

# 患者信息

2023

Hoag Hospital Newport Beach  
One Hoag Drive  
Newport Beach, CA 92658

Hoag Hospital Irvine  
16200 Sand Canyon Avenue  
Irvine, CA 92618

## Condition H

Condition H 是 Hoag Hospital 的一项计划, 方便患者或其家人在医疗紧急情况下立即拨打电话寻求帮助。

### 致力于使医院成为患者诊疗护理的安全之所

在 Hoag Hospital, 我们致力于以患者为中心的诊疗护理。一切为了您的安全。我们欢迎您和您的家人与我们合作, 来确保您在住院期间获得最佳诊疗护理。

在紧急情况下或当患者有严重健康问题时, 可以通过 Condition H 来满足患者的需求。这一热线服务为患者及其家人提供在需要紧急医疗时立即寻求帮助的途径。

### 在哪些情况下拨打

- 如果您或您的家人认为患者病情发生了令人担忧的变化, 而且医疗保健团队并未发现这一问题。
- 如果在与医疗保健团队成员 (即护士、医生) 沟通后, 您仍对如何提供、管理或规划诊疗护理非常担忧。

### 如有任何医疗保健问题, 请务必联系您的护士。

如需 Condition H 服务, 请拨打分机号 51231。接线员会询问您的姓名、房间号、患者姓名和患者问题。接线员会立即安排 Condition H 团队来评估情况。将根据需要呼叫其他临床支持工作人员。在为家人提供 Condition H 的方案时, 我们希望您了解在诊疗护理中您是我们的合作伙伴。

如有任何疑问, 请咨询您的医务人员。

### 在哪些情况下不支持电话咨询

如有下列问题, 请勿致电 Condition H:

- 电视
- 电话
- 室内温度
- 水壶续水
- 基本环境问题
- 病房服务问题
- 或类似的非医疗问题

请呼叫您所在科室的工作人员提供帮助。

## Hoag 致力于为优质医疗保健提供洁净空气

作为橙县提供优质医疗保健的领军企业, Hoag Hospital 和 Hoag 所有其他物业均为指定的无烟区。这些地点禁止吸烟。

让我们利用 Hoag 提供的戒烟资源, 共同践行这一重要戒烟措施。有关美国肺脏协会 Freedom from Smoking® 计划的信息, 请致电 949-764-5511。

# 提高您医疗保健安全性的步骤

## 重要患者安全性信息

Hoag Hospital 希望保障您在诊疗护理期间的安全。下面介绍了您如何通过积极参与和了解情况来发挥重要作用。

## 积极参与您的医疗保健

- 提出问题并获得您能够理解的答案。
- 找一个能理解您的愿望和喜好而且在您无法言语时替您表述的亲戚或值得信任的朋友。
- 了解推荐的程序或手术，包括其中的益处、风险、替代方案以及在您决定不继续进行时的预期结果。
- 为尽可能避免错误，我们会在您的皮肤上做一个标记，以便在进行某些程序或手术之前识别正确的部位，且可能需要您帮助确认标记的位置是否正确。

## 帮助我们了解您的身份

- 在住院和检测时，请务必使用您的真实姓名。
- 除检查您的身份识别腕带外，预计在住院期间会让您多次口头表明自己的身份，尽管这看起来有些多余，但这是确保您安全的重要步骤。

## 确保您知道我们是谁

- 您应该知道参与协调您诊疗护理的主治医生姓名。
- 您应该知道正在为您提供治疗的任何其他医生或非医生的姓名以及他们的职责。
- 您的所有看护人都应表明自己的身份，并介绍他们如何参与您的诊疗护理。

## 了解您的药物

- 请保留一份您使用的所有处方药、草药和非处方药（包括维生素）的清单，并在您来医院或医生办公室时带上这份清单。
- 请确保您的医生和护士知道您出现的任何与药物、食物、乳胶等相关的过敏或不良反应。
- 在为您开具新处方时，询问药物的用途、可能的副作用，以及与其他药物或食物的相互作用。
- 知道何时以及如何用药。
- 离开医院之前，请确保您有如何使用所有药物的说明，包括新处方和您平常使用的药物。

## 我们会共同帮助您不跌倒

跌倒很危险。特定病症和药物可能会使您有较高的跌倒风险。如果您需要帮助，请呼叫护士或护理人员。您保持安全的方式包括：

- 如果您的护士告诉您下床时须有人协助，请遵从指示。
- 如果您站不稳、有跌倒史或头晕/头晕眼花，请告知您的诊疗护理团队。
- 如果您在家中使用时使用拐杖或助行器，在医院请继续使用。
- 由于大多数跌倒发生在上卫生间时，请提前寻求帮助，尽量不要等到特别着急时再去卫生间。
- 如果您在卫生间内需要帮助，坐便器旁有一根拉绳。如果您拉动拉绳，您的诊疗护理团队会收到您需要帮助的提醒。
- 如果您看到地板上有洒落的液体，请告诉工作人员。

## 帮助我们预防感染

一切为了您的安全。

- 我们要求您和您的探访人员保持良好的手部卫生。
- 医院工作人员、医生和您的探访人员需要清洁双手。
- 打喷嚏和咳嗽时用纸巾遮住口鼻；要求看护人和探访人员也需要这样做。
- 生病（包括恶心、呕吐、腹泻、咳嗽或皮疹）的家人和朋友不得到医院探望您。根据感染控制指南，未满规定年龄的儿童可能无法前往特定区域。

## 肥皂和水

何时使用：

- 手部明显变脏
- 在离开隔离标志上注明有接触性肠道感染预防措施的房间时。
- 打喷嚏、咳嗽或擤鼻涕后
- 进食前
- 上厕所后

使用方法：

- 用流动的清水弄湿双手，然后涂上肥皂
- 彻底揉搓双手的所有表面
- 继续揉搓双手 15-20 秒
- 用流动水彻底冲洗双手
- 用纸巾擦干或用风干机吹干双手
- 如果可能，隔着纸巾关闭水龙头，并在离开卫生间时也隔着纸巾开门

