

## 健康照護同意書

- 治療：**我，代表我自己（或下文指定的患者），以及本人所分娩的任何嬰兒（如果適用）特此同意根據我的病情或疾病進行必要且適當的診斷程序和醫療治療，其中可能包括 HIV 檢測，除非本人通知治療提供者本人拒絕此類檢測，以此明確退出 HIV 檢測。應由我的醫生或其他適當的從業人員在治療時確定所提供的診斷程序和醫療治療是必要的還是建議的，並應在醫院或透過遠距醫療服務由醫院專職醫生、醫院醫務人員、護士和其他健康照護提供者提供。我瞭解，接受訓練的健康照護提供者可以在適當人員的監督下參與我的治療。
- 照護協調：**我瞭解，Advocate Health Care 是一個臨床全面醫療系統，由多家醫院、醫療團體和其他健康照護提供者實體組成，他們共同努力提供高品質的患者照護，以確保有效協調患者照護。我瞭解，Advocate 將以電子病歷格式儲存我的病患健康資訊，並且我的病歷，包括但不限於我的診斷、治療計畫、處方資訊、預約時間表和實驗室檢測以及其他診斷結果（包括 HIV 相關資訊、遺傳資訊和行為健康記錄），都可以由整個 Advocate Health Care 系統中我的跨學科照護團隊成員查看。跨學科照護團隊由 Advocate Health Care、其附屬公司和 Advocate Medical Group 等公司的員工、承包商、代理人和醫務人員組成，他們共同負責入院、治療、規劃、協調照護、出院或政府強制要求的公共健康報告目的事宜。
- 攝影：**我瞭解，我的提供者可能需要拍攝照片、錄影與/或錄音來記錄醫療狀況，幫助診斷和/或治療疾病，以及/或者幫助規劃手術細節。我瞭解，我的提供者或醫院將保留這些照片、錄影與/或錄音的所有權。我還瞭解，這些影像可用於推進教育，但前提是不透露患者身分識別符。
- 居家健康選擇：**我瞭解，我有選擇居家照護提供者來為我提供我可能需要的照護的自由和權利。我知道，為了提高照護的連續性和品質，醫院通常會使用 Advocate at Home，除非我選擇其他提供者或按照我的保險公司的指示選擇其他提供者。我在入院/登記時收到了居家照護提供者清單。出院計畫員可以應要求再提供該清單的另一份副本。如果我更想選擇不同的提供者，我的偏好將得到尊重。
- 外部處方：**我授權相關人士存取我的外部處方歷史記錄，以方便為我提供照護。只有當我的處方是透過參與的藥房配藥時，才可獲得該資訊。因此，我仍然有責任提供準確的用藥史。
- 語言選擇：**我接收健康資訊的慣用語言是 (Traditional Chinese)。我已獲得有關筆譯和口譯服務的資訊。我瞭解，這些服務是免費提供的，並且我可以在住院期間隨時要求這些服務。
- 發佈醫療資訊用於付款：**我特此同意將我的病歷中包含的所有相關資訊（包括 HIV 相關資訊、遺傳資訊與行為健康記錄）公佈給負責支付患者費用的第三方付款人（包括但不限於保險公司、健康福利計畫、參與批准福利索賠的雇主、政府機構，或者代表上述任何一方的中介機構）。
- 福利轉讓：**對醫院提供的服務，我特此轉讓並授權直接向醫院和主治醫生支付任何保險、健康計畫或第三方付款人福利，而這些福利本來應向我或代表我支付的，用於結算本次住院、急診室照護或門診服務費用。
- Medicare 付款和福利轉讓（如果適用）：**我請求代表我為醫院向我提供的醫院和醫生服務支付授權的 Medicare 福利，並且我將此類福利轉讓給提供相同服務的醫院和醫生。我證明，我在申請此類福利時提供的資訊是正確的，並且我已經完成了 Medicare 調查問卷。我授權任何有關我的醫療或其他資訊的持有者向 Medicare 和 Medicaid 服務中心 (Center for Medicare and Medicaid Services) 及其代理人發佈支付此類福利所需的任何資訊。我授權社會安全管理局 (Social Security Administration) 向為我提供服務的醫院和醫生發佈有關我有權獲得福利的資訊。
- 個人物品：**我對所有個人財產負全部責任，包括但不限於眼鏡、助聽器、假牙、珠寶、貨幣和所有其他貴重物品。我瞭解，我可以要求將貴重物品存放在醫院的保險箱中，並特此免除醫院對那些未存放的貴重物品和個人財產的責任和義務。



