

医疗保健同意书

- 治疗：**我，代表我自己（或下文指定的患者）以及我所分娩的婴儿（如适用），特此同意根据我的情况或疾病进行必要且适当的诊断程序和医学治疗（其中可能包括 HIV 检测），除非我明确通知我的治疗提供者我拒绝此类检测，以此选择不进行 HIV 检测。应由我的医生或其他适当的从业人员在治疗时确定，有必要或建议提供某些诊断程序和医学治疗，并应在医院或通过远程医疗服务由属于医院医务人员的医生、护士和其他医疗保健提供者提供。我了解，接受培训的医疗保健提供者可以在适当人员的监督下参与我的治疗。
- 护理协调：**我了解，Advocate Health Care 是一个临床综合医疗系统，由多个医院、医疗团体和其他医疗保健提供者实体组成，共同努力提供高质量的患者护理，以确保患者护理得到高效协调。我了解，Advocate 将以电子病历格式存储我的患者健康信息，并且整个 Advocate Health Care 系统中我的跨学科护理团队成员都可以查看我的病历，包括但不限于我的诊断、治疗计划、处方信息、预约时间表、实验室检测以及其他诊断结果（包括 HIV 相关信息、遗传信息和行为健康记录）。跨学科护理团队由 Advocate Health Care、其附属公司和 Advocate Medical Group 等的员工、承包商、代理人 and 医务人员组成，他们共同负责入院、治疗、规划、协调护理、出院或政府强制性公共卫生报告事宜。
- 摄影：**我了解，我的提供者可能需要采集照片、视频和/或音频记录来记录医疗状况，帮助诊断和/或治疗病情，以及/或者帮助计划手术细节。我了解，我的提供者或医院将保留这些照片、视频和/或音频记录的所有权。我也了解，这些图像可用于教育目的，但前提是不透露患者身份标识符。
- 居家健康选择：**我了解，我有选择居家护理提供者来为我提供可能需要的护理的自由和权利。我知道，为了提高护理的连续性和质量，医院通常会使用 Advocate at Home，除非我选择其他提供者或我的保险公司指示选择其他提供者。我在入院/登记时便收到了居家护理提供者名单。出院计划员可应要求再提供一份清单副本。如果我想选择其他提供者，也可以得偿所愿。
- 外部处方：**我授权相关人员访问我的外部处方历史记录，以方便为我提供护理。仅当我的处方是通过参与药房配药时，此信息才可用。因此，我有责任提供准确的用药史。
- 语言选择：**我接收健康信息的首选语言是 (Simplified Chinese)。我已获得有关笔译和口译服务的信息。我了解，这些服务是免费提供的，并且我可以在入院期间随时请求提供这些服务。
- 发布医疗信息用于付款：**我特此同意向负责支付患者费用的第三方支付人（包括但不限于保险公司、健康福利计划、参与批准福利索赔的雇主、政府机构，或代表上述任何一个付款人的中介机构）发布我的病历中包含的所有相关信息（包括 HIV 相关信息、遗传信息和行为健康记录）。
- 福利转让：**对价医院提供的服务，我特此转让并授权直接向医院和主治医生支付任何保险、健康计划或第三方支付人福利，而此类福利原本是要支付给我或代表我支付的，用于结算本次住院、急诊室护理或门诊服务的费用。
- Medicare 付款和福利转让（如适用）：**我请求代表我支付授权的 Medicare 福利，用于结算医院向我提供的医院和医生服务费用，并且我将此类福利转让给提供相同服务的医院和医生。我证明，我在申请此类福利时提供的信息是正确的，并且我已经完成了 Medicare 调查问卷。我授权我的医疗或其他信息持有者向 Medicare 和 Medicaid 服务中心 (Center for Medicare and Medicaid Services) 及其代理人发布支付此类福利所需的任何信息。我授权社会安全管理局 (Social Security Administration) 向为我提供服务的医院和医生发布有关我有权享受福利的信息。
- 个人物品：**我对所有个人财产承担全部责任，包括但不限于眼镜、助听器、假牙、珠宝、货币和所有其他贵重物品。我了解，我可以要求将贵重物品存放在医院的保险箱中，并特此免除医院对于未存放的贵重物品和个人财产的责任和义务。



11. **财务援助:** 对价将在医院中提供的服务, 患者或患者的法定代表人同意按照既定费率向医院支付患者获得的所有服务、设施和用品的费用, 包括任何免赔额、自付额、共付额或者第三方付款人不承担的费用。我了解, 医院账单不包括医生服务, 患者将单独收到医生为其提供的服务所开具的账单。我知道, 一些医生可能不参与负责支付我的护理费用的健康计划或付款计划, 因此, 我可能需要支付额外的费用。患者承担因催收这些费用而产生的任何费用, 包括律师费。我了解, 如果我不同意发布病历或之后撤销了此类同意, 则患者应承担支付所有诊断和治疗费用的全部责任。我证明, 据我所知, 我提供的用于支付本次医院治疗费用的信息是完整且准确的。我了解, 如果患者难以履行向医院付款的责任, 医院提供财务咨询服务, 可应要求为患者提供有关财务援助的信息, 包括合理的付款计划和财务援助。我了解, 有关承保范围或福利水平的疑问, 应直接询问患者的医疗保健计划以及查看患者的承保证明。此外, 我还获得了一份财务援助简明语言摘要, 其中说明了财务援助政策和申请。
12. **独立医生/提供者服务:** 我承认并完全理解, 只有被明确认定为 Advocate 员工的医生/提供者才是 Advocate Health Care 的员工或代理人。非雇佣医生/提供者是独立的提供者, 他们获准使用医院设施提供医疗护理和治疗。非雇佣医生包括但不限于从事急诊、创伤、心脏科、产科、外科、放射科、麻醉科、病理科和其他专科的医生。这些独立医生/提供者运用自己的医学判断为我提供治疗或以其他方式为我提供专业服务。我了解, 如果我对医生的雇佣状况有任何疑问, 则应该直接询问。我决定在医院接受医疗护理, 并不是因为我基于任何理解、陈述、广告、媒体宣传、推论、推定或依赖, 而认为向我提供护理和治疗的医生是医院或 Advocate Health Care 的雇员或代理人。

在下方签名, 即代表我确认, 我承认并了解医院使用独立承包商或执业者来提供上述各种服务。我进一步承认, 我已阅读本同意书, 包括与独立医生服务相关的具体语言版本, 并有机会提出问题, 且所有问题均已得到满意的答复。

日期 (Date)	时间 (Time)	患者签名 (Signature of Patient)	
日期 (Date)	时间 (Time)	法定授权代理人签名 (Signature of Legally Authorized Agent(s))	与患者的关系 (Relationship to patient)

Interpreter Assistance: If an interpreter assisted, please complete the following: Language: _____

Date: _____ Time: _____ Interpreter Name: _____ ID #: _____

仅供 Advocate 人员使用 (For Advocate Personnel Use Only)

Brochures Offered:

Notice of Privacy Practices:	<input type="checkbox"/> Accepted	<input type="checkbox"/> Declined	Patient Rights	<input type="checkbox"/> Accepted	<input type="checkbox"/> Declined
Payment Policy	<input type="checkbox"/> Accepted	<input type="checkbox"/> Declined	No Surprise Billing Disclosure	<input type="checkbox"/> Accepted	<input type="checkbox"/> Declined

Date	Time	Signature of Teammate
------	------	-----------------------