### 含酒精的洗手液

何时使用:

- 进入和离开医院
- 进入和离开房间
- 进食前
- 打喷嚏、咳嗽或擤鼻涕后

使用方法:

- 将产品涂在一只手掌上
- 双手揉搓
- 将洗手液涂抹于手和手指的所有表面, 待双手干燥

### 隔离室

如果您患有可能传播给他人的疾病或携带可能传播给他人的细菌, 可能会将您安置在称为隔离室的特殊预防措施病房。在这种情况下, 病房外会有标志, 上面写有探访人员进入您的病房时必须遵循的指示。

- 医院工作人员在病房内可能会戴上手套、穿上防护服和/或佩戴口罩。
- 探访人员探访时应按指示戴上手套、穿上防护服和/或佩戴口罩。
- 看护人和探访人员在戴手套之前和摘下手套之后, 应使用肥皂和水洗手或使用洗手液。
- 经常清洁双手, 尤其是在上厕所后和进食前。
- 您可能必须待在病房内(治疗和检查期间除外)。

### 回家之前

为出院做好准备, 您需要完成下列手续。

**确认:** 让医生或诊疗护理团队成员向您和您的家人介绍您的诊断情况以及下一阶段治疗的预期事项。

**安排:** 获悉出院的具体时间后, 请打电话给朋友或家人接您。您可以让他们给您带一套新衣服。

**审阅:** 阅读出院计划的说明。其中介绍了您需要知道的有关可能用到的药物的所有信息, 以及治疗期间的注意事项。

**表达:** 在获得出院说明时, 请务必说出您的任何疑虑并加以询问。在理解所有的说明和出院后需要做什么之前, 请不要离开医院。

### 关于您的贵重物品和财物

患者需对其个人财物负责。Hoag 不负责赔偿丢失或放错地方的物品, 因此我们建议您在医院时只携带必需物品。最好将所有非必需贵重物品和财物寄回家。您无法寄回家的小件贵重物品可以存放在安全保险柜中, 由我们的收银台保管。医院对任何贵重物品或财物概不负责, 包括您选择放在床边的手机和电子设备。

请勿携带任何药物。医院会发放您需要的所有药物。家庭用药不能留在床边。任何无法寄回家的药物都必须存放在我们的药房中。

我们有容器来存放和保护您的假牙和助听器。如果您没有自己的容器, 可以申请获得一个。请勿将医疗器械、假牙或助听器留在桌子、食品托盘或亚麻布上。医院不对未正确存放的医疗器械负责。

### 如果您有安全或诊疗护理质量方面的疑虑

我们想知道您或您的家人是否对您的安全和诊疗护理质量有疑虑。我们强烈建议您与您的医生和/或诊疗护理人员讨论这些疑虑, 并将其写下来, 以免忘记。

您也可以致电 Hoag 的患者关系部门, 电话: 949-764-8220。

California Department of Public Health (加州公共卫生局)  
681 South Parker Street, Suite 200, Orange, CA 92868  
800-228-5234

希望投诉 DNV 认证医院的个人, 请通过电子邮件联系 DNV:  
[hospitalcomplaint@dnv.com](mailto:hospitalcomplaint@dnv.com) 或写信至 DNV 医疗保健办公室:

Attn: Complaints (收件人: 投诉部门)  
4435 Aicholtz Road, Suite 900  
Cincinnati, OH 45245

或者您可以拨打免费电话 866-496-9647。

# 疼痛处理 患者信息

您可能会因患病而感到疼痛。在您入院时,可能已经感受到了一定程度的疼痛。我们会与您合作,以了解哪种疼痛应对方案可能对您最为有效。我们希望始终确保您尽可能感到舒适。如果您出现疼痛,请告知您的诊疗护理团队,尤其是在您的疼痛加重或显著变化时。我们的目标是提供适量的药物和/或其他技术,如深呼吸和运动,以便您能够参与有助于您恢复最佳功能水平的活动。

您可能需要在零 (0) 到十 (10) 的范围内描述您的疼痛。

## 常见问题

### 为什么我的诊疗护理团队需要经常询问我的疼痛程度?

您的疼痛可能会随着时间的推移而变化。重要的是,我们了解什么能使您的疼痛好转或加重。

### 如何控制我的疼痛?

止痛药有多种形式。还有一些不使用药物的疼痛控制方法。与您的诊疗护理团队讨论这些方案,并查看可用的舒适方案。

在您的病症改善前,一些方案可能会受到限制,具体取决于您的诊疗护理计划。如果您需要什么或有疑问,请咨询您的护士或医生。

### 如果我在家服用止痛药怎么办?

与您的诊疗护理团队讨论入院前在家中使用的所有止痛药,包括泰诺和美林等非处方药。请不要将止痛药带到医院。

### 为什么护士每次拿药时都需要检查我的身份识别腕带?

为了您的安全,护士必须在每次用药时检查您的身份识别腕带。如果护士在您用药时没有检查您的腕带,请提醒其检查。此外,如果您不确定药物是什么或为什么使用,切勿使用。



## 有关账单的常见问题

如欲咨询患者财务服务部的客户服务代表, 请致电 **949-764-8400**。星期一至星期五上午 **8:30** 至下午 **4:30** 代表也在收银台窗口值班。**Newport Beach** 和 **Irvine** 的收银台窗口分别位于一楼中庭礼品店旁边和一楼主入口旁边。

### 财务顾问

财务援助计划事宜可以咨询财务顾问。请致电 **949-764-5564** 咨询顾问。

### 保险信息

如果您对您的计划/网络及其与 **Hoag** 的关联机构有任何疑问, 请致电 **800-400-HOAG (4624)** 或发送电子邮件至 [insurance@hoag.org](mailto:insurance@hoag.org)。

## Hoag 的结算流程

所有患者自付额、共同保险、共付额和非承保服务均为到期应付款项, 将在服务之前、服务之时和/或您的保险公司处理和支付您的理赔后收取。许多保险公司会给您一份理赔解释函, 解释其如何处理理赔以及哪些费用由患者自行承担。我们接受现金、支票、维萨卡、万事达卡、**Discover** 卡和美国运通卡。