11. **財務援助：**對價醫院將提供的服務，患者或患者的法定代理人同意按照既定費率向醫院支付為患者提供的所有服務、設施和用品的費用，包括任何免賠額、共付額或第三方支付人不承擔的費用等。我瞭解，醫院帳單不包括醫生服務，患者將自醫生處收到其提供之服務的單獨醫生帳單。我知道，一些醫生可能不參與為我的照護支付費用的健康計畫或付款計畫，因此，我可能需要支付額外費用。患者承擔因收取這些費用而產生的任何費用，包括律師費。我瞭解，如果我不同意發佈記錄或後來撤銷此類同意，則患者應對支付所接受的所有診斷和治療費用承擔全部責任。我保證，據我所知，我提供用於支付本次醫院治療費用的資訊是完整且準確的。我瞭解，如果患者難以履行對醫院的付款責任，醫院提供財務諮詢服務，可根據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。我瞭解，有關承保範圍或福利水平的疑問應直接詢問患者的健康照護計畫以及查詢患者的承保證書。此外，我還獲得了一份財務援助簡明語言摘要，其中描述了財務援助政策和申請。
12. **獨立醫師/提供者服務：**我承認並完全瞭解，只有被明確認定為 Advocate 員工的醫生/提供者才是 Advocate Health Care 的員工或代理人。非僱傭醫生/提供者是獨立的提供者，他們獲准使用醫院設施提供健康照護和治療。非僱傭醫生包括但不限於從事急診醫學、創傷、心臟病科、產科、外科、放射科、麻醉科、病理科和其他專業的醫生。這些獨立醫生/提供者運用自己的醫學判斷，為我提供治療或以其他方式向我提供專業服務。我瞭解，如果我對醫生的僱傭狀況有疑問，我應該直接詢問醫生。我決定在醫院尋求醫療護理，並非基於任何理解、陳述、廣告、媒體宣傳、推論、推定或信賴，而認定向我提供照護和治療的醫生是醫院或 Advocate Health Care 的僱員或代理人。

**本人在下方簽名，即表示本人確認並瞭解醫院使用獨立承包商或從業人員來提供上述各種服務。我進一步確認，我已閱讀本同意書，包括與獨立醫生服務相關的特定語言內容，並有機會提出問題，且所有問題均已得到滿意的答复。**

|              |              |   |                                     |
|--------------|--------------|---|-------------------------------------|
| 日期<br>(Date) | 時間<br>(Time) | 患者簽名<br>(Signature of Patient)                          |                                     |
| 日期<br>(Date) | 時間<br>(Time) | 合法授權代理人簽名<br>(Signature of Legally Authorized Agent(s)) | 與患者的關係<br>(Relationship to patient) |

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

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

**僅供 Advocate 人員使用 (For Advocate Personnel Use Only)**

**Brochures Offered:**

|                              |                                   |                                   |                                |                                   |                                   |
|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Notice of Privacy Practices: | <input type="checkbox"/> Accepted | <input type="checkbox"/> Declined | Patient Rights                 | <input type="checkbox"/> Accepted | <input type="checkbox"/> Declined |
| Payment Policy               | <input type="checkbox"/> Accepted | <input type="checkbox"/> Declined | No Surprise Billing Disclosure | <input type="checkbox"/> Accepted | <input type="checkbox"/> Declined |

---

|      |      |                       |
|------|------|-----------------------|
| Date | Time | Signature of Teammate |
|------|------|-----------------------|

