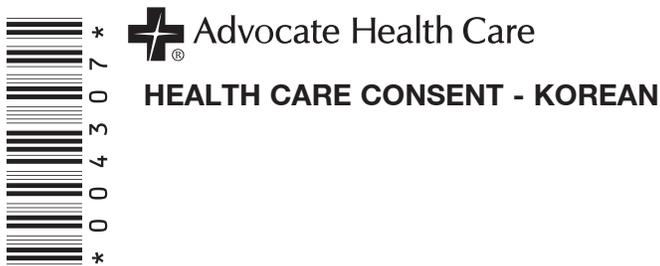


## 의료 동의서

1. 치료: 본인은, 본인 자신 (또는 아래에 명시된 환자) 그리고 해당되는 경우, 본인이 출산을 도운 모든 유아를 위해 본인의 상태 또는 질병에 대한 필요하고 적절한 진단 절차 및 의학적 치료에 동의하며, 본인이 그러한 검사를 거부한다는 것을 본인의 치료 제공자에게 알림으로써 특별히 HIV 검사를 받지 않기로 하지 않는 한 HIV 검사가 포함될 수 있다는 데에 동의합니다. 제공될 진단 절차 및 의학적 치료는 본인의 주치의(들) 또는 다른 적합한 의사들이 치료 당시 권장하거나 필요에 따라 결정할 것이며, 병원 의료진, 간호사 및 기타 의료 서비스 제공자의 간부 의사에 의해 병원에서 제공될 것입니다. 본인은 적합한 의료진의 감독 하에 훈련 중인 의료인이 본인의 치료에 참여할 수도 있음을 인지합니다.
2. 협진: 본인은 Advocate Health Care가 높은 수준의 환자 치료를 제공하고 환자 치료의 효율적인 조율을 보장하기 위해 모두가 협업하는 여러 병원, 의료 그룹 및 기타 의료인으로 구성되어 있는 임상적으로 통합된 의료 체계라는 것을 알고 있습니다. 본인은 Advocate가 본인의 환자의 건강 정보를 전자 의료 기록 형식으로 저장하고 Advocate Health Care system 전체에서 본인의 학제 간 치료팀의 구성원인 개인이 본인의 진단, 치료 계획, 처방 정보, 예약 일정과 실험실 및 기타 진단 결과 (HIV 관련 정보, 유전 정보 및 행동 건강 기록 포함)외에도, 본인의 의료 기록을 열람하게 될 것을 알고 있습니다. 학제 치료팀은 입원, 치료, 계획, 의료 서비스 조율, 퇴원 또는 정부가 요구하는 공중 보건 보고 목적을 위해 협업하는 Advocate Health Care의 직원, 계약자, 에이전트 및 의료진 구성원, 그 계열사 및 Advocate Medical Group 등으로 구성되어 있습니다.
3. 사진: 본인은 의료 서비스 제공자가 의료 상태를 문서화하고, 상태 진단 및/또는 치료를 돕고, 그리고/또는 세부적인 수술 계획을 돕기 위해 사진을 촬영하고, 동영상 및/또는 오디오를 녹화/녹음해야 할 수도 있음을 알고 있습니다. 본인은 의료 서비스 제공자 또는 병원이 이러한 사진, 동영상 및/또는 오디오 녹음에 대한 소유권을 보유함을 알고 있습니다. 본인은 이러한 이미지들이 본인의 프라이버시를 보호하는 방식으로 저장되며 특정 의료 서비스 제공자 또는 병원의 정책에 명시된 시간 동안 보관되는 것을 알고 있습니다. 본인은 병원 건물에 감시 카메라가 있을 수도 있으며 환자, 직원 및 방문객의 안전을 위해 현장에 설치될 수도 있음을 알고 있습니다. 본인은 항상 녹화가 진행 중일 수 있음을 알고 있습니다.
4. 재택 간호 선택: 본인은 본인에게 필요한 간호를 위해 재택 간호 서비스 제공자를 선택할 권리와 자유가 있음을 알고 있습니다. 본인은 간호의 연속성과 질을 향상시키기 위해, 본인이 다른 제공자를 선택하거나 본인의 보험 회사가 지시하지 않는 한 병원은 일반적으로 Advocate at Home을 이용할 것임을 알고 있습니다. 재택 간호 서비스 제공자 목록은 입원/등록 시에 제공됩니다. 요청 시, 퇴원 계획자가 다른 목록 사본을 제공할 수 있습니다. 본인이 다른 제공자를 선호하는 경우, 본인의 의견이 존중됩니다.
5. 외부 처방: 본인은 본인의 치료를 돕기 위한 목적으로 본인의 외부 처방 기록에 접근하는 것을 승인합니다. 본인의 처방전이 관련 약국을 통해 작성된 경우에만 정보를 이용할 수 있습니다. 그러므로, 본인은 정확한 약물 치료 기록을 제공할 책임이 있습니다.