### Medicare 参保人员

我们将在收到 **Medicare** 付款后向 **Medicare** 和任何补充保险开具账单。向您的补充保险开具账单后, 您会收到定期报表, 告知您任何应付或非赔付金额。这些金额由患者承担, 并在收到报表后到期应付。

### PPO/HMO 和 Medicare Risk Members (Managed Care)

我们将向任何 **Hoag** 合同保险付款人收取费用。我们确实希望在提供服务时或之前支付任何未满足要求的自付额、共同保险或共付额或非承保金额。这些金额将应用于您的帐户, 等待您的保险付款人处理您的理赔。收到最终付款后, 将向您发送任何剩余应付金额的对账单。

### Medi-Cal/CalOPTIMA

通过验证资格并收到任何每月分摊费用后, 我们将向 **Medi-Cal/CalOptima** 开具授权服务和保险涵盖服务的账单。

### 工伤赔偿

我们将使用经批准的预认证和授权编号向任何经批准的工伤赔偿付款人开具账单。如果雇主未接受索赔责任, 则不能接受或收取工伤赔偿。

### 国外旅行保险

我们不接受国外旅行保险, 也不会向国外旅行保险收取费用。我们将要求支付所有服务费用, 并向您提供收据, 供您提交给您的保险。他们将直接为您报销。

### 现金

没有保险或可能希望直接支付其服务费用的患者将在提供服务时或之前全额支付。我们提供自付折扣, 将在接受付款之前应用。我们会为您提供一份已付收据, 供您记录、保险或税务之用。如需服务报价, 请致电 **949-764-8275**。

### 余额结算 - 患者责任

如果您无法全额支付您的账单部分, 请拨打 **949-764-8400** 联系我们安排支付选项。

## 有关账单的常见问题

### 你们是否向我的保险公司开具账单?

是, 在大多数情况下是这样的。请记住在注册时出示您当前的保险信息, 以便我们确定我们是否接受或是否有合同上的安排。如果您未能提供您的保险信息, 我们将把您作为自付账户录入我们的系统中, 这意味着所有报表和财务义务均由您承担。许多付款人的理赔申请截止日期非常紧迫, 因此务必立即提供您当前的保险卡。

### 是否还会向我的第二保险收费?

是的。收到您的基本保险的赔付或拒付后, 我们很乐意向您的第二保险收取任何余额。

### 我会收到分项报表吗?

如果您在任何时候希望收到费用和付款的分项报表, 请致电我们的客户服务部 **949-764-8400**。我们的代表将乐于为您申请一份并发送给您。

### 如果我对账单有疑问, 可以打电话给谁?

请致电我们的客户服务部, 电话: **949-764-8400**。我们的代表将很乐意解答您可能有的疑问。

## Hoag 医院是否接受 Medicare 的转让?

是的。通过接受转让, Hoag Hospital 同意不向患者收取任何 Medicare 涵盖服务的费用。在某些情况下, Medicare 可能不会涵盖某项服务、限制金额上限或不允许一项服务与另一项服务相结合。在这些情况下,可能会要求您签署一份事先受益人通知 (ABN), 通知您 Medicare 的限制情况和潜在的患者责任金额。此外, 我们需向患者收取自付额、共同保险金额和非承保服务的费用。

## 您是否接受我的保险公司的全额付款?

所有患者自付额、共同保险、共付额和非承保服务均为到期应付款项, 将在服务之前、服务之时和/或您的保险公司处理和支付您的理赔后收取。许多保险公司会给您一份理赔解释函, 解释其如何处理理赔以及哪些费用由患者自行承担。我们接受现金、支票、维萨卡、万事达卡、Discover 卡和美国运通卡。

## 我还可能从谁那里收到账单?

Hoag 医院不雇用任何住院医师。参与您诊疗护理的每位医生将单独向您收取费用。这些医生通常包括您的外科医生、助理外科医生、麻醉师、放射科医生、住院医生、病理学医生、心脏病科医生以及为特定检查提供口译服务的任何医生。此外, 我们可能会在门诊实验室采集标本, 这些标本可能会被送到外部实验室进行检测。外部实验室将直接向您收取所提供服务的费用。

## 我的保险是否涵盖这些服务?

保险范围可能有所不同。请致电您的保险公司会员服务部寻求进一步的帮助。

## 向我收取的所欠款项代表什么?

保险支付后的所欠款项反映了您的保单不予支付的任何剩余金额。

## 为什么我有多个帐号?

每个门诊服务日期和每次住院都会生成一个单独的会计编号。这样, 我们可以就服务日期的诊疗护理收取特定的费用和诊断费用, 您的保险公司也能够特定承保范围内处理您的服务。如果您需要重复的服务, 如物理治疗或放疗, 那么每月会有一个单独的账户。

## 须知

请务必阅读并了解您可用的理赔额和保险范围限制。如果您不清楚任何保险范围, 请联系您的保险公司寻求指导。

- 如果是计划要求, 请联系您的保险公司以获得医院服务的授权。如果未在您的保单规定的时间范围内获得授权, 您的承保人可能会对您进行高额罚款, 或者拒绝提供服务。
- Hoag Hospital 根据医生订购的服务为患者提供自付费估算。这些仅为估计值, 最终应付余额完全基于您的保险公司处理理赔的情况。
- 诊断和临床信息由您的医生提供, 或基于您诊疗护理过程中生成的文件。有关诊断编码的任何问题, 请咨询您的医生。

## 联系我们

财务顾问可以为需要财务援助计划信息的患者提供保险范围方案。可致电 949-764-5564 联系代表。

客户服务部在星期一至星期五上午 8:30 至下午 4:30 为您提供任何账单相关问题的协助。您可以拨打 949-764-8400 联系代表。

根据 AB 1627, Hoag 会向患者公布其价格表。请致电 949-764-8400 联系客户服务部安排预约。

我们的患者财务服务部还为在以下 Hoag 机构提供的服务提供账单:

