

## 입원 조건

아래 서명한 환자는 다음의 약관에 동의함을 전제로 입원, 외래 및/또는 응급 치료를 하기 위해 Hoag Memorial Hospital Presbyterian (이하 "Hoag 병원")에 입원 할 수 있다:

### 1. 의료 및 수술 절차에 대한 동의

서명자는 응급 치료 또는 서비스를 포함하여 입원 기간이나 혹은 외래 환자에 대해 실시할 수 있는 모든 절차에 동의하며, 여기에는 검사 절차, 원격 의료 서비스, X 레이 검사, 의료 혹은 수술 치료 또는 절차, 마취, 담당 의사 또는 외과의의 일반 및 특별 지침에 따라 환자에게 실시하는 병원 서비스 등이 포함됩니다. 캘리포니아주 법률 요건에 부합하기 위하여 Hoag 병원 입원 기간에 환자의 복지를 위한 평가 및 검사를 실시하거나 치료(예를 들어 PKU 검사)를 할 수 있습니다. 서명자는 주 법률에 의거한 이와 같은 검사나 치료를 하는 것에 동의합니다.

### 2. 간호

이 병원에서는 담당 의사가 환자에게 특별한 간호를 요구하는 경우가 아니라면 일반적인 간호 서비스만 제공합니다. 환자의 상태가 특별 업무를 담당하는 간호사의 서비스를 필요로 할 경우, 환자 또는 법적 대변인이 그러한 서비스를 결정하는 것에 동의합니다. Hoag 병원은 동일한 서비스를 제공하지 못한 것에 대해 책임을 지지 않으며, 환자가 추가적인 치료를 받지 못한 것으로 인해 발생하는 모든 경우에 대해 어떠한 법적인 책임도 지지 않습니다.

### 3. 의사는 독립적인 개업의

방사선과 의사, 병리학자, 응급실 의사, 마취의, 입원환자 전문의(hospitalist) 등을 포함하여 환자에게 서비스를 제공하는 모든 의사와 외과의는 독립적인 개업의이며, 병원의 직원 또는 에이전트가 아닙니다. 이 의사들은 환자의 간호 및 치료를 위해 Hoag 병원을 사용할 권리를 부여 받았을 뿐입니다. 의사의 치료비는 병원 청구서와 별도로 청구되므로 환자는 여러 개의 청구서를 받을 수 있습니다.

이니셜 서명 (Initial Here): \_\_\_\_\_

환자는 담당 의사의 치료와 감독을 받습니다. 필요에 따른 의료 혹은 수술 치료, 특별 진단 또는 치료 절차, 의사의 일반 및 특별 지침에 따라 환자에게 제공되는 Hoag 병원 서비스 등에 대해 환자의 사전 동의서를 받는 것은 담당 의사 또는 외과의의 책임입니다.

### 4. 개인 사물

환자는 개인 사물을 가정에 두고 오시기를 권장합니다. Hoag 병원에는 현금과 귀중품 보관을 위해 방화 금고가 마련되어 있습니다. Hoag 병원은 환자가 병원에 가져온 현금, 보석류, 문서 또는 기타 개인 사물의 유실 또는 손상에 대해 책임을 지지 않습니다. 안전을 위해 Hoag 병원에 맡긴 개인 사물의 유실에 대한 Hoag 병원의 책임은 법률에 따라 오 백 달러(\$500)로 제한되며, Hoag 병원에서 그 이상의 금액에 대한 수령증을 제공한 경우는 제외됩니다.

이니셜 서명 (Initial Here): \_\_\_\_\_

### 5. 임산부 환자

환자가 Hoag 병원에 입원한 기간에 신생아를 출산한 경우, 서명자는 신생아에 대해서도 동일한 입원 조건이 적용됨에 동의합니다.

이니셜 서명 (Initial Here): \_\_\_\_\_



## 6. 의료 학습/교육 프로그램 참여

서명자는 Hoag 병원이 교육 프로그램에 참여하고 있으며, **Medical Education Program** 을 통해 의사, 간호사 및 기타 의료진의 교육을 Hoag 병원에서 실시하고, 이들 의료진은 적절한 감독 하에 환자의 수술, 특별 진단 또는 치료 절차에 참여할 수 있음을 숙지하고 이해하며, 서명자는 이에 동의합니다.

