



同意治疗、付款和隐私惯例通知
(用于非医院门诊服务)

治疗:

本人(或以下患者)特此同意并授权进行医学治疗,其中可能包括 Advocate Aurora Health 的医生或其他适当的提供者建议本人进行的并认为在医学上必要的检查、治疗和诊断程序。本人明白,接受培训的医护人员可以在适当人员的监督下参与本人的治疗。

信息发布:

本人特此授权 Advocate Aurora Health 发布任何被认为处理保险索赔所需的医疗信息(包括与药物滥用、酒精滥用或精神疾病治疗相关的信息)。

付款授权:

本人进一步授权将任何健康保险福利直接支付给 Advocate Aurora Health,以便为本人或本人家属提供服务。此授权适用于提供服务时任何有效的保险福利。

付款:

本人在此同意根据 Advocate Aurora Health 支付和信用政策全额支付本人账户中的任何余额,其中可能包括合理的律师费。到期余额包括本人的保险公司规定的共付额、免赔额和“通常和惯常”津贴。Advocate Aurora Health 保留更改费用和政策权利,恕不另行通知。

独立供应商服务:

本人知悉并完全理解,只有被明确认定为 Advocate Aurora Health 员工的医生/提供者才是 Advocate Aurora Health 的代理。非从业医生/提供者是被允许使用 Advocate Aurora 设施提供医疗护理和治疗的独立提供者。这些独立的医生/提供者在为本人治疗时或以其他方式向本人提供专业服务时行使自己的医学判断。本人明白,本人应该问本人医生关于他/她的雇佣状况的任何问题。本人寻求医疗护理的决定并非基于 Advocate Aurora Health 的雇员或代理(即护理本人的医生/提供者)的任何协议、陈述、广告、媒体宣传、推论、推定或信赖。

隐私惯例通知:

本人确认 Advocate Aurora Health 已向本人提供了其隐私惯例通知的副本。本人了解该通知描述了 Advocate Aurora 在使用和/或披露患者健康信息方面的隐私惯例。

通过本人在下面的签名,本人承认本人已阅读理解并同意接受本同意书条款的约束,包括与独立医生服务相关的特定语言。本人有机会提出问题,并且任何问题都得到了令人满意的回答。

Date 日期 Time 时间 Patient Signature 患者签字

Date 日期 Time 时间 Legal Representative 法定代理人 Relationship to Patient 与患者的关系

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

Date Time Interpreter Name ID#