- Hoag Hospital Newport Beach
- Hoag Hospital Irvine
- Hoag Breast Care and Imaging Center
- Hoag Family Cancer Institute
- Hoag Health Center – Aliso Viejo
- Hoag Health Center – Costa Mesa
- Hoag Health Center – Foothill Ranch
- Hoag Health Center – Huntington Beach
- Hoag Health Center – Irvine, Sand Canyon
- Hoag Health Center – Irvine, Woodbury
- Hoag Health Center – Irvine, Woodbridge
- Hoag Health Center – Newport Beach
- Hoag Health Center – Tustin Legacy

## 患者权利

作为 Hoag Hospital 的患者, 您和/或您的授权代表在医疗保健中享有特定的权利, 也承担基本的责任。为了获得最佳的诊疗护理, 您在医学治疗中发挥积极作用至关重要。您的医疗保健团队有责任让您参与这一过程。

### 您有权:

1. 获得周全和体面的诊疗护理, 并感到自在舒适。您有权让他人尊重您的文化、社会心理、宗教和精神需求, 以及您的个人价值观、尊严、信仰和偏好。
2. 将您入院的情况及时告知家人(或您选择的其他代表)和您自己的医生。
3. 获知在专业执照范围内行事且主要负责协调您的诊疗护理事宜的医疗保健执业医师的姓名, 以及为您看诊的其他医生和非医生的姓名和专业关系。
4. 以您可以理解的术语获取有关您健康状况、诊断、预后、疗程、恢复前景和诊疗护理结局(包括非预期结局)的信息。您有权查阅您的医疗记录。您将收到一份单独的“隐私惯例告知书”, 其中解释了您查阅记录的权利。您有权免费获得有效沟通和协助或向您提供口译和翻译服务。您有权要求我们解决您对视力、言语、听力、语言和认知障碍的需求。您有权参与对您的诊疗护理计划的制定和实施。您和/或您的代表有权进行有效沟通, 并参与您的诊疗护理过程中出现的伦理问题, 包括解决冲突、暂停复苏服务以及放弃或退出生命维持治疗等问题。
5. 做出有关医疗护理的决定, 并获取关于任何拟定治疗或程序的尽可能多的所需信息, 从而提供知情同意或拒绝一个疗程。除紧急情况外, 这些信息应包括对程序或治疗的描述、涉及的重大医疗风险、替代治疗疗程或不治疗、每个疗程涉及的风险以及执行程序或治疗的人员姓名。
6. 在法律允许的范围内请求或拒绝治疗。但是, 您无权要求提供不适当的或医学上无必要的治疗或服务。您有权在法律允许的范围离开医院, 即使不遵照医务人员的建议。
7. 获得咨询建议。如果医院/在其专业许可范围内行事的执业医生提出让您参与或进行影响您的护理或治疗的人体实验, 您有权拒绝参与此类研究项目。
8. 对任何合理的服务请求的合理回应。
9. 适当评估和管理您的疼痛、有关疼痛的信息、疼痛缓解措施以及参与疼痛管理决策。如果您患有重度慢性顽固性疼痛, 您可以要求或拒绝使用任何或所有缓解疼痛的方案, 包括阿片类药物。医生可以拒绝开具阿片类药物处方, 但若如此, 也必须告知您有医生专门使用包括阿片类药物在内的方法治疗重度慢性疼痛。
10. 制定事前申明。其中包括, 如果您无法理解所拟定的治疗或无法传达您对护理的意愿, 则指定一名决策者。医院工作人员和在医院提供诊疗护理的执业人员应遵守这些申明。所有患者的权利均适用于有法律责任代表您做出有关医疗护理决定的人员。
11. 在个人隐私方面获得尊重。病例讨论、咨询、检查和治疗是保密的, 且应谨慎进行。您有权获知任何人在场的原因。您有权在检查前和讨论治疗问题时让探访人员离开。隐私帘将用于半私密房间。
12. 与您的诊疗护理及在医院住院相关的所有通信和记录都将予以保密。您将另外收到一份“隐私实践通知”, 其中详细说明了您的隐私权以及我们如何使用和披露您受保护的健康信息。

13. 在安全环境中接受诊疗护理, 避免精神、身体、性或言语虐待以及忽视、剥削或骚扰。您有权获得保护和权益服务, 包括通知政府机构如您遭受忽视或虐待。
14. 不受工作人员的任何形式的约束和疏离, 以作为胁迫、纪律约束、便利或报复手段。
15. 确保获得合理的持续性诊疗护理, 并提前获知约诊时间和地点, 以及提供诊疗护理的人员的身份。
16. 由医生或医生代表告知您关于您从医院出院后的后续医疗保健要求和方案。您有权参与制定和实施出院计划。根据您的要求, 也可能向您朋友或家人提供这些信息。
17. 获知哪些医院条例和政策适用于您在作为患者期间的行为。
18. 如果您有决策能力, 指定您选择的陪伴者和探访人员, 无论该探访人员是否有血缘或婚姻关系, 除非:
  - 非探访时间。
  - 机构合理地认为, 特定探访人员的到来会危及患者、医疗机构工作人员或医疗机构的其他探访人员的健康或安全, 或会严重干扰机构的运营。
  - 您已告知医疗机构工作人员您不再希望特定人员前来探访。