## 7. 사진 촬영에 대한 동의

서명자는 Hoag 병원에서 치료를 받는 동안 사진 촬영(디지털, 기타 형식 또는 여타 방식의 녹화나 재생산 이미지 방법을 사용한 동영상 또는 일반 사진의 촬영 포함)에 동의하며, 그러한 사진에서 얻은 이미지는 Hoag 병원이나 담당 의사가 적절하다고 판단할 경우, 환자의 치료를 위해서 또는 동료 평가나 의학 교육과 같은 Hoag 병원의 보건 업무를 위해 사용할 수 있습니다.

## 8. 재정적 동의

서명자는 에이전트나 환자로 서명했는지에 관계없이 환자에게 제공될 서비스를 고려하여 Hoag 병원의 일반 요금과 지불 조건에 따라 Hoag 병원 비용을 즉시 납부할 개인적인 책임을 가지며 여기에는 자선적 치료와 할인 납부 규정이 포함됩니다. 서명자는 방사선과 의사, 병리학자, 응급실 의사, 마취의, 입원환자 전문의(hospitalist) 등을 포함한 모든 의사와 외과의는 서비스에 대한 비용을 별도로 청구함을 이해합니다. 변호사나 수급 대행 기관에 회부된 계정이 있을 경우, 서명자는 실제 변호사 비용과 수급 비용을 지불해야 합니다. 미납 계정에 대해서는 법정 이자율에 따라 이자가 발생합니다.

이니셜 서명 (Initial Here): \_\_\_\_\_

## 9. 보험 혜택에 대한 지시

서명자는 에이전트나 환자로 서명했는지에 관계 없이 입원이나 외래 서비스에 대해 환자를 대신하여 지불되는 금액을 제외한 모든 보험 혜택을 Hoag 병원에 직접 지불함을 승인합니다. 이러한 승인에 따라 보험회사가 Hoag 병원에 비용을 지불함으로써 보험회사는 지불 금액의 범위 내에서 보험회사가 가지는 모든 의무로부터 면제됩니다. 서명자는 이러한 지시에 따라 지불되지 않은 금액에 대해 재정적 책임을 진다는 것을 이해합니다.

## 10. 의료보험 플랜(보험) 의무

Hoag 병원에는 계약을 맺은 의료보험 플랜 목록이 있습니다. 플랜 목록은 입원 및 등록 사무실에 요청하면 얻을 수 있습니다. Hoag 병원은 이 목록에 없는 어떠한 플랜과도 명시적 또는 묵시적인 계약을 맺지 않습니다. Hoag 병원이 제공하는 서비스를 환자의 의료보험 플랜이 승인하는지 확인하는 것은 환자의 책임입니다. 서명자의 플랜이 위에서 언급한 목록에 없거나 환자가 의료보험 플랜의 승인을 얻지 못할 경우, 서명자는 본 재정 지원 규정을 포함하여 Hoag 병원의 일반 요금과 지불조건에 따라 Hoag 병원 계정의 금액을 지불할 개인적인 의무가 있음을 동의합니다.

방사선과 의사, 병리학자, 응급실 의사, 마취의, 입원환자 전문의(hospitalist) 등을 포함한 모든 의사와 외과의는 서비스에 대한 비용을 별도로 청구할 것입니다. 환자에게 서비스를 제공하는 의사가 환자의 의료보험 플랜과 계약을 맺었는지의 여부를 확인하는 것은 서명자의 책임입니다.

이니셜 서명 (Initial Here): \_\_\_\_\_

**11. 확인서**

아래 서명은 *환자의 권리*, 불만을 제기하는 방법, *환자의 의무*, *치료에 대한 결정권*(최신 의료 서비스 지시 정보)에 대해 설명하는 *환자 정보* 브로셔를 수령했음을 인정하는 것입니다.

서명인은 본 병원이 때에 따라 외부 리소스를 이용하거나 제삼자와의 협의를 통하여, 전문표준 실험실 또는 Hoag Orthopedic Institute 가 제공하는 서비스 등을 포함한 제반 서비스를 본 병원의 환자에게 제공할 수 있음을 인정하고 이해합니다. 이러한 상황에서 해당 외부 리소스가 본 병원 환자에게 제공하는 제반 서비스에 대한 전문적 및 행정적 책임은 본 병원에게 있습니다.

이니셜 서명 (Initial Here): \_\_\_\_\_

**12. 실험실 테스트 결과 보고**

, 본인은 본인의 실험실 테스트 결과를 Patient Portal 을 통해 임상 의료 기록의 일부로서 전산적으로 열람하는 것에 동의합니다. 본인은 실험실 테스트 결과를 Patient Portal 을 통해 이용할 수 있으며 HIV 또는 간염, 약물 남용, 악성 종양에 대한 테스트 결과는 이에 포함되지 않는다는 것을 이해합니다.

