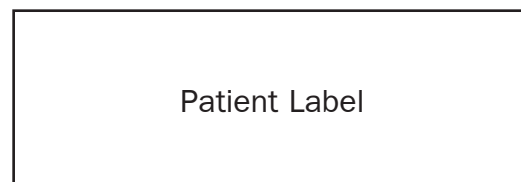


医疗保健同意书

1. 接受治疗：我，代表我本人（或下面指名的患者）、我生产的任何婴儿（如适用），在此同意接受对于我的身体状况或疾病进行必要且合适的诊断程序和治疗，其中可能包括艾滋病毒检测，除非我通过告知对我进行治疗的医疗提供者我拒绝此类测试来具体选择不接受艾滋病毒检测。将提供的诊断程序和医疗应当由我的医生或其他适当的医务从业人员在进行治疗时根据必要性和适宜性而确定，并应由任职于医院的医师、医务人员、护士和其他医疗保健提供者在医院内进行。我明白，接受培训的医疗保健人员可以在适当人员的监督下参与我的治疗。
2. 护理协调事宜：我明白，Advocate Health Care 是一个由多家医院、医疗团体和其他医疗保健提供者实体组成的临床综合医疗系统，它们之间协同合作以提供高质量的患者保健服务，并确保在患者护理上进行有效率的协调。我明白，Advocate 会将我的患者健康信息存储在电子医疗记录（Electronic Medical Record）格式的档案中，并且整个 Advocate Health Care 系统中的跨领域医疗保健团队成员都可以查看我的医疗记录，包括但不限于我的诊断、治疗方案、处方信息、预约时间表和实验室检验以及其他诊断结果（包括艾滋病相关信息、遗传信息和行为健康记录）。跨领域医疗保健团队由员工、合同聘用人员、代理人及 Advocate Health Care、其分支机构和 Advocate Medical Group 等机构的医务人员组成，他们在入院、治疗、规划、协调性护理、出院或政府强制性公共卫生报告等方面协同工作。
3. 摄影：我明白，我的医疗提供者可能需要拍摄我的照片、录像及/或对我录音以记录身体状况，这将会为诊断和/或治疗病症提供帮助，及/或帮助规划手术细节。我明白，我的医疗提供者或医院将保留这些照片、视频及/或录音的所有权。我明白，这些图像将以保护我的隐私的方式进行存储，并且将在特定医疗提供者或医院的政策所规定的时间内予以保留。我明白，监控摄像机可能位于医院所在地，并且为了患者、医务人员和探访者的安全安放在医院内。我明白，摄像机的录像可能是一直进行的。
4. 家庭医疗保健的选择：我明白，我可以自行挑选并有权选择我的家庭保健提供者以提供我所需要的保健服务。我知道，为了提高连续性和医疗保健服务的质量，医院通常选用 Advocate at Home，除非我选择或者由我的保险公司指定一个不同的提供者。家庭保健服务提供者的名单会在我入院/登记时为我提供一份家庭保健服务提供者的名单。出院规划人员可应我的要求再提供一份名单。如果我更喜欢另外的提供者，我的偏好将得到尊重。
5. 外部处方：我授权对我的外部处方史进行访问，以便于对我的护理。这些信息只有当我的处方通过参与的药房配药的情况下才可提供。因此，提供准确的用药史始终是我本人的责任。
6. 语言选择：我接收医疗保健信息的首选语言是（中文）。有关翻译和口译服务的信息已提供给我。我明白，这些服务是免费提供的，我可以在我入院期间随时请求获得这些服务。
7. 对分享记账和保险信息的有限授权：通过在这个空格内以名字首字母签字，我指示医院向处理我的医疗保健服务付款的下列指定人员披露有关保险理赔状态和未结余额的信息。我明白，此授权仅限于此医疗保健同意书所涵盖的治疗活动的记账状态和保险状态。对于任何未来的治疗事件，我必须将有关人员重新指定为可得到分享信息的人士。该指定可通过向医疗保健信息管理/医疗记录部门发送书面通知的形式随时撤销（对先前的披露没有影响）。