但是, 医疗机构可制定合理的探访限制, 包括对探访时间和探访人数的限制。医疗机构必须将您的探访权告知您(或您的支持人员, 如适用), 包括任何临床限制或约束。医疗机构不得基于人种、肤色、国籍、宗教、性别、性别认同、性取向或残疾限制或以其他方式拒绝探访权。
19. 如果您缺乏决策能力, 请根据自身意愿进行考虑, 来确定哪些人员可以探访。考虑的方法将符合联邦法律, 并在医院的探望政策中予以披露。根据联邦法律, 医院至少应纳入住在您家中的任何人员和任何支持人员。
20. 检查并接收医院账单的解释(不论付款来源为何)。
21. 行使这些权利时, 不考虑性别、经济状况、教育背景、人种、肤色、宗教、血统、国籍、性取向、性别认同/表达、残疾状况、医疗状况、婚姻状况、年龄、注册同性家庭伴侣状况、遗传信息、公民身份、主要语言、移民身份(法律要求的除外)或诊疗护理支付来源, 也不受任何歧视。
22. 提出申诉。如果您想向 **Hoag Hospital Newport Beach** 或 **Hoag Hospital Irvine** 提出申诉, 您可以写信至: **Hoag Hospital Patient Relations, P.O. Box 6100, Newport Beach, California 92658**, 或致电: **949-764-8220**。患者关系部门将审查每例申诉, 并在七个工作日内向您提供书面答复。书面回复将包含医院联系人姓名、为调查申诉所采取的措施、申诉流程结果以及申诉流程的完成日期。有关诊疗护理质量或提前出院的疑虑可提交给相应的使用和质量控制同行评审组织 (PRO)。
23. 向加州公共卫生局提出投诉(无论您是否使用医院的申诉流程)。加州公共卫生局的电话号码和地址为: **California Department of Public Health, 681 South Parker Street, Suite 200, Orange, CA 92868, 800-228-5234**。
24. 向 **Hoag** 的认证机构 **DNV 医疗保健部门** 投诉。
 

免费电话: **866-496-9647**; 传真: **281-870-4818**;  
 电子邮箱: [hospitalcomplaint@dnv.com](mailto:hospitalcomplaint@dnv.com) ;  
 平邮地址: **DNV Healthcare USA Inc.,**  
 收件人: **Complaints, 4435 Aicholtz Road, Suite 900, Cincinnati, OH 45245**。
25. 联系加州医学委员会, 对医生的行为提出投诉。
 

电子邮箱: [Complaint@mbc.ca.gov](mailto:Complaint@mbc.ca.gov) ;  
 电话: **800-633-2322**; 平邮地址: **2005 Evergreen Street, Suite 1200, Sacramento, CA 95815**。

## 患者责任

### 作为患者，您和/或您的授权代表有以下责任。

- 提供有关当前主诉、既往疾病、住院治疗、用药、预立医疗指示和其他与您健康相关的事项的完整无误信息。
- 在您不理解信息或指示时提问。
- 遵循您的医生和医疗保健团队建议的指示和治疗计划。
- 如病症发生变化，尽快向您的医生或您的医疗保健团队成员报告。
- 参与您自己的诊疗护理，包括疼痛处理和出院计划。
- 如果您认为自己无法遵循您的诊疗护理或治疗计划，请告诉您的医生。
- 如不遵循诊疗护理和服务计划的指示或拒绝治疗，需自行承担后果。
- 如果您对您的诊疗护理或环境有任何安全问题或疑问，请告知您的诊疗护理人员。
- 提供准确及时的付款来源信息，并在需要时与医院合作，以履行您的财务承诺。
- 如果您预立医疗指示，请提供一份书面副本。
- 遵守 Hoag 在所有医疗机构中有关患者诊疗护理的规章制度。Hoag 致力于解决任何可能威胁患者和工作人员安全、对环境有害或损害其他患者诊疗护理质量的行为。不可接受的行为将由工作人员、安保人员和/或执法人员酌情处理。若造成干扰，可能会要求您离开 Hoag 护理机构，或让探访人员离开机构。
- 尊重他人的权利和财产，爱护所有设施和设备。现场人员应考虑噪音水平、隐私和经由医疗人员评估后允许的探访人员。

- 避免干扰性和不可接受的行为。不可接受的行为示例包括但不限于：谩骂/大喊大叫、使用脏话、侮辱性语言（辱骂、人种/种族笑话等）、抛物、口头暴力威胁、使用武力、性侵犯、持有或使用武器或非法药物。
- 任何 Hoag 场地或设施中都不允许携带武器和非法药物，如果发现，安保部门会予以没收。任何 Hoag 成员认为危险或有威胁性的任何枪支或武器必须立即带离院区，或交给安保部门。
- 根据联邦法律，大麻是非法的。Hoag 是一家由联邦政府资助的医院，不允许在医院场所存放或使用大麻，唯一的例外是《加利福尼亚州医用大麻同情用药法案》针对绝症住院患者的规定。该法案允许我院收治的绝症患者特定限制条件下，在医院的特定区域使用医用大麻。
- 在医院诊疗护理期间，将为患者提供必要的药物，而且根据医院政策的规定，个人药物应寄回家或在出院前交由工作人员保管。
- 鼓励患者将个人物品留在家中或交给家人或朋友保管。Hoag 对带入 Hoag 控制的物业的个人物品的丢失或损坏概不负责。

Hoag 为无烟院区。在医院、医院园区和所有 Hoag 控制的物业内禁止吸烟。没有指定的吸烟区。

# 您做出医疗决定的权利

以下信息介绍了您做出医疗保健决定的权利，以及如果您将来无法说出自己的想法，您现在可以如何计划您的诊疗护理。

联邦法律要求我们向您提供这些信息。我们希望这些信息有助于提高您对医学治疗的自主权。

## 谁为我的治疗做决策？

您的医生将为您提供有关治疗的信息和建议。您有权选择：您可以对您想接受的治疗说“是”。您可以拒绝任何您不想接受的治疗，即使治疗能延长生命。

## 我如何知道我想要什么？

您的医生必须将您的医疗状况，以及不同的治疗和疼痛处理替代方案于您的意义告知您。许多治疗都有“副作用”。您的医生必须向您提供有关医学治疗可能引起的问题的信息。

通常情况下，能帮到您的治疗方式不止一种——人们对哪种治疗方法最好有不同的看法。您的医生可以告诉您可以使用哪些治疗，但您的医生不能为您选择。这个选择由您做出，具体取决于什么对您来说是重要的。

