

入院/门诊就诊条款

CONDITIONS OF ADMISSION / CLINIC VISIT (CHINESE SIMPLIFIED)

医疗同意书: 我同意患者在医院/诊所时, 可能对我/患者进行的程序和治疗。这些程序和治疗可能包括体检、化验等检查, X 光片、止痛、常规/简单护理, 手术及其他医疗服务、程序和治疗以及远程医疗服务。我明白我正在同意接受由洛杉矶县运营的医院/诊所提供的治疗。我明白洛杉矶县运营的医院/诊所可能是教学设施。我理解且同意, 由主治医师监督的实习生、住院医师和研究员可能会照顾我/患者。我理解且同意, 我可能接受不持有医师和外科医生证书的医生的护理, 但该医生有资格并经过加利福尼亚医学委员会认证, 并以客座教授或教员的身份在特殊项目中提供护理服务。我也同意医学生、牙科学生、实习护士和医院/诊所批准的任何其他学生帮助或观察我/患者的护理。我同意医院/诊所使用和清理从我/患者体内取出的任何组织、器官、物质或其他物体。

图片/视频/音频: 我同意我/患者的照片、视频或其他图像或录音用于治疗目的以及卫生服务局的医疗保健业务, 包括同行评审、质量改进、培训和教育。我了解, 根据加利福尼亚州的法律, 未经医院/诊所员工允许, 我不得拍摄或录制医院/诊所的员工。未经允许, 我也不得分享医院/诊所员工的视频、图片或录像。

医院/诊所规定: 我同意我/患者将遵守规定, 并接受医院/诊所的管理员/主任是唯一判定我是否遵守医院/诊所规定的人。我同意如果我/患者未遵守规定, 可能要求我/患者回家, 或从医院/诊所出院。

护理: 我理解且同意医院/诊所只提供一般性职务型护理服务, 若我/患者的医生提出要求, 我/患者将接受更严格的护理服务。

产妇患者: 如果我在医院/诊所住院期间分娩婴儿, 我同意相同的入院条件也适用于新生儿。

信息发布: 我了解我/患者的健康信息受州和联邦法律保护。除非法律允许, 否则医院/诊所必须签署单独的表格, 使用我/患者的健康信息。

使用患者资料索取医院/诊所服务费用: 我同意医院/诊所与负责支付医院/诊所账单的人共享我/患者记录的任何内容, 如病历。包括保险公司、医疗保健计划或劳工赔偿公司。如果患者因酗酒或吸毒、艾滋病/艾滋病或精神健康问题正在接受治疗, 则可能需要特殊许可才可共享信息。

财务协议: 我理解且同意, 如果患者没有保险, 我会负责按照医院/诊所的常规费率和条款支付医院/诊所的费用。如果我不付款, 而账单待收, 我同意支付任何律师费和因收费而产生的费用。如果我的账户迟交费用, 我同意按法定利率支付利息。

MEDI-CAL/MEDICARE: 如果我填写了 Medi-Cal 或 Medicare 计划表格, 则表示我同意如实填写。我同意因完成此请求给出所需信息。我同意允许直接向洛杉矶县卫生服务局和/或公共卫生局付款。我同意支付我应承担的所有剩余费用。我授予医院/诊所支付我在 Medicare A 或 B 部分项下获得医院/诊所护理费用的权利, 包括任何医生的服务。

保险/个人赔偿费用分配: 我同意让患者的保险公司直接向洛杉矶县, 包括与洛杉矶县有关的医疗团体支付医疗费用。我同意支付保险公司未支付的任何剩余费用。

医院内的个人贵重物品: 我理解医院有放置金钱和贵重物品的保险柜。医院

对未放入保险柜中的金钱和贵重物品概不负责。如果我未将钱或贵重物品放在保险柜, 可能存在被盗或丢失的风险。我明白我应该把金钱和贵重物品放在家中。

我理解医院只负责保险柜中价值至多\$500的丢失/失窃物品, 除非我从医院收到了一张面额较大的收据。

MRUN

NAME

DOB

SEX on ID



T-HS62A-CS

APPROVED FOR USE AT ALL DHS / DPH FACILITIES
SCAN INTO ELECTRONIC HEALTH RECORD

患者权利

您的权利如下:

