

健康照護同意書

1. **治療：**本人代表自身（代表下方署名患者）和本人所生的任何嬰兒（如有），特此同意接受針對本人病情或疾病所需且適當的診斷性程序和醫學治療，其中可能包括人類免疫缺陷病毒 (Human Immunodeficiency Virus, HIV) 檢測。如果本人拒絕接受該檢測，則本人必須明確告知本人的治療服務提供者。擬實施的診斷性程序和醫學治療，應該由本人醫生或其他具備相應資質的執業人員根據治療時的實際需要或專業判斷確定，並在醫院內或透過遠端保健服務提供。本人理解，接受培訓的醫療保健執業人員可在相關人員的監督下參與本人的治療。

本人還理解，尤其是在緊急情況下，可能在本人有能力審閱並簽署本同意書之前已開始進行治療。本人確認並理解，本同意書中的所有條款，包括但不限於第 15 段關於「獨立醫生/執業人員服務」的規定，在患者於醫院接受護理和治療的整個期間均完全有效。在下方簽名，即表示本人同意接受本同意書中列出的所有條款，包括但不限於具有追溯效力的第 15 段的規定，即使本人在審閱及簽署本同意書之前對任何醫療執業人員的雇用關係存在不同認知或理解亦是如此。

2. **護理協調：**本人瞭解，Advocate Health Care 和 Aurora Health Care 現隸屬於 Advocate Health，而 Advocate Health 是一個臨床一體化醫療系統，由多家法律上獨立的醫院、醫療團體和其他醫療保健服務提供實體組成，所有實體協同合作，以確保為患者提供高效協調的護理服務。本人瞭解，Advocate Health 將以電子病歷格式儲存本人的患者健康資訊，本人在 Advocate Health 系統內的跨學科護理團隊成員將能夠查閱本人病歷中的資訊，包括但不限於診斷結果、治療計畫、處方資訊、約診安排，以及化驗和其他診斷結果（包括 HIV 相關資訊）、遺傳資訊和行為健康紀錄。
3. **攝影：**本人瞭解，本人的醫療服務提供者可能會拍攝相片、影片和/或錄音來記錄病況，從而幫助診斷和/或治療病情，和/或幫助規劃手術細節。本人瞭解，本人的醫療服務提供者或醫院將保留對這些相片、視頻和/或錄音的所有權。本人還瞭解，在不披露患者身分資訊的情況下，這些圖像可用於醫學教育推廣。
4. **居家保健選擇：**本人瞭解，本人有權自主選擇居家保健提供者來滿足本人可能的護理需求。除非本人的保險公司另有指示或本人選擇其他醫療服務提供者，否則醫院原則上將利用 Advocate at Home 確保本人獲得連續護理。在入院/登記時，已向本人提供居家保健服務提供者名單。如果本人提出請求，出院規劃專員可另行提供名單副本。如果本人更想使用另一名服務提供者，本人的意願將得到充分尊重。
5. **外部處方：**本人授權訪問本人的外部處方歷史紀錄，以協助提供護理服務。只有在本人透過合約藥房配取處方藥的情況下，才能訪問本人的相關用藥資訊。因此，本人有責任提供準確的用藥史。
6. **語言選擇：**本人已獲得有關書面翻譯和口譯服務的資訊。本人瞭解，這些服務均為免費提供，並且本人在入院期間可隨時請求獲取這些服務。
7. **披露醫療資訊以用於費用支付目的：**本人特此同意向負責支付患者費用的第三方付款人披露本人病歷中包含的所有相關資訊，包括 HIV 相關資訊、遺傳資訊以及行為健康紀錄，此類付款人包括但不限於保險公司、健康福利計畫、參與福利索賠審批的雇主、政府機構或上述任何一方的代理仲介機構。
8. **電子通信：**本人授權 Advocate Health 及其代表（包括第三方代理）利用與本人或本人個人代表相關聯的任何電話號碼，透過預錄音訊息和/或自動撥號系統與本人取得聯絡，以解決與本人治療、付款、帳戶、研究活動有關的任何事宜，或推薦本人可能感興趣的產品或服務。本人只能按照 Advocate Health 明確提供的指引，拒絕接收進一步的電話或訊息。本人瞭解，本人不必同意接收電話和訊息，即可獲得治療或其他 Advocate Health 服務。提供電子郵件地址和電話號碼，即表示本人允許 Advocate Health（包括其獨立承包商）出於上述原因使用這些通信方式向本人發送資訊、提醒和訊息。