8. 披露医疗信息以便于付款：我在此同意，将我的医疗记录中包含的任何和所有相关信息（包括艾滋病相关信息、遗传信息和行为健康记录）披露给负责支付患者费用的第三方支付机构，包括但不限于保险公司、健康福利计划、需核准保险福利要求的雇主、政府机构或代表上述任何一方的中介机构。
9. 保险福利转让：有鉴于在医院所提供的服务，我特此将为了此次住院、急诊室护理或门诊服务支付给我或代表我支付的任何保险、健康计划或以其他方式支付的第三方支付机构保险福利转让并授权直接支付给医院和主治医生。
10. MEDICARE 付款和保险福利转让（如适用）：我要求，已授权的 Medicare 保险福利付款以我的名义为向我提供的医院和医生服务进行支付，并且，我在此向提供上述服务的医院和医生转让此类保险福利。我证明，我在申请此类保险福利时所提供的信息正确无误，并且我已经填写了一份 Medicare 调查问卷。我授权任何持有我的医疗或其他信息者向 Medicare 和 Medicaid Services 及其代理人披露支付此类保险福利所需的任何信息。我授权社会保障局（Social Security Administration）披露关于我有权享受医院和医生为我提供服务的保险福利的信息。
11. 个人物品：我承担与属于个人财产的所有物品（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）有关的全部责任。我明白，贵重物品可能会根据我的要求保存在医院的保险柜内，并在此解除医院对于这些贵重物品及未予以存放的个人财产的责任和义务。
12. 财务援助：有鉴于医院要提供的服务，作为患者或患者的法定代理人，患者同意按照既定的价位向医院支付对患者提供的所有服务、设施及用品的费用，包括自付额、共同付款或第三方支付机构未涵盖的费用。**我明白，医院账单不包括医生服务费，同时患者将收到不同医生分别发出的服务账单。**一些在医院工作的医生可能没有参加与医院相同的医疗保健计划，因而我明白，患者可能需要就此类医生（网络外的提供者）账单承担支付更高比例费用的责任。患者同意承担支付因催缴某些费用而产生的任何花费（包括律师费）。我明白，如果我不同意披露医疗记录或稍后撤销此类同意，作为患者我须承担支付所有我已接受的诊断和治疗收费的全部责任。我保证，据我所知，我所提供的用于支付在本医院治疗费用的信息完整且准确无误。我明白，作为医院财务咨询服务的一部分，如果患者难以履行其对医院的付款责任，那么关于财务援助的信息将会根据要求提供，包括合理的付款计划和可供选用的财务援助的信息。我了解有关保险或福利水平的问题应查询患者的医疗保健计划和患者的保险凭证。此外，以通俗语言编制的财务援助摘要副本已提供给我，其中说明了财务援助政策和申请详情。
13. 独立的医生/提供者服务：我承认并完全明白，**只有那些被清楚地指明是 Advocate 雇员的医生或者提供者才是 Advocate Health Care 的雇员或代理人。非雇员的医生/提供者是独立提供者，他们被允许使用医院设施以提供医疗护理和治疗。**非雇员的医生包括但不限于，从事急救医疗、外伤、心脏病学、产科、外科、放射科、麻醉科、病理学和其他专科的医生。这些独立的医生/提供者在对进行治疗或以其他方式为我提供专业服务时行使其自己的医学判断力。我明白，我可以随时问医生询问有关其雇佣状况的任何问题。我决定在医院寻求医疗服务的决定**不是基于任何谅解、表述、广告、媒体活动、推断、推测或仰赖于为我提供护理和治疗的医生是否为医院或 Advocate Health Care 的雇员或代理人。**



通过下面签署，我确认，我承认并明白，医院使用独立合同聘用人员或医务人员提供上述各种服务。我进一步承认，我已经阅读了这份同意书，包括与独立医生服务有关的特定语言，并有机会发问，同时所有疑问都得到了令人满意的解答。

我已阅读并理解上述治疗条款，并确认我本人是患者或有权代表患者签字。

日期：_____ 时间：_____ 患者姓名：_____

日期：_____ 时间：_____ 患者签名：_____

(或者圈选：
患者/法定监护人/个人代表)

日期：_____ 时间：_____ 证人签名：_____

口译员证明：

我证明我已经以_____ (语言) 向此处签署者翻译了前述内容：

日期：_____ 时间：_____ 口译员：_____

姓名/身份证明

For Advocate Personnel Use Only

Brochures Offered:

Notice of Privacy Practices: Accepted Declined

Patient Rights Accepted Declined

Payment Policy: Accepted Declined

Date: _____ Time: _____ Signature: _____



Advocate Health Care

**HEALTH CARE CONSENT -
SIMPLIFIED CHINESE**



Patient Label