معرفة سبب جمع بياناتك الشخصية وما هي القواعد التي نتبعها. لك الحق في الوصول إلى بياناتك الشخصية التي نحتفظ بها. لك الحق في طلب الحصول على بياناتك الشخصية التي نحتفظ بها بشكل مقروء وواضح. لك الحق في طلب تصحيح، إكمال، أو تحديث بياناتك الشخصية التي نحتفظ بها. لك الحق في طلب إتلاف بياناتك الشخصية التي نحتفظ به وفقا للأنظمة المعمول بها في المملكة العربية السعودية لك الحق في سحب موافقتك على معالجة بياناتك الشخصية في أي وقت. على أن لا يؤثر السحب على معالجة البيانات الشخصية بناءً على أساس قانوني آخر.
<p><input type="checkbox"/> Not to disclose or release and/or update my health information by anyone other than myself.</p> <p><input type="checkbox"/> I authorize to disclose and release my Health Information and/or personal information to the below mentioned individual(s) only:</p> <p><input type="checkbox"/> I authorize to disclose my Health Information and/or personal information to be updated by the below mentioned individual(s) only:</p>	<p><input type="checkbox"/> لا أرغب في الإفصاح أو تسليم معلوماتي الصحية و/أو تحديثها من قبل غيري.</p> <p><input type="checkbox"/> أسمح بالإفصاح و تسليم معلوماتي الصحية و/أو معلوماتي الشخصية للأشخاص التالية أسماءهم فقط:</p> <p><input type="checkbox"/> أسمح بالإفصاح عن معلوماتي الصحية و/أو معلوماتي الشخصية ل يتم تحديثها من قبل الأشخاص التالية أسماءهم فقط:</p>
<p>Your personal health information can be disclosed and used in the following situations WITHOUT your authorization:</p> <ol style="list-style-type: none"> For the purpose of treatment and continuity of health care in emergency situations where the patient is unable to give consent, and in cases where obtaining consent from the patient's guardian or representative is not possible. For payment purpose from third party payers such as insurance companies. For hospital operations to improve and develop the quality of healthcare services. For public health, KFSHRC may disclose to the appropriate authorities your health information to prevent or control an injury or disease from spreading. For official authorities, judicial authorities, General Medical Committees, Social Security, Comprehensive Rehabilitation Centres For pharmacy drug recalls. When you're personal health information is required by the law or is part of a prior agreement related to the patient, or when the requesting entity is a Public authority and the disclosure of patient information is necessary for security purposes or to comply with judicial orders, or for the benefit of the patient. When the use of data is necessary for the legitimate interests of KFSHRC, provided it does not infringe on the rights and interests of the patient. 	<p>يمكن الكشف عن معلوماتك الصحية الشخصية واستخدامها بدون أخذ موافقة مسبقة في الحالات التالية:</p> <ol style="list-style-type: none"> لغرض العلاج واستمرارية الرعاية الصحية في الحالات الطارئة التي يكون فيها المريض غير قادر على اعطاء الموافقة والحالات التي يتعذر فيها أخذ موافقة ولي أمر المريض أو من يمثلها. لغرض سداد مستحقات الرعاية الصحية من قبل طرف ثالث مثل شركات التأمين. لعمليات تحسين وتطوير جودة خدمات الرعاية الصحية في المستشفى. لصحة المجتمع، فقد يكشف مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث للجهات المعنية عن معلوماتك الصحية بغرض الوقاية أو السيطرة على إصابة أو مرض من التفشي. للجهات الرسمية العامة والحكومية والجهات القضائية واللجان الطبية العامة والضمان الاجتماعي ومراكز التأهيل الشامل. لحالات استرجاع الأدوية من قبل الصيدلية. عندما تكون معلوماتك الصحية الشخصية مطلوبة بموجب النظام أو تكون جزءاً من اتفاقية مسبقة تتعلق بالمريض، أو تكون الجهة الطالبة للمعلومات جهة عامة ويكون كشف المعلومات ضرورياً لأغراض أمنية أو للامتثال لأوامر قضائية أو بغرض تحقيق مصلحة / منفعة للمريض . عندما يكون كشف المعلومات للمصالح المشروعة لمستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث، بشرط ألا تنتهك حقوق ومصالح المريض
<p>Patient's/Guardian's Signature:.....</p>	<p>توقيع المريض/ولي الأمر:.....</p>

مستشفى الملك فيصل التخصصي
ومركز الأبحاث
KING FAISAL SPECIALIST HOSPITAL
AND RESEARCH CENTRE

PRINTED NAMES / SIGNATURES**الأسماء طباعة / التوقيعات****Name:**

الاسم:

- Patient**
 Guardian (if patient's condition or age reasonably precludes the ability to grant informed consent)

- المريض**
 ولي الأمر (إذا كانت حالة المريض أو عمره يمنعان توقيعه على إقرار الموافقة المستنيرة)

Relationship / (National I.D./Iqama/Hospital I.D. No.) - (Guardian)

صلة القرابة / (رقم الهوية/ الإقامة/ الرقم الوظيفي) - (ولي الأمر)

Name/Signature

الاسم/ التوقيع

Date / Time

التاريخ/ الوقت