

医疗保健同意书

- 治疗：**本人代表自身（代表下方署名患者）和本人所生的任何婴儿（如有），特此同意接受针对本人病情或疾病所需且适当的诊断性程序和医学治疗，其中可能包括人类免疫缺陷病毒 (Human Immunodeficiency Virus, HIV) 检测。如果本人拒绝接受该检测，则本人必须明确告知本人的治疗服务提供者。拟实施的诊断性程序和医学治疗，应该由本人医生或其他具备相应资质的执业人员根据治疗时的实际需要或专业判断确定，并在医院内或通过远程保健服务提供。本人明白，接受培训的医疗保健执业人员可在相关人员的监督下参与本人的治疗。

本人还理解，尤其是在紧急情况下，可能在本人有能力审阅并签署本同意书之前已开始进行治疗。本人确认并理解，本同意书中的所有条款，包括但不限于第 15 段关于“独立医生/执业人员服务”的规定，在患者于医院接受护理和治疗的整个期间均完全有效。在下方签名，即表示本人同意接受本同意书中列出的所有条款，包括但不限于具有追溯效力的第 15 段的规定，即使本人在审阅及签署本同意书之前对任何医疗执业人员的雇用关系存在不同认知或理解亦是如此。

- 护理协调：**本人了解，Advocate Health Care 和 Aurora Health Care 现隶属于 Advocate Health，而 Advocate Health 是一个临床一体化医疗系统，由多家法律上独立的医院、医疗团体和其他医疗保健服务提供实体组成，所有实体协同合作，以确保为患者提供高效协调的护理服务。本人了解，Advocate Health 将以电子病历格式存储本人的患者健康信息，本人在 Advocate Health 系统内的跨学科护理团队成员将能够查阅本人病历中的信息，包括但不限于诊断结果、治疗计划、处方信息、约诊安排，以及化验和其他诊断结果（包括 HIV 相关信息）、遗传信息和行为健康记录）。
- 摄影：**本人了解，本人的医疗服务提供者可能会拍摄照片、视频和/或录音来记录病情，从而帮助诊断和/或治疗病情，和/或帮助规划手术细节。本人了解，本人的医疗服务提供者或医院将保留对这些照片、视频和/或录音的所有权。本人还了解，在不披露患者身份信息的情况下，这些图像可用于医学教育推广。
- 居家保健选择：**本人了解，本人有权自主选择居家保健提供者来满足本人可能的护理需求。除非本人的保险公司另有指示或本人选择其他医疗服务提供者，否则医院原则上将利用 Advocate at Home 确保本人获得连续护理。在入院/登记时，已向本人提供居家保健服务提供者名单。如果本人提出请求，出院规划专员可另行提供名单副本。如果本人更想使用另一名服务提供者，本人的意愿将得到充分尊重。
- 外部处方：**本人授权访问本人的外部处方历史记录，以协助提供护理服务。只有在本人通过合约药房配取处方药的情况下，才能访问本人的相关用药信息。因此，本人有责任提供准确的用药史。
- 语言选择：**本人已获得有关书面翻译和口译服务的信息。本人了解，这些服务是免费提供的，并且本人在入院期间可随时请求获取这些服务。
- 披露医疗信息以用于费用支付目的：**本人特此同意向负责支付患者费用的第三方付款人披露本人病历中包含的所有相关信息，包括 HIV 相关信息、遗传信息以及行为健康记录，此类付款人包括但不限于保险公司、健康福利计划、参与福利索赔审批的雇主、政府机构或上述任何一方的代理中介机构。
- 电子通信：**本人授权 Advocate Health 及其代表（包括第三方代理）利用与本人或本人个人代表相关联的任何电话号码，通过预录音消息和/或自动拨号系统与本人取得联系，以解决与本人治疗、付款、账户、研究活动有关的任何事宜，或推荐本人可能感兴趣的产品或服务。本人只能按照 Advocate Health 明确提供的指引，拒绝接收进一步的电话或消息。本人了解，本人不必同意接收电话和消息，即可获得治疗或其他 Advocate Health 服务。提供电子邮件地址和电话号码，即表示本人允许 Advocate Health（包括其独立承包商）出于上述原因使用这些通信方式向本人发送信息、提醒和消息。