1. 您有权享受周到、受尊重和舒适的护理服务。您有权获得尊重您的文化、心理、精神和个人价值观、信仰和偏好的服务。
2. 您有权让您的家庭成员（或您选择的其他代表）和您的医生及时通知您的入院事宜。
3. 您有权知道主要负责协调您的护理（在其专业执照范围）的持证医务人员的姓名，以及为您诊治的医生和非医生的医护人员的姓名和专业关系。
4. 您有权以您能理解的方式接收有关您的健康状况、诊断、预后、治疗过程、康复前景和护理结果（包括意外结果）的信息。您有权进行有效沟通，参与制定和实施您的护理计划。您有权参与在护理过程中出现的伦理问题，包括冲突解决、停止复苏服务、放弃或撤销维持生命的治疗。
5. 您有权就医疗护理做出决定，接收更多有关治疗建议或医疗程序的信息，以便您了解后同意或拒绝某种治疗。除紧急情况外，该信息包括对医疗程序或治疗方式的描述、涉及的重大医疗风险、替代治疗方式或不治疗方式、每种方法涉及的风险，以及负责执行此医疗程序或治疗人员的姓名。
6. 在法律允许的范围内，您有权要求或拒绝治疗。但您无权要求不适当或不必要的治疗或服务。在法律允许范围内，即使不听从医务人员的建议，您亦有权离开医疗机构。
7. 如果医疗机构/执业医疗从业者在其专业执业许可范围内提议参与或进行影响您的护理或治疗的人体实验，您有权获得建议。您有权拒绝参加此类研究项目。
8. 您有权对任何合理的服务要求作出合理回应。
9. 您有权对您的疼痛进行适当的评估和管理，了解疼痛信息，减轻疼痛措施，参与疼痛管理决策。如果您患有严重慢性顽固性疼痛，您可以要求或拒绝使用任何或所有缓解疼痛的方式，如阿片类药物。医生可能拒绝开阿片类药物，但如果拒绝，必须告知您有专门的医生使用包括阿片剂的方法治疗疼痛。
10. 您有权制定预先指示。包括如果您无法理解建议的治疗或无法传达您对护理的意愿，您可以指定一名决策者。在医疗机构提供护理的工作人员和从业人员会遵守您的指示。所有患者的权利适用于代表您做出医疗护理决定的法律责任人。有关预先指示要求的投诉，可向加利州公共卫生局提出（见下方联系信息）。
11. 您有权利使个人隐私得到尊重。病例讨论、会诊、检查和治疗为保密信息，应谨慎进行。您有权被告知任何人在场的原因。在检查前和讨论治疗问题时，您有权让来访者离开。半私人房间将使用隐私窗帘。
12. 您有权对与护理有关的所有通信和记录进行保密处理，并将它们留在医疗机构内。您会收到一份单独的《隐私行为通知》，详细说明您的隐私权以及我们如何使用和披露您的受保护健康信息。

65 号提案警示信息：加州 65 号提案要求州长公布一份“该州已知会导致癌症、出生缺陷或生殖危害的化学品”清单，要求加利福尼亚州的公司，包括医疗服务提供单位，警告公众可能接触到这些化学品。州长名单上的一些化学品被卫生保健机构使用，包括卫生服务局和公共卫生局设施。在医院/诊所停留期间，您可能会接触到一些化学品。除了这些化学物质，一些用于治疗病人的药物也包括国家已知的会导致癌症、出生缺陷或生殖损害的化学物质。请咨询您的医疗保健提供者或医院/诊所的药剂师，了解为您开具药物的具体信息。如果对此信息有任何疑问，请访问环境卫生办公室 www.oehha.ca.gov 或致电 (916) 445-6900。

消费者通知：如果您对医院/诊所尚未解决的患者护理和安全问题有疑问，您可以联系医院/诊所管理部门。如果未能通过医院/诊所管理部门解决问题，您可以拨打 (800) 994-6610 或发送邮件至 complaint@jointcommission.org 报告有关卫生设施部门的问题。医院/诊所的医生受加利福尼亚州医学委员会授权和监管。如需了解更多信息或投诉医生 (MD)，请拨打 (800) 633-2322 或写信至 2005 Evergreen St., #1200, Sacramento, CA 95815 联系加利福尼亚州医疗委员会，或登录网站 www.mbc.ca.gov/consumers/complaints。医院/诊所的助理医师受医师助理委员会授权和管理。如需了解更多信息或投诉医生助理 (PA)，请拨打 (916) 561-8780 或登录网站 www.pac.ca.gov。