## 其他人能帮我做决定吗？

是的。患者经常向亲属和密友寻求帮助，以做出医疗决定。这些人可以帮助您思考所面临的选择。您可以要求医生和护士与您的亲属和朋友交谈。他们可以向您的医生和护士提问。

## 我是否可以选择不让亲属或朋友为我做出医疗保健决策？

是的。您可以告诉您的医生，您希望其他人为您做出医疗保健决定。要求医生在您的医疗记录中将其列为您的医疗保健“代理人”。代理人对您的医疗决定的控制仅在您当前疾病或损伤的治疗过程中有效，或者，如果您在医疗机构，在您离开医疗机构前有效。

## 如果我病得太重，无法自行做出医疗保健决定，该怎么办？

如果您尚未指定代理人，您的医生将询问您最亲近的亲属或朋友，以帮助做出最适合您的决定。这样的安排适用于多数情况，但有时每个人对该做什么意见不一。因此，为无法自行决策的情况做准备，提前说出您的想法是很有帮助的。

## 我是否必须等到生病后再表达我对医疗保健的意愿？

不是的。事实上，最好在生重病或必须去医院、疗养院或其他医疗机构之前进行选择。您可以使用预先医疗保健指示来说明您希望代表您表述的人以及您想要的治疗类型。这些文件被称为“预立”文件，因为它们的制定是您在做出医疗保健决定之前。它们被称为“指示”，因为其中说明了谁将代表您表述以及应该做什么。

在加利福尼亚州，您可以用来指定代替您做出医疗保健决定的预立指示部分称为医疗保健委托书。您可以表达您想要做的事情的部分称为个人医疗保健说明。

## 谁可以做出预立医疗指示？

如果您已年满 18 岁且有能力自行做出医疗决定，您就可以做出预立医疗指示。您不需要律师。

## 我可以指定谁作为我的代表？

在必须做出医疗决定时，您可以选择成年亲属或您信任的任何其他人代表您表述。

## 我的代表何时开始为我做出医疗决定？

通常，医疗保健代表只会当您失去自行决策能力后才会做出决定。但是，如果您愿意，您可以在医疗保健委托书中说明您希望代表立即做出决定。

## 我的代表如何知道我想要什么？

选择您的代表后，请与其讨论您想要什么。有时很难做出治疗决定，如果您的代表知道您想要什么，这确实会有所帮助。您也可以在预立医疗指示中写下您的意愿。

### 如果我不想指定代表,该怎么办?

您仍然可以在预立医疗指示中写下您的意愿,而无需指定代表。您可以说您希望尽可能延长您的生命。或者您可以说,您不希望治疗来延续您的生命。此外,您可以表达您对使用疼痛缓解或任何其他类型医学治疗的愿望。即使您没有填写书面的个人医疗保健说明,您也可以与您的医生讨论您的意愿,并要求您的医生在您的医疗记录中列出这些意愿。或者,您也可以与您的家人或朋友讨论您的意愿。但是,如果您把意愿写下来,那么遵循您的意愿可能会更容易。

### 如果我改变主意怎么办?

只要您能表达您的意愿,您可以随时更改或取消您的预立医疗指示。要更换代您做出医疗保健决定的人,您必须签署一份声明或告诉负责您诊疗护理的医生。

### 当其他人决定我的治疗时会发生什么?

相同的规则适用于代表您做出医疗保健决定的任何人——医疗保健代表、您提供给医生的代理人姓名或法院指定为您做出决定的人员。所有人员均需要遵循您的医疗保健说明,如果没有医疗保健说明,会遵循您通常的治疗意愿(包括停止治疗)。如果不知道您的治疗意愿,代理人必须尽可能确定符合您最佳利益的方案。

为您提供医疗保健的人员必须遵循您的代表或代理人的决定,除非所要求的治疗是不良的医疗实践或对您无效。如果产生了无法解决的分歧,提供者必须尽合理努力找到另一位医务人员接管您的治疗。

### 如果我未作出预立医疗指示,我是否仍会得到治疗?

当然。您仍将接受医学治疗。我们只是想让您知道,如果您生病得太重而无法做出决定,其他人将不得不为您做出决定。请记住:

- 医疗保健委托书可让您指定一名代表为您做决定。您的代表可以在您无法自己表述时做出大多数医疗决定,而不仅仅是关于生命维持治疗的决定。如果您愿意,您也可以让代表提前做出决定。

- 您可以通过写下您的医疗保健意愿,或与您的医生交谈并要求医生在您的医疗档案中记录您的意愿,来创建个人医疗保健说明。如果您知道自己何时希望或不希望接受某些类型的治疗,个人医疗保健说明提供了一种很好的方式,可以让您向医生和可能代表您决定治疗的其他人表达自身意愿。

这两种类型的预立医疗保健指示可以搭配使用,也可以单独使用。

### 我如何获得有关作出预立医疗指示的更多信息?

请向您的医生、护士、社会工作者或医务人员寻求更多信息。您可以让律师为您编写预立医疗指示,或者通过填表完成。

Hoag 在其网站上提供了可供下载的预立医疗保健指示表。表格可在 [www.hoag.org](http://www.hoag.org) 下载。

### 来自 Hoag Hospital 的信息

积极主动地参与您的医疗保健,做一名负责任的患者。Hoag Hospital 是您在医疗保健领域的合作伙伴,致力于为所有患者和社区提供有效和公平的诊疗护理。

在 Hoag, 护理、社会服务、患者关系、宗教关怀和各领域的资源都可以帮助解决您的疑虑。Hoag 还设有多学科医疗保健伦理委员会。

在 Hoag Hospital Newport Beach 如需帮助,请致电 949-764-8220 联系 Hoag 患者关系部或致电 949-764-8225 联系 Hoag 诊疗护理管理部。在 Hoag Hospital Irvine 如需帮助,请致电 949-764-8220 联系 Hoag 患者关系部或致电 949-517-3436 联系 Hoag 诊疗护理管理部。

为了实施公法 101-508,加利福尼亚州患者自行决定联合会于 1991 年编制了这一手册;2000 年,加州卫生服务局根据联合会成员和其他利益相关方的意见修订了该手册,以反映州法律的变化。