6. 언어 선택: 건강 정보를 받을 때 본인이 선호하는 언어는 (한국어)입니다. 본인은 번역 및 통역 서비스에 관한 정보를 제공받았습니다. 본인은 이러한 서비스가 무료로 제공되며 입원 중 언제든지 이러한 서비스를 요청할 수 있음을 알고 있습니다.
7. 청구 및 보험 정보를 공유할 수 있는 제한적 승인: 빈 칸에 머리글자로 서명함으로써, 본인은 본인의 치료비 지불과 관계된, 아래에 지정된 사람에게 보험 청구 및 미결제 잔액 상태에 관한 정보를 공개할 것을 병원에 명령합니다. 해당 승인은 본 의료 서비스 동의서에 포함된 치료건에 대한 청구 상태 및 보험 상태에만 국한됩니다. 향후 치료건에 대해서는, 본인이 그 또는 그녀와 정보를 공유하도록 해당 개인을 재지정해야 합니다. 해당 지정은 건강 정보 관리/의료 기록부에 서면으로 통지함으로써 언제든지 철회될 수 있습니다 (이전 공개에는 영향 없음).

**머리글자:** \_\_\_\_\_ **피지정자:** \_\_\_\_\_ **관계:** \_\_\_\_\_

8. 결제를 위한 의료 정보 공개: 본인은 HIV 관련 정보, 유전 정보, 행동 건강 기록 등 본인의 의료 기록에 포함된 모든 관련 정보를 보험 회사, 의료 혜택 계획, 혜택 청구 승인에 관여하는 고용인, 정부 기관 또는 이들을 대신하는 중재자들뿐만 아니라 환자부담금 지불에 책임이 있는 제 3자 지급인에게 공개하는 것에 동의합니다.
9. 급부금 지급: 병원에서 제공되는 서비스를 고려하여, 본인은 이 입원, 응급실 처치 또는 외래 환자 서비스에 대해 모든 보험, 의료 보험 또는 제 3자 지급인 급부금을 병원 및 치료 의사에게 직접 지급하고 그렇지 않은 경우 본인에게 또는 본인의 대리인에게 지불하도록 지정하고 승인합니다.
10. 메디케어 지불 및 급부금 지급 (해당되는 경우): 본인은 병원에서 본인에게 제공한 병원 및 의사 서비스에 대해 승인된 메디케어 급부금을 본인을 대신하여 지급해줄 것을 요청하며 병원 및 의사에게 그 급부금을 양도합니다. 그러한 급부금을 신청할 때 본인이 제공한 정보는 정확하며 본인이 메디케어 설문지를 작성했음을 보증합니다. 본인은 본인에 관한 의료 또는 기타 정보 보유자에게 메디케어 및 메디케어 서비스, 그리고 그 대리인에게 그 급부금의 지급에 필요한 모든 정보를 공개할 수 있는 권한을 부여합니다. 본인은 사회 보장국에서 본인에게 서비스를 제공한 병원 및 의사에게 본인의 수급권에 대한 정보를 공개할 수 있는 권한을 부여합니다.
11. 개인 소지품: 본인은 안경, 보청기, 의치, 보석, 화폐 및 기타 모든 귀중품뿐만 아니라 모든 품목의 개인 재산에 대해서도 전적으로 책임을 집니다. 본인은 본인의 요청에 따라 귀중품을 병원 금고에 보관할 수 있으며 맡기지 않은 귀중품 및 개인 재산 품목에 대해서는 병원이 책임 및 법적 책임을 지지 않는다는 것을 알고 있습니다.