本人签署此声明，表示本人理解并同意上述所有声明。本人有机会提出问题并得到回答。本人经授权作为患者或患者代表同意以上事项。本人明白本同意书自本人签署之日起一年内有效。如有要求，本人已收到本协议之副本。

见证人签字	患者或负责人签名	与患者的关系	日期	时间
-------	----------	--------	----	----

地址	街道	城市	邮政编码
----	----	----	------

MRUN

NAME

DOB

SEX on ID



T-HS62A-CS

APPROVED FOR USE AT ALL DHS / DPH FACILITIES
SCAN INTO ELECTRONIC HEALTH RECORD

13. 您有权在安全的环境下接受护理，且不受精神、身体、性或口头虐待和忽视、剥削或骚扰。您有权获得包括通知政府机构关于忽视行为或虐待行为等保护性和权益性服务。
14. 您有权不受工作人员以胁迫、纪律、方便或报复等任何形式的约束和隔离。
15. 您有权获得合理持续的护理，并提前知道约诊的时间和地点，以及护提供理者的身份。
16. 您有权从医疗机构出院后，由医生或其代表告知您持续医疗保健要求和选择。您有权参与出院计划的制定和实施。根据您的要求，您的朋友或家庭成员也可获得此信息。
17. 您有权了解在您作为患者期间对您适用的医疗机构规定和政策。
18. 如果您有决策能力，您有权指定一名陪护人员和您选择的访客（无论访客是否有血缘关系、婚姻关系或注册的家庭伴侣身份），除非：不允许访客来访；卫生设施会合理判断，特定访客的来访是否会危及患者、卫生设施工作人员或其他访客的健康或安全，或会严重扰乱卫生设施的运行；您已告知卫生设施工作人员您不再需要特定的来访对象。然而卫生机构可以对探视制定合理限制，包括对探视时间和探视人数的限制。医疗机构必须告知您（或您的陪护人员，如适用）您的探视权，包括任何临床限制或局限性条件。卫生机构不得根据种族、肤色、国籍、宗教、性别、性别认同、性取向或身体残疾的约束条件、限制或以其他方式拒绝探视特权。
19. 如果您缺乏决策能力，您有权在决定可以探视的人员时考虑您的意愿。考虑的方法将依据联邦法律，并在医疗机构的探视政策中披露。根据联邦法律，医疗机构至少应将与您同住之人和任何陪护您的人包括在内。
20. 无论付款来源如何，您都有权检查并获得对账单的解释。
21. 您有权行使这些权利，且不因性别、经济状况、教育背景、种族、肤色、宗教、血统、国籍、性取向、性别认同/表达、残疾、医疗状况、婚姻状况、年龄、登记的家庭伴侣状况、遗传信息、公民身份、主要语言、移民身份（联邦法律要求除外）或护理费用来源而受到歧视。
22. 您有权提出申诉。如果您想向本医疗机构提出申诉，您可以通过写信或致电患者关系部/患者权益维护者组织进行申诉。我们将对您的申诉进行审查，并向您提供书面答复。书面答复包括医疗机构联系人的姓名、调查申诉步骤、申诉程序结果以及申诉程序完成日期。有关护理质量或过早出院的问题，也将酌情提交给使用和质控同行审查组织（PRO）。
23. 无论您是否使用医疗机构的申诉程序，您都有权向加州公共卫生局提出申诉。加州公共卫生局的电话号码是 800-228-5234, 地址为：681 S Parker St., Suite 200 Orange, CA 92868。
24. 您有权向公平就业和住房部（DFEH）投诉：www.dfeh.ca.gov, 800-884-1684 或 800-700-2320 (TTY) 或 2218 Kausen Dr. #100, Elk Grove, CA 95758。

入院/門診就診條款

CONDITIONS OF ADMISSION / CLINIC VISIT (CHINESE TRADITIONAL)