# 隐私实践通知

生效日期: 2022 年 11 月 1 日

本通知介绍了如何使用和披露您的医疗信息, 以及您如何获取这类信息。请仔细阅读。

## 本通知适用于哪些人员?

本通知介绍了 Hoag Health System 的隐私实践, 包括 Hoag Memorial Hospital Presbyterian、Hoag Clinic 及其各附属实体、医生和医疗团体 (统称为“Hoag”)。本通知适用于在上述实体之一经营的机构或办公室向您提供服务的医生、专职医务人员、其他医务人员、工作人员、非雇员志愿者和其他人员。

这些 Hoag 实体可能会出于本通知所述的治疗、付款或医疗保健运营目的相互共享您的医疗信息。本通知适用于 Hoag 生成的您的所有诊疗护理记录, 无论该记录是由 Hoag 工作人员还是由您的私人医生在 Hoag 照护您时所做, 除非您的个人提供方为您提供了其如何保护您的医疗信息的内部隐私实践通知。

## 我们对您的医疗信息的责任

我们深知关于您的医疗信息属于个人信息。我们致力于保护您的医疗信息隐私。为了遵守特定法律要求, 我们需要:

- 对您的医疗信息保密。
- 向您提供本通知的副本。
- 遵守本通知的条款。
- 如果我们无法同意您提出的限制, 我们会告知您。
- 满足您通过其他方式或在其他地点传达医疗信息的合理要求。
- 根据法律要求, 如您的不安全医疗信息遭泄露, 将会通知您。

## 我们如何使用和披露您的医疗信息

我们通常出于以下原因使用或披露您的健康信息:

### 治疗

我们可能会出于您的治疗的目的使用和披露您的医疗信息。例如, 治疗您腿部骨折的医生可能需要知道您是否患有糖尿病, 因为糖尿病可能会延长愈合过程。我们还可能将您的医疗信息披露给 Hoag 以外的人员、机构和实体, 以协调您的诊疗护理。例如, 我们可能会让您的医生查阅您的医疗信息, 以帮助您的医生对您进行治疗。

### 付款

我们可能会使用和披露您的医疗信息以获得付款。例如, 我们可能会向您的健康计划提供您接受的手术的相关信息, 以便您的健康计划向我们支付或报销该手术的费用。

### 医疗保健运营

我们可能会使用和披露您的医疗信息, 以支持我们的医疗保健运营。这些使用和披露对于确保我们的患者获得优质的诊疗护理和高性价比的服务是必要的。例如, 我们可能会使用您的医疗信息来审查我们的治疗和服务, 并评估工作人员在照护您方面的表现。

除非您另有指示, 否则我们也可能出于以下目的使用或披露您的医疗信息:

- **筹款活动:** 我们可能会使用您的医疗信息与您联系, 以寻求对运营相关的某些筹款活动的支持。在这种情况下, 我们只会公布您的部分医疗信息, 例如人口统计信息、服务日期和您的联系方式。 **您可以选择不接收此类通信。**
- **医院目录:** 除非您另有说明, 否则在适用的情况下, 我们将在 Hoag 医院目录中列出您的姓名、机构位置、一般状况和宗教信仰。这些信息可能会提供给神职人员, 而且除宗教信仰外, 还可能提供给通过姓名询问您的信息的其他人员, 包括媒体人员。 **如果您想退出 Hoag 医院目录, 请通知入院工作人员。**
- **家人和朋友:** 我们可能会将您的医疗信息披露给您的家人、朋友或参与您诊疗护理的任何其他人。我们还可能将信息提供给您确定负责支付您的诊疗护理费用的人员。

- **健康信息交换:** 我们可能会参与一次或多次健康信息交换 (HIE), 并可能以电子方式与 HIE 中的其他参与者分享您的医疗信息, 以用于治疗、付款和医疗保健运营目的。HIE 允许您的医务人员有效地查阅和使用医疗信息, 用以您的治疗和其他合法目的。**将您的医疗信息纳入 HIE 中是自愿的, 您有权选择退出。如果您不选择退出信息交换, 我们可能会根据适用法律将您的医疗信息提供给我们参与的 HIE。**您可以随时选择不通过我们的任何 HIE 网络共享您的信息, 即“选择退出”。您可以联系 Hoag 健康信息管理部门退出, 电话: 949-764-8326, 选项 5, 电子邮箱: HoagMedicalRecords@hoag.org。

出于其他几个原因, 在未经您事先授权的情况下, 我们可能需要使用或披露您的医疗信息。根据某些要求, 我们可能会在未经您事先授权的情况下出于以下目的提供您的医疗信息:

- **研究:** 我们可能会出于研究目的使用和披露您的医疗信息。所有研究项目都要经过正式委员会的特别批准程序。
- **法律要求:** 我们可能会在法律要求时披露医疗信息, 例如, 应执法机构在特定情况下的要求, 或应有效的司法或行政命令。
- **公共卫生:** 我们可能会根据法律要求或在法律允许的情况下, 将您的医疗信息共享给公共卫生当局或政府机构, 这些机构的官方职责包括预防或控制疾病、伤害或残疾。这些披露包括报告传染性疾病、对药物的反应、产品问题或不良事件、免疫登记、报告滥用或疏忽, 或报告出生或死亡等重要统计数据。
- **避免对健康或安全造成严重威胁:** 我们可能会在必要时使用和披露您的医疗信息, 以防止对您的健康和公共安全或公众或他人的健康和公共安全造成严重威胁。
- **执法:** 我们可能会应执法人员的要求向其披露您的医疗信息, 但仅限于法律授权的披露, 例如识别或查找嫌疑人、逃犯、重要证人或失踪人员。
- **卫生监督:** 我们可能会向卫生监督机构披露您的医疗信息, 用于合法授权的卫生监督活动, 例如监督卫生保健系统和政府福利计划所需的稽查和调查。
- **业务伙伴:** 有些服务是通过我们与商业伙伴的合同提供的。

例如, 代表我们向保险公司开具账单的公司也是我们的业务伙伴, 我们可能会向此类公司提供您的医疗信息, 以便公司帮助我们获得所提供的医疗保健服务的付款。为了保护您的医疗信息, 我们会要求我们的业务伙伴通过书面协议妥善保护您的信息。