9. **理賠福利轉讓**：考慮到醫院提供的服務，本人特此轉讓並授權，將因本次住院、急診室護理或門診服務而本來應該支付給本人或代本人付款的任何保險、健康計畫或第三方付款人福利，直接支付給醫院及主治醫生。
10. **Medicare 付款和理賠福利轉讓 (如適用)**：本人請求代表本人將獲授權的 Medicare 理賠福利直接支付給醫院和醫生，用於償付其向本人提供的醫療服務費用，並且本人將此類理賠福利轉讓給提供同一服務的醫院和醫生。本人證明，本人在申請此類理賠福利時提供的資訊是正確的，並且本人已經完成了 Medicare 調查問卷。本人授權任何擁有本人醫療或其他資訊的機構，向 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (Center for Medicare and Medicaid Services) 及其代理人披露支付此類理賠福利所需的任何資訊。本人授權社會保障局 (Social Security Administration) 向為本人提供服務的醫院和醫生披露本人享受理賠福利的相關資訊。
11. **私人物品**：本人對所有個人財產承擔全部責任，包括但不限於眼鏡、助聽器、假牙、首飾、貨幣和所有其他貴重物品。本人瞭解，貴重物品可經本人申請後存放於醫院保險櫃，且本人特此聲明，對於未存放在醫院保險櫃的貴重物品及私人物品，本人免除醫院一切保管責任及法律責任，包括個人財產損壞或物品遺失等情況。
12. **財務援助**：考慮到將在醫院中提供的服務，患者或患者的法定代表人同意按照既定費率，就提供給患者的所有服務、設施及用品向醫院支付費用，包括任何免賠額、共付額或者第三方付款人不予承保的費用。**本人理解，醫院帳單不包括獨立醫生/執業人員服務，患者將單獨收到這些醫療服務提供者的服務帳單。**本人理解，有些醫生可能沒有加入支付本人醫護理費用的健康計畫或付款計畫，因此本人可能需要支付額外的費用。患者承擔在催討這些費用時產生的任何費用，包括律師費。本人理解，如果本人不同意披露紀錄或日後撤銷該同意，患者將全權負責支付所接受診斷和治療的全部費用。本人證明，據本人所知，本人為支付醫院治療費用而提供的資訊完整且準確。本人瞭解，如果患者難以履行其對醫院的付款責任，作為醫院財務諮詢服務的一部分，可應要求提供有關財務援助的資訊，包括合理的付款計畫和財務援助。本人瞭解，有關承保範圍或福利級別的問題，應直接諮詢患者的醫療保健計畫，以及查詢患者的承保證明 (Certificate of Coverage)。此外，本人已收到財務援助簡明摘要，其中描述了財務援助政策和申請流程。
13. **有關承保事宜的委任與披露聲明**：本人指定 Advocate Health 及其財務諮詢或承保協助人員 (以下簡稱「代表」) 擔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現在擁有或日後可能獲得的、與以下事項相關的任何及所有權利與責任：申請、提出異議、領取、加入、退出、請求延續由地方、州或聯邦資金資助的福利或健康保險 (包括《社會保障法案》(Social Security Act) 項下的計畫，包括但不限於 Medicaid 及 Medicaid 豁免，以下簡稱「援助」)，或對其提出上訴。代表還獲授權訪問、查閱並收取本人或患者有權獲得的任何紀錄、資訊或通知的副本，包括但不限於有關援助的財務、稅務、就業、保險、健康及其他資訊，以及拒絕通知、核准通知、資訊索取請求、不利福利裁決和決議通知。本人授權代表自行決定並自費聘請法律顧問，該法律顧問應享有與代表相同的授權許可權。如果代表已根據本授權及披露聲明採取相關行動，本人確認已審核並批准該等行為。涉及承保事宜的本委任和授權聲明持續有效，直至本人或患者以書面形式向代表發出撤銷通知為止，且不因本人或患者死亡或喪失行為能力而失效。
14. **付款義務和擔保**：本人同意支付患者因接受 Advocate Health 服務產生的所有費用。根據本合同義務及擔保條款，必須全額支付提供的所有服務的費用，包括但不限於患者應按 Advocate Health 標準費率和條款支付的全部費用。該費率和條款以治療時有效的、Advocate Health 依據《美國法典》(United States Code, U.S.C.) 第 42 編第 300gg-18(e) 條規定予以維持的「醫院收費總表」為準。為明確起見，本合同義務及擔保條款均要求支付所有未獲保險承保的費用，無論保險拒保的原因是什麼，都是如此。如果本人未能支付此類費用，並且 Advocate Health 或任何其他本人負有付款義務的個人或實體聘用律師追討未付費用，本人同意，除未付費用外，還會支付合理的律師服務費用。本人同意並授權 Advocate Health 及非受雇醫生/執業人員聯繫其選擇的外部數據來源，包括信用報告機構，以評估本人的信用狀況、財務援助資格，以及催討本人當前或後續就診所欠款項的可行性。本人理解並同意，Advocate Health 可按其認為必要的方式轉讓帳戶，以催討任何欠款，包括轉讓給催討機構和律師。