醫療同意：我同意患者在醫院/診所時，可能對我/患者進行的程序和治療。這些程序和治療可能包括體檢、化驗等檢查，X光片、止痛、常規/簡單護理，手術及其他醫療服務、程序和治療以及遠端醫療服務。我明白我正在同意接受由洛杉磯縣運營的醫院/診所提供的治療。我明白洛杉磯縣運營的醫院/診所可能是教學設施。我理解且同意，由主治醫師監督的實習生、住院醫師和研究員可能會照顧我/患者。我理解且同意，我可能接受不持有醫師和外科醫生證書的醫生的護理，但該醫生有資格並經過加利福尼亞醫學委員會認證，並以客座教授或教員的身份在特殊項目中提供護理服務。我也同意醫學生、牙科學生、實習護士和醫院/診所批准的任何其他學生幫助或觀察我/患者的護理。我同意醫院/診所使用和清理從我/患者體內取出的任何組織、器官、物質或其他物體。

圖片/視頻/音訊：我同意我/患者的照片、視頻或其他圖像或錄音用於治療目的以及衛生服務局的醫療保健業務，包括同行評審、品質改進、培訓和教育。我瞭解，根據加利福尼亞州的法律，未經醫院/診所員工允許，我不得拍攝或錄製醫院/診所的員工。未經允許，我也不得分享醫院/診所員工的視頻、圖片或錄影。

醫院/診所規定：我同意我/患者將遵守規定，並接受醫院/診所的管理員/主任我是唯一判定是否遵守醫院/診所規定的人。我同意如果我/患者未遵守規定，可能要求我/患者回家，或從醫院/診所出院。

護理：我理解且同意醫院/診所只提供一般性職務型護理服務，若我/患者的醫生提出要求，我/患者將接受更嚴格的護理服務。

產婦患者：如果我在醫院/診所住院期間分娩嬰兒，我同意相同的入院條款也適用於新生嬰兒。

資訊發佈：我瞭解我/患者的健康資訊受州和聯邦法律保護。除非法律允許，否則醫院/診所必須簽署單獨的表格，使用我/患者的健康資訊。

使用患者資料索取醫院/診所服務費用：我同意醫院/診所與負責支付醫院/診所帳單的人共用我/患者記錄的任何內容，如病歷。包括保險公司、醫療保健計畫或勞工賠償公司。如果患者因酗酒或吸毒、愛滋病毒/愛滋病或精神健康問題正在接受治療，則可能需要特殊許可才可共用資訊。

財務協議：我理解且同意，如果患者沒有保險，我會負責按照醫院/診所的常規費率和條款支付醫院/診所的費用。如果我不付款，而帳單待收，我同意支付任何律師費和因收費而產生的費用。如果我的帳戶遲交費用，我同意按法定利率支付利息。

MEDI-CAL/MEDICARE：如果我填寫了 Medi-Cal 或 Medicare 計畫表格，則表示我同意如實填寫。我同意因完成此請求給出所需資訊。我同意允許直接向洛杉磯縣衛生服務局和/或公共衛生局付款。我同意支付我應承擔的所有剩餘費用。我授予醫院/診所支付我在 Medicare A 或 B 部分項下獲得醫院/診所護理費用的權利，包括任何醫生的服務。

