

**치료 동의, 지불 및 개인 정보 보호 공지**  
(외래용, 비병원 서비스)

**치료:**

이로써 본인(또는 이하 환자명)은 Advocate Aurora Health의 의사 또는 기타 책임자가 권고하거나 의료적으로 필요하다고 판단한 검사, 치료 및 진단 절차를 수행할 수 있는 의학적 치료에 동의하며 이를 인정합니다. 본인은 수련의가 책임자의 관리감독 하에 본인의 치료에 참여할 수 있음에 합의합니다.

**정보 공개:**

이로써 본인은 보험금 청구 절차를 진행하는 데 필요한 것으로 판단되는 모든 의료 정보를 공개할 수 있는 권한을 Advocate Aurora Health에 위임합니다(약물 남용, 알코올 남용 또는 정신 질환 치료 관련 정보 포함).

**지불 승인:**

또한 본인 또는 본인의 피부양자에게 제공되는 서비스에 대하여 건강 보험 급여를 Advocate Aurora Health에 직접 지불함을 승인합니다. 이는 서비스 제공 시점에 효력을 갖는 보험급여에 모두 적용됩니다.

**지불:**

이로써 본인은 Advocate Aurora Health 신용 지불 정책에 따라 본인의 계좌 잔액 일체를 지불하는 데 동의하며, 여기에는 합당한 변호사 수임료가 포함될 수 있습니다. 미불액의 경우 고용인 부담액, 공제액 및 "통상적인 비용"과 같이 본인의 보험사에서 설정한 항목을 포함합니다. Advocate Aurora Health는 공지 없이 수수료 및 정책을 변경할 권리가 있습니다.

**독립 공급자 서비스:**

본인은 Advocate Aurora Health의 고용인으로 확인된 의사/의료진만이 Advocate Aurora Health의 직원임을 인정하며 이를 충분히 이해합니다. 비고용 의사/의료진은 독립적인 의료 제공자로서, Advocate Aurora 시설 사용을 허가 받아 의료 서비스 및 치료를 제공합니다. 이처럼 독립적인 의사/의료진은 의학적 판단에 따라 본인을 치료하거나 또는 본인에게 전문가적인 서비스를 제공합니다. 본인은 의사에게 고용 상태에 관하여 질문을 해야 한다는 점을 이해합니다. 의료 서비스에 대한 결정은 본인을 간호하는 의사/의료진이 Advocate Aurora Health의 고용인 또는 직원이라는 이해, 표현, 광고, 미디어 캠페인, 추론, 추정 또는 의존에 기반하지 않습니다.

**개인정보보호 공지:**

본인은 Advocate Aurora Health가 개인 정보 보호 공지 사본을 제공하였음을 확인합니다. 본인은 해당 공지에 환자의 건강 정보를 사용 및/또는 공개하는 것과 관련한 Advocate Aurora 개인정보보호 사항이 기술되어 있음을 이해합니다.

*본인은 아래에 서명함으로써, 독립 의료 서비스에 관련한 구체적인 설명을 포함하여, 본 동의서의 내용을 읽고 이해했으며 동의하였음을 인정합니다. 본인은 질문을 할 기회가 있었고 모든 질문에 충분한 설명을 들었습니다.*

\_\_\_\_\_  
Date                      Time                      Patient Signature  
날짜                      시간                      환자 서명

\_\_\_\_\_  
Date                      Time                      Legal Representative                      Relationship to Patient  
날짜                      시간                      법적 대리인                      환자와의 관계

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

\_\_\_\_\_  
Date                      Time                      Interpreter Name                      #ID