예 [yes]  아니요 [no]

이니셜 서명 (Initial Here): \_\_\_\_\_

**13. 캘리포니아 예방접종 등록부**

Hoag 는 귀하의 예방접종 또는 결핵(TB) 검진 기록을 환자 예방 접종 정보에 대한 주 전역의 안전한 기밀 데이터베이스인 CAIR(California Immunization Registry California Immunization Registry, 캘리포니아 예방접종 등록부)과 공유할 수 있습니다. CAIR 은 귀하가 받은 모든 접종 및 결핵 검진을 파악하기 위해 보건 전문가, 기관 및 학교에 의해 사용되며 보육 시설 등록, 입학 또는 취업에 필요한 예방 접종 증명을 제공할 수 있습니다. 귀하의 예방 접종이나 결핵 기록을 다른 등록부 사용자와 공유하는 것을 원하지 않으시면, CAIR 웹 사이트 <http://cairweb.org/cair-forms/>에 있는 “공유 거절 또는 개시/예방 접종 정보 요청 양식”을 CAIR 헬프 데스크에 팩스(1-888-436-8320)로 보내거나 CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov 로 이메일 전송해 주십시오.

이니셜 서명 (Initial Here): \_\_\_\_\_

**14. 전화 이용자 보호 및 CAN-SPAM 법**

귀하는 휴대전화 또는 기타 무선 장치에 해당하는 전화번호를 제공함으로써, 당사 또는 당사의 서비스 제공자가 귀하의 계정에 서비스를 제공하기 위해(귀 계정에 대한 잠재적인 재정 보조를 받는 것과 관련해 연락을 하는 것을 포함) 또는 귀하에게 있을 수 있는 채무 금액을 수금하기 위해 당사, 당사 중개인, 담당자 또는 기타 서비스 제공자가 귀하에게 연락할 수 있으며, 이를 통해 귀하에게 요금이 부과될 수 있음에 동의하는 것입니다. 귀하는, 해당하는 경우, 사전 녹음, 인공 보이스 메시지 및/또는 자동 교환 장치를 연락 방법으로 사용할 수 있음에 분명히 동의합니다. 본 동의서는 귀하의 계정 번호와 관련있는 모든 서비스 및 청구에 적용되며 부동산, 상품, 서비스 구매 조건이 되지 않습니다. 귀하는 승인을 조건으로 본 섹션에 서명할 의무가 없습니다.

동의하지 않는 경우 체크해 주십시오:

이니셜 서명 (Initial Here): \_\_\_\_\_

서명자는 입원 조건을 읽고 사본을 수령했으며 환자 본인, 환자의 법적 대리인 또는 환자가 상기 조건을 이행하고 수행할 일반 대리인으로 인정한 사람임을 증명합니다.

\_\_\_\_\_ 오전/오후 [AM/PM]  
 [환자/부모/후견인/보호자] [Patient/Parent/Conservator/Guardian] [날짜] [Date] [시간] [Time]

\_\_\_\_\_ [부모 이외의 사람이 서명할 경우, 관계를 표시]  
 [If signed by other than patient, indicate relationship]

\_\_\_\_\_ [병원 담당자] [Hospital Representative]

**환자 또는 환자의 법적 대리인이 아닌 개인에 의한 재정적 책임 동의서**  
 본인은 환자에게 제공한 서비스에 대한 재정적 책임을 수락하며 상기 재정적 동의서, 보험 혜택에 대한 지시, 의료보험 플랜 의무 규정의 조건에 동의합니다.

**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.

\_\_\_\_\_ 오전./오후 [AM/PM] \_\_\_\_\_  
 [재정적 책임에 동의한 당사자 서명] [날짜] [Date] [시간] [Time] [병원 담당자] [Hospital Representative]  
 [Signature of Financially Responsible Party]

**통역사 진술서:**

담당 통역사(아래 명시)가 고객 또는 법정 대리인의 1차 언어(언어 기재): \_\_\_\_\_ 로 상기 문서 내용을 고객 또는 법정 대리인에게 번역해주었습니다. 고객 또는 법정 대리인은 전체 이용 약관 내용을 이해했으며 상기 문서 내용에 동의함을 인지하였습니다.

**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.

통역 서비스 [Interpreter Service]

\_\_\_\_\_ [통역사 이름 및 식별 코드 - 인쇄] [Interpreter Name and Identification Code-Print]

\_\_\_\_\_ A.M./P.M.  
 [증인] [Witness] [날짜] [Date] [시간] [Time]