保險/個人賠償費用分配：我同意讓患者的保險公司直接向洛杉磯縣，包括與洛杉磯縣有關的醫療團體支付醫療費用。我同意支付保險公司未支付的任何剩餘費用。

醫院內的個人貴重物品：我理解醫院有放置金錢和貴重物品的保險櫃。醫院

對未放入保險櫃中的金錢和貴重物品概不負責。如果我未將錢或貴重物品放在保險櫃，可能存在被盜或丟失的風險。我明白我應該把金錢和貴重物品放在家中。

我理解醫院只負責保險櫃中價值至多\$500的丟失/失竊物品，除非我從醫院收到了一張面額較大的收據。

MRUN

NAME

DOB

SEX on ID

APPROVED FOR USE AT ALL DHS / DPH FACILITIES
SCAN INTO ELECTRONIC HEALTH RECORD



T-HS62A-CT

患者權利

您的權利如下：

1. 您有權享受周到、受尊重和舒適的護理服務。您有權獲得尊重您的文化、心理、精神和個人價值觀、信仰和偏好的服務。
2. 您有權讓您的家庭成員（或您選擇的其他代表）和您的醫生及時通知您的入院事宜。
3. 您有權知道主要負責協調您的護理（在其專業執照範圍）的持照醫務人員的姓名，以及為您診治的醫生和非醫生的醫護人員的姓名和專業關係。
4. 您有權以您能理解的方式接收有關您的健康狀況、診斷、預後、治療過程、康復前景和護理結果（包括意外結果）的資訊。您有權進行有效溝通，參與制定和實施您的護理計畫。您有權參與在護理過程中出現的倫理問題，包括衝突解決、停止復蘇服務、放棄或撤銷維持生命的治療。
5. 您有權就醫療護理做出決定，接收更多有關治療建議或醫療程序的資訊，以便您瞭解後同意或拒絕某種治療。除緊急情況外，該資訊包括對醫療程序或治療方式的描述、涉及的重大醫療風險、替代治療方式或不治療方式、每種方法涉及的風險，以及負責執行此醫療程序或治療人員的姓名。
6. 在法律允許的範圍內，您有權要求或拒絕治療。但您無權要求不適當或不必要的治療或服務。在法律允許範圍內，即使不聽從醫務人員的建議，您亦有權離開醫療機構。
7. 如果醫療機構/執業醫療從業者在其專業執業許可範圍內提議參與或進行影響您的護理或治療的人體實驗，您有權獲得建議。您有權拒絕參加此類研究項目。
8. 您有權對任何合理的服務要求作出合理回應。
9. 您有權對您的疼痛進行適當的評估和管理，瞭解疼痛資訊，減輕疼痛措施，參與疼痛管理決策。如果您患有嚴重慢性頑固性疼痛，您可以要求或拒絕使用任何或所有緩解疼痛的方式，如阿片類藥物。醫生可能拒絕開阿片類藥物，但如果拒絕，必須告知您有專門的醫生使用包括阿片劑的方法治療疼痛。
10. 您有權制定預先指示。包括如果您無法理解建議的治療或無法傳達您對護理的意願，您可以指定一名決策者。在醫療機構提供護理的工作人員和從業人員會遵守您的指示。所有患者的權利適用於代表您做出醫療護理決定的法律責任人。有關預先指示要求的投訴可向加利州公共衛生局提出（見下方聯繫資訊）。
11. 您有權利使個人隱私得到尊重。病例討論、會診、檢查和治療為保密資訊，應謹慎進行。您有權被告知任何人在場的原因。在檢查前和討論治療問題時，您有權讓來訪者離開。半私人房間將使用隱私窗簾。
12. 您有權對與護理有關的所有通信和記錄進行保密處理並，並將它們留在醫療機構內。您會收到一份單獨的《隱私行為通知》，詳細說明您的隱私權以及我們如何使用和披露您的受保護健康資訊。

65 號提案警示資訊：加州 65 號提案要求州長公佈一份「該州已知會導致癌症、出生缺陷或生殖危害的化學品」清單，要求加州的公司，包括醫療服務提供單位，警告公眾可能接觸到這些化學品。州長名單上的一些化學品被衛生保健機構使用，包括衛生服務局和公共衛生局設施。在醫院/診所停留期間，您可能會接觸到一些化學品。除了這些化學物質，一些用於治療病人的藥物也包括國家已知的會導致癌症、出生缺陷或生殖損害的化學物質。請諮詢您的醫療保健提供者或醫院/診所的藥劑師，瞭解為您開具藥物的具體資訊。如果對此資訊有任何疑問，請訪問環境衛生辦公室 www.oehha.ca.gov 或致電 (916) 445-6900。

消費者通知：如果您對醫院/診所尚未解決的患者護理和安全問題有疑問，您可以聯繫醫院/診所管理部門。如果未能通過醫院/診所管理部門解決問題，您可以撥打 (800) 994-6610 或發送郵件至 complaint@jointcommission.org 報告有關衛生設施部門的問題。醫院/診所的醫生受加利福尼亞州醫學委員會授權和監管。如需瞭解更多資訊或投訴醫生 (MD)，請撥打 (800) 633-2322 或寫信至 2005 Evergreen St., #1200, Sacramento, CA 95815 聯繫加利福尼亞州醫療委員會，或登錄網站 www.mbc.ca.gov/consumers/complaints。醫院/診所的助理醫師受醫師助理委員會授權和管理。如需瞭解更多資訊或投訴醫生助理 (PA)，請撥打 (916) 561-8780 或登錄網站 www.pac.ca.gov。

