



CNSNT

治疗条件和财务责任
(CONDITIONS FOR TREATMENT AND FINANCIAL RESPONSIBILITY)

Side 1 of 2

本知情同意书中所提及的“ChristianaCare”包括 ChristianaCare 机构及其员工、承包商和相关医疗服务提供者的行为操作。除非我以书面形式撤销同意书，我同意以下事项：

同意治疗

- A. ChristianaCare 可获取我的健康和保险承保信息，包括我的医疗保健情况、处方药使用记录以及为我提供的医疗服务。我理解并同意，医疗服务的任何具体结果无法获得保证。我理解，本同意书适用于我从 ChristianaCare 获得的基于医院的住院和门诊服务，以及基于门诊室的非住院服务。
- B. ChristianaCare 是一家教学机构，专业的受训人员可参与和我有关的护理。
- C. 在治疗某些病症期间或作为某些治疗的一部分（如创伤、婴儿复苏），ChristianaCare 可通过图像、视频、电子或音频媒体来提升疗效、识别患者信息、用于培训和/或治疗目的，并可对此进行记录。我理解，上述记录可能会经医疗保健专业人员审查，但不构成医疗记录，并且审查过后会被清除。

远程医疗

- A. 我了解，远程医疗(“telehealth”)通过数字通信技术来提供医疗保健服务，使异地的医疗保健服务提供者为患者进行远程诊断、远程会诊、提供远程医疗咨询、远程医疗教育、远程监护以及远程护理和治疗服务。
- B. 我了解，远程医疗看诊与现场面诊有差别，因为我与我的医疗保健提供者身处两地。我了解，除非我的身体状况支持远程医疗，否则我不接受远程医疗的诊治，因为医疗保健提供者无法对我的身体进行细致周到的检查。
- C. 我了解，数字通信技术可能包括但不限于双向音频、视频的实时传输或其他电讯或电子通讯，包括对患者的远程监护、在确保安全的基础上召开视频会议和/或与我的护理团队进行短信交流。
- D. 我了解使用远程医疗服务的诸多好处，包括但不限于为医疗会诊和医疗管理带来的便利。我亦明白，通过远程医疗接受诊治存在诸多风险，包括但不限于音频/视频的连接中断可能会导致看诊时间的推迟和/或转而接受替代性的看诊方法，以及在个别情况下，我的私密信息可能会未经授权而被访问。我了解，如果发生技术故障，我应立即联系我的医疗保健服务提供者，若情况紧急，可直接拨打 911。
- E. 我了解，保护个人医疗信息机密性的法律同样适用于远程医疗，并且 ChristianaCare 通过安全协议来保护我的隐私，同时确保我的私密通信仅发送给预定的护理团队成员。
- F. 我了解，未经我同意，ChristianaCare 不会对远程医疗的看诊过程录像或录音。
- G. 我同意，在我的医疗保健服务提供者或护理团队的合格成员认为合适且必要的情况下，允许 ChristianaCare 从我这里获取健康信息，并通过远程医疗通信为我提供医疗保健服务。
- H. 我了解，我可以随时拒绝或中止远程医疗服务并要求替代性的医疗服务，如现场面诊。

贵重物品免责声明

- A. 除存放在医院保险柜中的物品外，我应对携带到 ChristianaCare 的任何个人财产的损失或损坏负责。对于个人财产的丢失、盗窃或毁损，我不得向 ChristianaCare 追究责任。
- B. 在我住院的情况下，我同意，除非医院为我开具更大面额的书面收据，否则医院对我存放在保险柜中的任何物品损失的最大责任上限为 \$300。

经济责任

- A. 我同意，我需对 ChristianaCare 和其他医师小组（例如急诊科、麻醉科、病理科）承担经济责任，以便支付在我就诊期间所享受的医疗保健服务的全部费用。
- B. 我了解，我需负责支付政府和/或商业保险承保范围在其他方面未承保的费用。
- C. 我了解，ChristianaCare 仅将商业和/或政府保健计划视为保险承保范围，而不将费用分摊计划视为保险承保范围。我了解，如果我没有获得商业或政府医疗保健福利计划的承保，则我将被视为自费患者。我了解，无论我是否参与了费用分摊计划、我的会员卡上列出的信息如何以及付款凭证上所述的费用分摊计划提出的有何限制，我均需负责支付费用。
- D. 我了解，在收到服务账单后，如果我未及时履行经济责任，我可能需要就任何未支付的款项支付额外费用。

所得利益转让

- A. 我将我有权享有承保的所有保险金的款项或其他所得转让给 ChristianaCare、其医疗保健承包商和相关的医师小组，以便支付我在患者护理就诊期间所享受的医疗保健服务的全部费用。

MEDICARE 保险金转让

- A. 在 Medicare 保险金适用的情况下，我确认我根据《社会保障法》第 XVIII 章在申请付款时提供的信息是正确的。对于我接受的任何服务，我请求向 ChristianaCare 及其合同服务和医师小组支付授权的 Medicare 保险金。我授权关于我的医疗信息或其他信息的任何持有人，将确定相关服务的保险金所需的任何信息发布给 Medicare 及其代理商。

**治疗条件和财务责任
(CONDITIONS FOR TREATMENT AND FINANCIAL RESPONSIBILITY)**

Side 2 of 2

患者通信

- A. 我同意 ChristianaCare 通过电话、电子邮件或短信发送至我提供的电话号码和/或电子邮件地址来与我通信。我承认并了解，如果通过电子邮件发送信息，则会存在无意间将包括我的受保护健康信息在内的信息披露给第三方的风险。我亦承认并了解，我的无线运营商可能会向我收取短信费用。
- B. 我同意并授权 ChristianaCare 使用我的电子邮件和电话号码进行患者满意度调查、提供医疗保健信息、进行随访、用于广告、电话销售目的、用于账单事项和账户收款。
- C. 我同意并授权 ChristianaCare 使用我的电话号码和电子邮件进行通信：(i) 通过自动电话拨号器和/或 (ii) 通过预录的电话呼叫和/或 (iii) 收发短信。
- D. 我了解，若有人联系到我，我有权退出以上任何患者通信过程。我亦了解，我无须同意所有患者通信方式，作为接受医疗保健服务的条件。
- E. 本同意书适用于 ChristianaCare 过去、现在和将来的所有通信，直到我书面撤销本同意书为止。
- F. 我明白我的初级保健医生会收到我的入院通知。

经济援助计划的通知和确认

我已获得了接收和审查《经济援助计划摘要》的机会。

隐私惯例通知

我已收到一份《隐私惯例通知》或已给予机会审阅 ChristianaCare 的《隐私惯例通知》。

同意

我已经阅读或已阅读此文档，并且我了解我的责任：

		/ /	
<i>病人/代表签字 (Patient/Representative Signature)</i>	<i>与病人的关系 (Relationship to Patient)</i>	<i>日期 (Date)</i>	<i>时间 (Time)</i>

()	
<i>电话号码 (Telephone Number)</i>	<i>电子邮件地址 (Email Address)</i>

Interpretation: The information has been presented to the: patient representative decision maker in: _____
 The person who provided the interpretation is a qualified medical interpreter. Language _____

Interpreter Name	Agency and ID# (if applicable)
------------------	--------------------------------

		/ /	
<i>Witness Signature</i>	<i>Print Name</i>	<i>Date</i>	<i>Time</i>