Patient Name: _____

MRN: _____

 Date of Birth: _____
 or Affix Label

9. **理赔福利转让：**考虑到医院提供的服务，本人特此转让并授权，将因本次住院、急诊室护理或门诊服务而本来应该支付给本人或代本人付款的任何保险、健康计划或第三方付款人福利，直接支付给医院及主治医生。
10. **Medicare 付款和理赔福利转让（如适用）：**本人请求代表本人将获授权的 Medicare 理赔福利直接支付给医院和医生，用于偿付其向本人提供的医疗服务费用，并且本人将此类理赔福利转让给提供同一服务的医院和医生。本人证明，本人在申请此类理赔福利时提供的信息是正确的，并且本人已经完成了 Medicare 调查问卷。本人授权任何拥有本人医疗或其他信息的机构，向 Medicare 与 Medicaid 服务中心 (Center for Medicare and Medicaid Services) 及其代理人披露支付此类理赔福利所需的任何信息。本人授权社会保障局 (Social Security Administration) 向为本人提供服务的医院和医生披露本人享受理赔福利的相关信息。
11. **私人物品：**本人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、首饰、货币和所有其他贵重物品。本人了解，贵重物品可经本人申请后存放于医院保险柜，且本人特此声明，对于未存放在医院保险柜的贵重物品及私人物品，本人免除医院一切保管责任及法律责任，包括个人财产损失或物品遗失等情况。
12. **财务援助：**考虑到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，就提供给患者的所有服务、设施及用品向医院支付费用，包括任何免赔额、共付额或者第三方付款人不予承保的费用。**本人理解，医院账单不包括独立医生/执业人员服务，患者将单独收到这些医疗服务提供者的服务账单。**本人理解，有些医生可能没有加入支付本人医护理费用的健康计划或付款计划，因此本人可能需要支付额外的费用。患者承担在催讨这些费用时产生的任何费用，包括律师费。本人理解，如果本人不同意发露记录或日后撤销该同意，患者将全权负责支付所接受诊断和治疗的全部费用。本人证明，据本人所知，本人为支付医院治疗费用而提供的信息完整且准确。本人了解，如果患者难以履行其对医院的付款责任，作为医院财务咨询服务的一部分，可应要求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。本人了解，有关承保范围或福利级别的问题，应直接咨询患者的医疗保健计划，以及查询患者的承保证明 (Certificate of Coverage)。此外，本人已收到财务援助简明摘要，其中描述了财务援助政策和申请流程。
13. **有关承保事宜的委任与披露声明：**本人指定 Advocate Health 及其财务咨询或承保协助人员（以下简称“代表”）担任本人及患者的代理人 and 代表，以便其自主行使本人或患者现在拥有或日后可能获得的、与以下事项相关的任何及所有权利与责任：申请、提出异议、领取、加入、退出、请求延续由地方、州或联邦资金资助的福利或健康保险（包括《社会保障法案》(Social Security Act) 项下的计划，包括但不限于 Medicaid 及 Medicaid 豁免，以下简称“援助”），或对其提出上诉。代表还获授权访问、查阅并收取本人或患者有权获得的任何记录、信息或通知的副本，包括但不限于有关援助的财务、税务、就业、保险、健康及其他信息，以及拒绝通知、核准通知、信息索取请求、不利福利裁决和决议通知。本人授权代表自行决定并自费聘请法律顾问，该法律顾问应享有与代表相同的授权权限。如果代表已根据本授权及披露声明采取相关行动，本人确认已审核并批准该等行为。涉及承保事宜的本委任和授权声明持续有效，直至本人或患者以书面形式向代表发出撤销通知为止，且不因本人或患者死亡或丧失行为能力而失效。
14. **付款义务和担保：**本人同意支付患者因接受 Advocate Health 服务产生的所有费用。根据本合同义务及担保条款，必须全额支付提供的所有服务的费用，包括但不限于患者应按 Advocate Health 标准费率和条款支付的全部费用。该费率和条款以治疗时有效的、Advocate Health 依据《美国法典》(United States Code, U.S.C.) 第 42 编第 300gg-18(e) 条规定予以维持的“医院收费总表”为准。为明确起见，本合同义务及担保条款均要求支付所有未获保险承保的费用，无论保险拒保的原因是什么，都是如此。如果本人未能支付此类费用，并且 Advocate Health 或任何其他本人负有付款义务的个人或实体聘用律师追讨未付费用，本人同意，除未付费用外，还会支付合理的律师服务费用。本人同意并授权 Advocate Health 及非受雇医生/执业人员联系其选择的外部数据来源，包括信用报告机构，以评估本人的信用状况、财务援助资格，以及催讨本人当前或后续就诊所欠款项的可行性。本人理解并同意，Advocate Health 可按其认为必要的方式转让账户，以催讨任何欠款，包括转让给催讨机构和律师。