本人簽署此聲明，表示本人理解並同意上述所有聲明。本人有機會提出問題並得到回答。本人經授權作為患者或患者代表同意以上事項。本人明白本同意書自本人簽署之日起一年內有效。如有要求，本人已收到本協議之副本。

見證人簽字	患者或負責人簽名	與患者的關係	日期	時間
-------	----------	--------	----	----

地址	街道	城市	郵遞區號
----	----	----	------

MRUN

NAME

DOB

SEX on ID



T-HS62A-CT

APPROVED FOR USE AT ALL DHS / DPH FACILITIES
SCAN INTO ELECTRONIC HEALTH RECORD

13. 您有權在安全的環境下接受護理，且不受精神、身體、性或口頭虐待和忽視、剝削或騷擾。您有權獲得包括通知政府機構關於忽視行為或虐待行為等保護性和權益性服務。
14. 您有權不受工作人員以脅迫、紀律、方便或報復等任何形式的約束和隔離。
15. 您有權獲得合理持續的護理，並提前知道約診的時間和地點，以及護理提供者的身份。
16. 您有權從醫療機構出院後，由醫生或其代表告知您持續醫療保健要求和選擇。您有權參與出院計畫的制定和實施。根據您的要求，您的朋友或家庭成員也可獲得此資訊。
17. 您有權瞭解在您作為患者期間對您適用的醫療機構規定和政策。
18. 如果您有決策能力，您有權指定一名陪護人員和您選擇的訪客（無論訪客是否有血緣關係、婚姻關係或註冊的家庭伴侶身份），除非：不允許訪客來訪；衛生設施會合理判斷，特定訪客的來訪是否會危及患者、衛生設施工作人員或其他訪客的健康或安全，或會嚴重擾亂衛生設施的運行；您已告知衛生設施工作人員您不再需要特定的來訪物件。然而衛生機構可以對探視制定合理限制，包括對探視時間和探視人數的限制。醫療機構必須告知您（或您的陪護人員，如適用）您的探視權，包括任何臨床限制或局限性條件。衛生機構不得根據種族、膚色、國籍、宗教、性別、性別認同、性取向或身體殘疾的約束條件、限制或以其他方式拒絕探視特權。
19. 如果您缺乏決策能力，您有權在決定可以探視的人員時考慮您的意願。考慮的方法將依據聯邦法律，並在醫療機構的探視政策中披露。根據聯邦法律，醫療機構至少應將與您同住之人和任何陪護您的人包括在內。
20. 無論付款來源如何，您都有權檢查並獲得對帳單的解釋。
21. 您有權行使這些權利，且不因性別、經濟狀況、教育背景、種族、膚色、宗教、血統、國籍、性取向、性別認同/表達、殘疾、醫療狀況、婚姻狀況、年齡、登記的家庭伴侶狀況、遺傳信息、公民身份、主要語言、移民身份（聯邦法律要求除外）或護理費用來源而受到歧視。
22. 您有權提出申訴。如果您想向本醫療機構提出申訴，您可以通過寫信或致電患者關係部/患者權益維護者組織進行申訴。我們將對您的申訴進行審查，並向您提供書面答覆。書面答覆包括醫療機構連絡人的姓名、調查申訴步驟、申訴程序結果以及申訴程序完成日期。有關護理品質或過早出院的問題也將酌情提交給使用和質控同行審查組織（PRO）。
23. 無論您是否使用醫療機構的申訴程序，您都有權向加州公共衛生局提出申訴。加州公共衛生局的電話號碼：800-228-5234，地址為：681 S Parker St., Suite 200 Orange, CA 92868。
24. 您有權向公平就業和住房部（DFEH）投訴：www.dfeh.ca.gov, 800-884-1684 或 800-700-2320 (TTY)或 2218 Kausen Dr. #100, Elk Grove, CA 95758。