

## 收治條件

以下簽名的病人由霍格 長老會 紀念醫院 (Hoag Memorial Hospital Presbyterian) 接收，住院治療、門診治療及/或急診均遵從以下條款：

### 1. 同意醫療和手術程序

簽字人同意在住院、門診治療、緊急治療或服務的過程中可能需要實施的各類措施，包括但不限於實驗程序、**远程医疗服务**、X 光檢查、醫療或手術治療措施或程序、麻醉或為病人提供的基於內科或外科醫生一般醫囑、特殊醫囑的醫院服務。為了確保符合加州法律的要求，出於為病人的健康著想，在病人住院期間，可能會進行評估和檢測或實施治療(如苯酮尿症檢測)。簽字人同意遵照州法律進行此類檢測或治療。

### 2. 護理

本醫院僅提供一般的護理任務，若主治醫生做出專門囑咐，則對病人提供加護護理。如病人病情嚴重，需要特護服務，則約定特護服務必須由病人本人或其法定代表安排。若醫院未能提供此類護理，醫院不承擔任何責任，並免除由于未能為病人提供此類額外護理而產生的任何或全部責任。

### 3. 醫生都是具備獨立執業資格的醫師

所有為病人提供服務的內科醫生與外科醫生，包括放射科醫生、病理醫師、急診科醫生、麻醉醫生、註院醫生等等，都是具備獨立執業資格的醫師，**並非醫院**的雇員或代理人。他們只被授予在醫院對病人進行護理和治療的權力。醫生收費與醫院收費是分開的，意味著病人可能會收到多項帳單。

簽名 (Initial Here): \_\_\_\_\_

病人正接受其主治醫生的護理和監護。必要時，對於醫療或手術治療、特殊診斷或治療程序，或為病人提供的基於內科或外科醫生一般醫囑、特殊醫囑的醫院服務，內科或外科醫生有責任獲得病人的知情同意書。

### 4. 個人財物

醫院建議病人將個人物品留在家中。為保管現金和貴重物品，醫院設有防火保險櫃。病人攜帶至醫院的現金、珠寶、文檔、或其他個人財產如有丟失或損壞，本醫院概不負責。按法律規定，醫院對病人交由醫院保管的個人財物賠償責任以五百美元 (\$500) 為限，更大數額除非獲得醫院出具的書面收據。

簽名 (Initial Here): \_\_\_\_\_

### 5. 產婦

產婦在醫院接受服務期間分娩，簽字人須同意本收治條件適用於產婦所產嬰兒。

簽名 (Initial Here): \_\_\_\_\_

### 6. 參與醫療教育或教學計劃

簽字人承認並理解醫院參與教學計劃，透過醫學教育計劃對實習醫生、護士和其他醫護人員進行的培訓通常會在醫院內展開。這些人員經此處簽字人同意，在適當監督下，可能參與手術、特殊診斷或治療程序，或以上指定的治療。

### 7. 拍照同意書

病人在醫院接受治療期間，簽字人同意醫院進行拍照(包括數碼或其他格式的視訊或攝影，以及其他任何錄制或複製影像的方式)，並理解在醫院或病人的主治醫生認為適當的情況下，這些攝影圖像可用于病人的治療、醫院的論證或醫學教育等保健活動。



**8. 財務協定**

簽字人同意，不管是代理人或病人簽字，考慮到病人所接受的服務，個人茲須按照醫院規定的價格和條款(包括適用的慈善關懷和優惠政策)及時支付醫院帳款。簽字人須明白，全體內科醫生和外科醫生，包含放射科醫生、病理醫師、急診科醫生、麻醉醫生、住院醫生等等，都將單獨收取服務費用。如任何欠款須交由律師或收費辦事處收取，簽字人須支付律師費和收款費用。所有拖欠帳款均按法定利率計息。

簽名(Initial Here): \_\_\_\_\_

**9. 保險金轉讓協定**

如有任何可用於支付的保險金，不論以代理人身份或作為病人，簽字人須代表病人為其在住院期間或在門診治療接受的服務，轉讓及授權將保險金直接支付給醫院。雙方同意，根據本授權，保險公司向醫院支付的資金，應按照保單條款相應解除保險公司的部分或全部義務。簽字人須明白，根據此轉讓協定，對其未支付的費用仍負經濟責任。

**10. 保健計劃(保險)義務**

本醫院保存有一份與其簽定合同的保健計劃清單。此保健計劃清單可從住院登記處獲得。本醫院沒有任何清單中未包含的保健計劃協議，無論明示或暗示的。病人有義務保證其本人的保健計劃已授權醫院提供服務。如果病人的保健計劃不在上述保健計劃清單內，或病人沒有獲得保健計劃的授權，簽字人須同意，其個人有義務按照醫院規定的價格和條款(包括醫院的經濟援助政策)支付醫院帳款。

全體內科醫生和外科醫生，包含放射科醫生、病理醫師、急診科醫生、麻醉醫生、住院醫生等等，都將單獨收取服務費用。簽字人有責任判定為病人提供服務的醫生是否與病人的保健計劃(如有)簽有協議。