Patient Name: _____

MRN: _____

 Date of Birth: _____
 or Affix Label

15. 关于独立医生/执业人员服务的法律声明：本人确认知晓且完全理解以下内容：在本院为本人提供医疗服务的医生和其他医疗执业人员（或称为“从业者”）**并非医院或 ADVOCATE HEALTH 的雇员或代理人，而是独立承包商或独立执业人员。**这些独立承包商/执业人员包括但不限于医生和其他医疗服务提供者，例如医生助理、认证注册护士麻醉师、执业护士和护士。只有那些明确且清楚表明自身是医院雇员的医生/执业人员，才是医院的雇员或代理人。独立医生/执业人员必须配戴印有“Advocate Health”标识和/或具体 Advocate 医院/设施名称的安全身份徽章。这些徽章仅用于安全用途，不可作为判定任何医生/执业人员雇佣关系的依据。本人理解，如果本人对本人医生/执业人员的雇佣关系有任何问题，本人应该直接咨询他们。

非雇用医生/执业人员可在医院为其患者提供医疗护理和治疗。**非雇用医生/执业人员包括但不限于本人的初级保健医生、主治医生、医生助理、认证注册护士麻醉师、执业护士、护士、急诊医学科执业人员、创伤科执业人员、心脏病学科执业人员、产科执业人员、外科执业人员、放射科执业人员、麻醉科执业人员或病理科执业人员，以及其他未列出的执业人员。**医院和 Advocate Health 不会限制独立医生/执业人员所作的医疗决定。在为本人提供治疗或其他专业服务时，这些独立的执业医生/执业人员均依照其独立医疗判断行事，并自行承担其提供护理与治疗行为的法律责任。医院和 Advocate Health 无需对这些独立医生/执业人员提供的护理和治疗承担法律责任。本人将收到这些独立医生/执业人员因提供护理和治疗而开具的单独账单，并全权承担支付账单费用的责任。

本人决定在医院或 Advocate Health 就医，并非是基于任何理解、陈述、广告、媒体宣传活动、推断、推测或对为本人提供护理和治疗的医生/执业人员的信任，如前文所述，除非这些医生/从业人员明确告知本人其雇用关系，否则他们不属于医院或 Advocate Health 的员工或代理人。

患者/代表姓名首字母缩写 (Patient/Representative Initials): _____

16. 隐私保护通知和患者权利通知：本人确认，医院已为本人提供隐私保护通知和患者权利通知副本。本人理解，这些通知列出了医院在使用和/或披露健康信息方面的隐私惯例，医院针对医院服务收费的付款政策、催讨、慈善医疗和付款援助计划，以及其他患者权利的说明。本人可能未选择保留这些手册。

在下方签名，即表示本人确认，本人已知晓并了解医院使用独立承包商或独立从业者来提供上述各种服务。本人还确认，本人已阅读本同意书，包括与独医生/执业人员服务相关的具体条款，并且有机会提出问题，任何问题都得到了满意的解答。本人还知晓，本人在电子平台上的签名可能与本人的实际签名不同，但确认本人的签名具有有效性、约束力和可执行性。

| | | |
|--------------|--------------|--------------------------------|
| 日期 (Date) | 时间 (Time) | 患者签名 (Signature of Patient) |
|--------------|--------------|--------------------------------|

| | | | |
|--------------|--------------|--|-------------------------------------|
| 日期 (Date) | 时间 (Time) | 合法授权代理人签名 (Signature of Legally Authorized Agent) | 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 #: _____

