

治疗条件和财务责任

(CONDITIONS FOR TREATMENT AND FINANCIAL RESPONSIBILITY ACKNOWLEDGMENT) (SIMPLIFIED CHINESE)

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：

1. 同意治疗 (CONSENT FOR TREATMENT)

- 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 任何地点或家庭环境中进行的住院和门诊服务，以及我从 ChristianaCare 获得的基于门诊室的非住院服务。
- B. 我同意 ChristianaCare 与其他医疗服务提供者共享我的信息，以提供专业服务咨询。
- C. 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。
- D. 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。

2. 远程医疗与基于通讯技术的服务 (CTBS)

- A. 我了解，远程医疗“telehealth”（包括“远程治疗”和行为健康服务）是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。这还可能包括基于通讯技术的服务 (Communication Technology-Based Services, CTBS)，目的在于协助诊断和/或管理本人的护理，用于远程评估图像/视频、虚拟签到、电子就诊（使用 ChristianaCare 在线患者门户、由患者发起的就诊）以及与合作医疗服务提供者进行沟通。
- 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，在远程会诊中，电子设备的通讯质量会影响我的医疗保健提供者对我的诊治能力。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，以及在一个个别情况下，我的私密信息可能会未经授权而被访问。我了解，在我接受远程医疗服务时，我的医疗保健提供者可能无法帮助我调整或解决可能会干扰远程医疗服务接收的位置或环境因素。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，在使用远程医疗服务时，我医疗保健服务提供者可以和其他专业人员协作，如同现场面诊。我了解，如同现场面诊，我的医疗保健提供者可能并不了解所有协作专业人员的知识、经验和资格。我了解在这种情况下，我的医疗保健提供者会使用与现场面诊同样的专业判断能力和技能和其他专业人员进行协作。
- I. 我了解，如同现场面诊，我医疗保健提供者可能会有其他人员到场协助进行远程医疗就诊。我的医疗保健提供者已经告知我所有即将参与远程医疗就诊人员的角色，并且我同意我的医疗保健提供者与在场人员分享我的健康信息。
- J. 我了解，如同现场面诊，我选择的陪同我进行远程医疗就诊的其他人员，可能会听到我的健康信息，并且我同意我的医疗保健提供者与我的陪同人员分享我的健康信息。
- K. 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。

治疗条件和财务责任

(CONDITIONS FOR TREATMENT AND FINANCIAL RESPONSIBILITY ACKNOWLEDGMENT) (SIMPLIFIED CHINESE)**3. 贵重物品免责声明 (RELEASE FROM LIABILITY FOR VALUABLES)**

- 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。

4. 经济责任 (FINANCIAL RESPONSIBILITY)

- A. 除非本人另有规定，否则我同意我对 ChristianaCare 和非 ChristianaCare 医疗保健提供者在我就诊期间向我提供的医疗保健服务产生的所有费用承担经济责任。非 ChristianaCare 提供者包括急诊科和麻醉科医师。本人了解，成本分摊政策适用于 CTBS，因此，即使没有与合作医疗服务提供者进行当面交流，本人也可能将向 CTBS 支付部分费用。
- B. 如果服务受商业和/或政府健康计划承保，则我可能仅负责这些计划下的共同支付、共同保险和/或免赔额（如果存在）。如果我未参保 Medicare 和 Medicare，也不是自费患者，则我已获得机会查看《无意外账单法案（差额账单）披露》。
- C. 如果服务不在商业和/或政府健康计划的承保范围内，则我可能负责所有费用。
- D. 如果这些服务是在我参加该州 Medicaid 计划的同一州提供的，那么我对 ChristianaCare 提供的医疗保健服务不承担经济责任。例如，如果我是一位特拉华 Medicare 医疗补助计划的成员，对于由 ChristianaCare 在特拉华州提供的 Medicare 医疗补助 所涵盖的服务，我不承担经济责任。
- E. 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。
- F. 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，或我的会员卡上列出的任何信息，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。在收到服务账单后，如果我未及时履行经济责任，我了解我可能需要就任何未支付的款项支付额外费用。

5. 所得利益转让 (ASSIGNMENT OF BENEFITS)

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。我明确同意，在必要时申请 Medicaid 保险来支付我的医疗费用，且以我最初接受治疗和/或由 ChristianaCare 收治的日期作为申请 Medicaid 权益的保护性申请日期。

6. 保险金转让 (MEDICARE ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS)

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。

7. 患者通信 (PATIENT COMMUNICATIONS)

- 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。

治疗条件和财务责任

(CONDITIONS FOR TREATMENT AND FINANCIAL RESPONSIBILITY ACKNOWLEDGMENT) (SIMPLIFIED CHINESE)

8. 经济援助计划的通知和确认 (NOTIFICATION AND ACKNOWLEDGMENT OF FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM)

我已获得了接收和审查《经济援助计划摘要》的机会。

9. 隐私惯例通知 (NOTICE OF PRIVACY PRACTICES)

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》。

10. 同意 (CONSENT)

我已经阅读或已阅读此文档，并且我了解我的责任：