簽名(Initial Here): \_\_\_\_\_

**11. 確認**

特此确认签名人已经收到患者信息手册，该手册介绍了患者权利与如何提出申诉、患者职责、您做出医疗决定的权利(医疗照护预设指示信息)以及其他信息。于下方签名者认可并理解，医院时常使用外部资源或在第三方的安排下为患者提供服务。例如，通过专业参比实验室或霍格骨科研究所(Hoag Orthopedic Institute)为患者提供服务。在这种情况下，由外部资源为患者提供的所有服务仍由医院承担专业和管理责任。

簽名(Initial Here): \_\_\_\_\_

**12. 化验结果确认**

本人特此要求并同意相关人员可以将我的化验结果提供给患者门户网站，这样我就可以获取电子版化验结果作为我的临床健康记录的一部分。我知道，通过患者门户网站提供的化验结果不会包含HIV、肝炎、药物滥用或恶性肿瘤的化验结果。

是 [yes]      否 [no]

簽名(Initial Here): \_\_\_\_\_

### 13. 加利福尼亚州免疫登记处

Hoag 可能会与加利福尼亚州免疫登记处 (CAIR) 分享您的免疫或结核病 (TB) 筛查检测记录, 这是一个安全且保密的全州患者免疫信息数据库。CAIR 可供医疗保健专家、机构和学校追踪您所有的疫苗及 TB 检测记录使用, 还可提供开始接受儿童保健、入学或新单位入职所需的免疫证明。如果您不希望我们与其他登记处用户分享您的免疫或 TB 记录, 请以传真或电子邮件的方式提交“拒绝或开始分享/免疫信息申请表”, 您可以访问 CAIR 网站 <http://cairweb.org/cair-forms/>、致电 1-888-436-8320 联络 CAIR 服务台或者发送电子邮件至 CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov 索要此申请表。 簽名(Initial Here): \_\_\_\_\_

### 14. 电话消费者保护和 CAN-SPAM 法案

您同意向我们提供移动电话或其他无线设备的电话号码, 以供我们或我们的服务提供商为您提供账户服务 (包括针对使您的账户获取潜在经济援助的事宜联系您) 或收取您可能拖欠的款项, 我们、我们的代理商、代表或其他服务提供商可能会联系您, 并向您收取费用。您明确同意, 联系方式可包括使用预录消息或人工语音消息和/或使用自动拨号设备 (如适用)。此同意事项适用于与您账户相关的所有服务和计费, 且并非购买房产、商品或服务的条件。您无需在此部分签上姓名的首写字母, 这并非加入条件。

如选择退出, 请勾选:

簽名(Initial Here): \_\_\_\_\_

簽字人證明其已經閱讀收治條件, 收到了協議書, 且為病人、病人的法定代表或經病人正式授權的總代理人, 將執行以上協議書並接受其條款。

\_\_\_\_\_  
[病人/病人父母/保護人/監護人簽名] [Patient/Parent/Conservator/Guardian]      \_\_\_\_\_ [日期] [Date]      \_\_\_\_\_ 上午/下午 [A.M./P.M.]  
[時間] [Time]

\_\_\_\_\_  
[非病人本人簽名, 請注明關係] [If signed by other than patient, indicate relationship]

\_\_\_\_\_  
[醫院代表] [Hospital Representative]

### 非病人或病人法定代表的經濟責任協議

本人同意承擔病人接受服務的經濟責任, 接受以上經濟協議、保險支付轉讓、保健計劃義務的條款。

#### FINANCIAL RESPONSIBILITY AGREEMENT BY PERSON OTHER THAN THE PATIENT OR THE PATIENT'S LEGAL REPRESENTATIVE

I agree to accept financial responsibility for services rendered to the patient and to accept the terms of the Financial Agreement, Assignment of Insurance Benefits, and Health Plan Obligation provisions above.

\_\_\_\_\_  
[經濟責任方簽名]      \_\_\_\_\_ [日期] [Date]      \_\_\_\_\_ 上午/下午 [A.M./P.M.]      \_\_\_\_\_ [醫院代表] [Hospital Representative]  
[Signature of Financially Responsible Party]      [時間] [Time]

**口译人员声明:** 上述文件是由口译人员 (如下列示) 为患者或法定代理人以患者或法定代理人的主要语言 (注明语言): \_\_\_\_\_ 翻译的文件。他/她了解上述所有条款和条件, 并确认同意上述文件之内容。

**Interpreter's Statement:** The foregoing document was translated by the interpreter (listed below) to the patient or legal representative in the patient's or legal representative's primary language (indicate language): \_\_\_\_\_. He/she understood all of the terms and conditions and acknowledged his/her agreement with the above document.

口译人员服务 [Interpreter Service]

\_\_\_\_\_  
[口译人员姓名和标识码 - 打印] [Interpreter Name and Identification Code - Print]

\_\_\_\_\_  
[证人] [Witness]      \_\_\_\_\_ [日期] [Date]      \_\_\_\_\_ 上午/下午 [A.M./P.M.]  
[時間] [Time]

#### CONDITIONS OF ADMISSION - CHINESE