- **丧葬承办人、法医和验尸官:** 我们可能会根据适用法律向丧葬承办人、验尸官或法医披露医疗信息, 以便他们履行其职责。
- **诉讼和纠纷:** 如果您涉及诉讼或纠纷, 我们可能会根据法院或行政命令披露您的医疗信息。我们还可能应传票或涉及纠纷的其他人员的披露请求或其他合法程序披露您的医疗信息, 但前提是已尽力告知您该请求 (可能包括向您发出书面通知) 或获得保护所请求信息的命令。
- **器官和组织捐赠:** 根据适用法律, 我们可能会出于组织捐赠和移植的目的, 向器官采购组织或其他实体披露您的医疗信息。
- **军人和退伍军人:** 如果您是武装部队的一员, 我们可能会根据军事指挥机构的要求公布您的医疗信息。我们还可能向适当的外国军事机构披露有关外国军事人员的医疗信息。
- **国家安全:** 我们可能会将您的医疗信息披露给授权的联邦官员, 以进行情报、反情报和法律授权的其他国家安全活动。我们还可能向经授权的联邦官员披露您的医疗信息, 以便他们为总统、其他经授权人员或外国国家元首提供保护或进行特殊调查。
- **多学科人员团队:** 我们可能会将您的医疗信息披露给与以下方面相关的多学科人员团队, 以保护、识别、管理或治疗 (i) 受虐待儿童及其父母, 或 (ii) 受虐待和忽视的老人。
- **美国食品药品监督管理局 (FDA):** 我们可能会向 FDA 披露与报告不良事件相关的特定医疗信息。
- **工伤赔偿:** 我们可能会披露必要的医疗信息, 以遵守与工伤赔偿或法律确立的其他类似计划相关的法律。
- **劳教所:** 如果您是劳教所的囚犯, 我们可能会向机构或其代表披露您的健康及其他人员的健康和安全的医疗信息。

- **特殊类别的信息：**在某些情况下，您的医疗信息可能会受到限制，这些限制可能会限制或妨碍本通知所述的某些使用或披露。例如，使用或披露某些类型的医疗信息（例如人类免疫缺陷病毒 [HIV] 检测结果、心理健康记录以及酗酒和物质滥用治疗记录）存在特殊限制。政府健康福利计划也可能限制出于与本计划和向受益人提供的诊疗护理无关的目的披露受益人信息。

## 医疗信息的其他使用或披露

在本通知未涵盖的任何其他情况下，在使用或披露您的医疗信息之前我们会征得您的书面授权。需要您授权的使用和披露的具体示例包括：(i) 心理治疗记录（心理健康专业人员的私人记录与医疗记录分开保存）的大多数使用和披露；(ii) 出于营销目的对您的医疗信息进行的使用和披露（有限的例外情况除外）；以及 (iii) 构成出售您的医疗信息的披露。如果您授权我们使用或披露您的医疗信息，除非我们已根据您的授权进行了处理，否则您之后可以书面通知我们撤销该授权的决定。

## 您对您的医疗信息的权利

您对我们保留的关于您的医疗信息享有以下权利：

- 以书面形式\*要求限制您的医疗信息在治疗、付款或医疗保健运营方面的某些使用或披露（例如，限制谁可以查阅您的医疗信息）。对于您书面要求的仅与您已全额自付的项目或服务有关的信息的限制，我们必须同意限制披露给健康计划，除此之外，尽管我们会考虑您的请求，但法律上并不要求我们同意您所要求的限制。除非法律要求我们披露，否则我们必须遵守该等要求。您有责任将这一限制通知任何其他提供方。
- 联系入院或注册部门索取本通知的纸质副本，即便您已同意以电子方式接收本通知。
- 在大多数情况下，检查并获取您的医疗信息的副本。如果您索取副本（纸质或电子版），我们可能会向您收取合理的、基于成本的费用。
- 如果您认为您记录中的信息不正确或重要信息缺失，请书面\*请求修改您的记录。如果该信息不是由我们创建，也不由我们维护，或者如果我们确定记录准确，我们可以拒绝您修改记录的请求。您可以以书面形式对我们不修改记录的决定提出申诉。即使我们拒绝您的修改请求，您也有权就您记录中您认为不完整或不正确的任何项目或陈述提交书面补遗。

- 获取我们对您的医疗信息做出的某些披露的说明。说明会提供有关用于治疗、付款、医疗保健运营以外目的的 Hoag 外部披露信息，或您在过去六 (6) 年内明确授权使用或披露的信息。申请必须采用书面形式\*，并注明说明所需的时间段。您索取第一份列表是免费的。对于十二 (12) 个月内提出的其他请求，可能会收取费用。
- 要求以特定方式或在特定地点向您传达有关您的医疗信息。例如，您可以要求我们仅在工作时或通过邮件与您联系。
- \* 所有书面请求或申诉均应提交给本通知中列出的适用 Hoag 隐私官。

## 本通知的变更

我们保留随时更改本通知的权利。我们有权使修订后的通知对我们已有的任何医疗信息以及未来收到的任何信息生效。如果我们对本通知进行了重大变更，我们将在您接受服务的地点和我们的网站上发布修订后的通知，并要求提供修订后的通知。

## 投诉

如果您有任何疑问或想要了解更多信息，或者您认为您的隐私权受到侵犯，您可以通过以下方式联系 Hoag 隐私官：

Hoag 公司合规办公室

收件人：Hoag 隐私官

One Hoag Drive, Newport Beach, CA 92663

949-764-4427

CorporateCompliance@hoag.org

您也可以向美国卫生与人类服务部民权办公室提出投诉，地址为 200 Independence Avenue, S. W., Washington, DC 20201。投诉不会对您接受的治疗或承保范围产生负面影响。

Hoag 致力于防止因个人行使任何确立的权利或参与任何规定的程序对所涉实体提出投诉而对其进行恐吓或报复行动。