Patient Name: _____

MRN: _____

Date of Birth: _____
or Affix Label

15. **關於獨立醫生/執業人員服務的法律聲明：**本人確認並完全理解以下內容：在本院為本人提供醫療服務的醫生及其他醫療執業人員（或以下簡稱「執業人員」**並非本院或 ADVOCATE HEALTH 的員工或代理人，而是獨立承包商或獨立執業人員。**這些獨立承包商/執業人員包括但不限於醫生和其他醫療服務提供者，例如醫生助理、持照註冊護士麻醉師、執業護士和護士。僅有那些明確表明自身身分為醫院員工的醫生/執業人員才是醫院的員工或代理人。獨立醫生/執業人員必須佩戴標有 Advocate Health 和/或 Advocate 醫院/機構具體名稱的安全身分識別徽章，這些徽章僅用於安全用途，不可作為判定任何醫生/執業人員雇用關係的依據。本人理解，如果本人對本人醫生/執業人員的雇用關係有任何問題，本人應直接諮詢他們。

非醫院聘用的醫生/執業人員可在醫院為其患者提供醫療護理和治療。**非醫院聘用的醫生/執業人員包括但不限於本人的初級保健醫生、主治醫生、醫生助理、持照的註冊麻醉師、執業護士、護士、急診醫學科、創傷科、心臟病學科、產科、外科、放射科、麻醉科或病理科執業的人員，以及其他未列出的執業人員。**醫院和 Advocate Health 不會限制獨立醫生/執業人員所作的醫療決定。在為本人提供治療或其他專業服務時，這些獨立的執業醫生/執業人員均依照其獨立醫療判斷行事，並自行承擔其提供護理與治療行為的法律責任。醫院和 Advocate Health 無需對這些獨立醫生/執業人員提供的護理和治療承擔法律責任。本人將收到這些獨立醫生/執業人員因提供護理和治療開具的單獨帳單，並全權承擔支付帳單費用的責任。

本人決定在醫院或 Advocate Health 就醫，**並非**是基於任何理解、陳述、廣告、媒體宣傳活動、推斷、推測或對為本人提供護理和治療的醫生/執業人員的信任，如前所述，除非這些醫生/從業人員明確告知本人其雇用關係，否則其並非醫院或 Advocate Health 的員工或代理人。

患者/代表姓名首字母縮寫 (Patient/Representative Initials) : _____

16. **隱私慣例和患者權利通知：**本人確認醫院已向本人提供一份《隱私慣例通知》(Notice of Privacy Practices) 和患者權利通知的副本。本人理解，該通知已說明醫院關於健康資訊的使用和/或披露的隱私慣例、關於醫院服務、催收、慈善護理和付款援助計畫的醫院付款政策，以及其他患者權利。本人可以選擇不保留這些手冊。

透過在下方簽名，本人確認並理解醫院使用獨立承包商或獨立執業醫生提供上述各種服務。本人還確認，本人已閱讀此同意書，包括關於獨立醫生/執業人員服務的特定語言，並有機會提問且已得到滿意解答。本人還確認，本人在電子平台上的簽名可能與實際手寫簽名存在差異，但該簽名也具有法律效力、約束力和強制執行力。

| 日期 (Date) | 時間 (Time) | 患者簽名 (Signature of Patient) |
|--------------|--------------|--------------------------------|
| | | |

| 日期 (Date) | 時間 (Time) | 合法授權代理人簽名 (Signature of Legally Authorized Agent) | 與患者之關係 (Relationship to Patient) |
|--------------|--------------|--|-------------------------------------|
| | | | |

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

Date: _____ Time: _____ Interpreter Name: _____ ID #: _____