12. 재정 지원: 환자 또는 환자의 법적 대리인으로서, 병원에서 제공될 서비스에 대한 보답으로, 환자는 본인 부담금, 공동 지불 또는 제 3자 지급인이 부담하지 않는 비용을 포함해, 확정된 요금으로 환자에게 제공된 모든 서비스, 시설 및 용품에 대한 비용을 병원에 지불하는 데 동의합니다. **본인은 병원 청구서에 의사 서비스가 포함되어 있지 않으며 환자는 의사로부터 의사 서비스에 대한 별도의 의사 청구서를 받게 된다는 것을 알고 있습니다.** 의료진의 일부 의사는 병원과 동일한 의료 보험에 참여하지 않을 수 있으며, 네트워크 외부 서비스 제공업체임으로 인해 환자가 더 높은 비율의 의사 청구서를 지불해야 할 수도 있음을 본인은 인지하고 있습니다. 환자는 이러한 일련의 비용에서 발생하는 변호사 수임료를 포함한 모든 비용에 대해 책임을 집니다. 본인은 기록 공개에 동의하지 않거나 나중에 그러한 동의를 철회하는 경우, 환자가 받은 진단 및 치료에 대한 모든 비용을 지불할 전적인 책임이 있음을 알고 있습니다. 본인은 이 병원 치료비의 지불을 목적으로 본인이 제공한 정보가 본인이 알고 있는 한 완전하고 정확하다는 것을 보증합니다. 본인은 환자가 병원에 그/그녀의 지불 책임을 다하기에 어려움이 있는 경우, 요청 시 병원의 재정 상담 서비스의 일환으로 적절한 지불 계획 및 재정 지원을 포함한 재정적 지원 정보를 이용할 수 있음을 알고 있습니다. 본인은 건강 보험 또는 혜택 수준에 관한 질문들은 환자의 건강관리 계획 및 환자의 보험 혜택 범위와 관련이 있어야 함을 이해합니다. 또한, 본인은 재정 지원 정책 및 신청을 설명하는 재정 지원 일반 언어 안내서 사본을 제공받았습니다.

13. 독립된 의사/공급자 서비스: 본인은 ADVOCATE 직원으로 명확히 식별되는 의사/공급자들만 ADVOCATE HEALTH CARE의 직원 또는 대리인임을 알고 있으며 이를 충분히 이해하고 있습니다. **비고용 의사/공급자는 의학적 치료 및 처치를 제공하기 위해 병원 시설의 이용이 허락된 독립 공급자입니다.** 비고용 의사는 응급 의학, 외상, 심장학, 산부인과, 외과, 마취, 방사선과, 병리학 및 기타 전문 분야에서 활동 중인 의사들을 포함하나 이에 국한되지는 않습니다. 이러한 독립 의사/공급자는 본인을 치료하거나 그렇지 않으면 나에게 전문 서비스를 제공하는데 있어 자신의 의학적 판단을 수행합니다. 본인은 본인의 담당 의사에게 그 또는 그녀의 고용 상태에 관해 본인이 갖고 있는 의문 사항에 대해 질문해야 한다는 것을 알고 있습니다. 병원에서 진료를 받기로 한 본인의 결정은 **본인에게 치료 및 처치를 제공하는 의사가 병원 또는 ADVOCATE HEALTH CARE의 직원 또는 대리인이라는 이해, 설명, 광고, 미디어 캠페인, 추정, 가정 또는 믿음에 기초하지 않습니다.**

Patient Label

아래의 본인의 서명으로, 본인은 병원이 위에서 언급한 다양한 서비스를 제공하기 위해 독립된 계약자 또는 실무자를 이용한다는 것을 알고 이해하고 있음을 확인합니다. 본인은 독립된 의사 서비스와 관련된 특정 언어를 포함하여, 본 동의서를 읽었으며, 질문을 할 수 있는 기회를 가졌고, 모든 질문에 만족스러운 답변을 받았음을 인정합니다.

본인은 위의 치료 약관을 읽고 이해했으며 본인이 환자이거나 환자를 대신하여 서명할 권한이 있음을 확인합니다.

날짜: \_\_\_\_\_ 시간: \_\_\_\_\_ 환자 이름: \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_\_ 시간: \_\_\_\_\_ 환자 서명: \_\_\_\_\_  
(또는 동그라미로 선택:  
 부모/법적 보호자/개인 대표)

날짜: \_\_\_\_\_ 시간: \_\_\_\_\_ 증인 서명: \_\_\_\_\_

**통역 증명:**  
 본인은 위의 내용을 \_\_\_\_\_ 언어로 서명자에게 통역했음을 증명합니다.

날짜: \_\_\_\_\_ 시간: \_\_\_\_\_ 통역자: \_\_\_\_\_  
 이름/식별

**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 - KOREAN

