

입원/외래 진료 약정서

CONDITIONS OF ADMISSION / CLINIC VISIT (KOREAN)

의료 행위에 대한 동의: 본인은 본인/환자가 병원/클리닉에 있는 동안 본인/환자에게 이루어질 수 있는 시술과 치료에 동의합니다. 이 시술과 치료에는 건강 검진, 진단 검사 및 기타 검사, 엑스레이 검사, 통증 완화, 일반/단순 간호, 수술 및 기타 의료 서비스, 시술 및 치료, 원격 건강 서비스 등이 포함될 수 있습니다. 본인은 로스앤젤레스 카운티가 소유, 운영하는 병원/클리닉에서 진료를 받는 것에 동의하고 있음을 이해합니다. 본인은 로스앤젤레스 카운티가 운영하는 병원/클리닉이 교육 병원일 수 있다는 점을 이해합니다. 본인은 인턴, 전공의, 전임의가 주치의의 감독 하에 본인/환자를 진료할 수 있음을 이해하고 이에 동의합니다. 본인은 의사 및 외과의사 자격증을 보유하고 있지 않지만 캘리포니아주 의료위원회(California Medical Board)에서 특별 프로그램으로 자격을 부여하고 인증한 방문 교수 또는 교수진으로부터 진료받을 수 있음을 이해하고 이에 동의합니다. 또한 본인은 의대생, 치대생, 간호과 학생 및 병원/클리닉에서 승인한 기타 학생들이 본인/환자의 진료를 돕거나 관찰할 수 있음에 동의합니다. 본인은 병원/클리닉이 본인/환자 신체에서 제거한 조직, 장기, 물질 또는 기타 물품을 사용하고 처분할 수 있음에 동의합니다.

사진/동영상/오디오: 본인은 치료 목적 및 동료 평가, 질 향상, 훈련, 교육 등을 포함한 보건복지부의 의료 서비스 운영을 위해 본인/환자의 사진을 촬영하고, 동영상이나 다른 영상을 녹화하거나 오디오를 녹음해야 할 수도 있음에 동의합니다. 본인은 캘리포니아 주법에 따라 병원/클리닉 직원을 허가 없이 촬영하거나 녹화할 수 없다는 것을 이해합니다. 본인은 또한 병원/클리닉 직원의 허락 없이 병원/클리닉 직원의 동영상, 사진, 음성을 공유할 수도 없습니다.

병원/클리닉 규칙: 본인은 본인/환자가 규칙을 준수할 것이고, 병원/클리닉의 관리자/이사만이 병원/클리닉 규칙이 준수되고 있는지에 대한 여부를 결정하는 유일한 사람임에 동의합니다. 본인은 본인/환자가 규칙을 준수하지 않으면 병원/클리닉으로부터 귀가나 퇴원 조치 요청을 받을 수 있음에 동의합니다.

간호: 본인은 병원/클리닉에서 본인/환자의 담당 의사가 본인/환자에게 집중 간호를 처방하는 경우가 아니라면 일반적인 간호 서비스만 제공함을 이해하며, 이에 동의합니다.

입산부 환자: 본 병원/클리닉에 환자로 입원 중에 신생아를 분만하는 경우 신생아에게도 이 입원 약정서가 적용됨에 동의합니다.

정보 공개: 본인/환자 건강 정보는 미국 연방법 및 캘리포니아 주법에 의해 보호되고 있음을 이해합니다. 법률에 허용이 명시되지 않는 한, 본인/환자의 건강 정보를 사용하기 위해서는 병원/클리닉은 별도 양식에 본인/환자의 서명을 받아야 합니다.

병원/클리닉 서비스 비용을 받기 위해 환자의 정보 이용: 본인은 병원/클리닉이 진료 기록 등 본인/환자 기록의 일부분을 병원/클리닉 청구서를 지불할 책임이 있는 사람과 공유할 수 있음에 동의합니다. 여기에는 보험회사, 의료보험 계획 또는 근로자 보상 회사 등이 포함될 수 있습니다. 환자가 알코올 또는 약물 남용, HIV/AIDS 또는 정신 건강 문제로 치료를 받고 있는 경우에는 해당 정보를 공유하기 위해서는 특별한 허가가 필요할 수 있습니다.

재정 계약: 본인은 환자가 보험이 없으면 병원/클리닉의 약관에 따라 병원/클리닉에 일정한 비용을 지불할 책임이 본인에게 있음을 이해하고, 이에 동의합니다. 본인이 요금을 지불하지 않아 청구서가 징수과로 이전되는 경우, 본인이 모든 변호사 비용과 징수 비용을 부담하는 데 동의합니다. 본인이 요금 지불을 늦게하면, 본인은 법정 이율의 이자를 부과받을 수 있음에 동의합니다.

MEDI-CAL/MEDICARE: 본인이 Medi-Cal 또는 MEDICARE 프로그램 양식을 작성했다면, 진실되게 작성했음에 동의합니다. 본인은 Medi-Cal 또는 MEDICARE 청구를 완료하기 위해 필요한 정보를 공개하는 데 동의합니다. 본인은 로스앤젤레스 카운티 보건복지부 및/또는 공중 보건국에 직접 지불하는 것에 동의합니다. 본인은 법적 책임이 있는 잔여 비용을 지불하는 데 동의합니다. 본인은 의사 진료를 포함하여 병원/클리닉의 의료 서비스를 위해 메디케어 파트 A 또는 B에 따라 지불받을 권리를 병원/클리닉에게 부여합니다.

보험 혜택 할당: 본인은 환자 보험 회사가 로스앤젤레스 카운티에 직접 지불하는 것에 동의합니다. 여기에는 카운티와 관련된 의료 그룹들이 포함됩니다. 본인은 보험 회사에서 지불하지 않은 잔여 요금을 지불하는 것에 동의합니다.

병원 내의 개인 귀중품: 본인은 병원에 금품과 귀중품을 보관할 금고가 있는 것을 알고 있습니다. 금고에 넣지 않은 금품이나 귀중품은 병원 측에서 책임지지 않습니다. 금품이나 귀중품을 금고에 넣지 않으면 도난당하거나 분실될 수 있습니다. 본인은 귀중품은 집에 두고 와야 한다는 점을 이해합니다. 본인은 병원이 금고에 보관된 분실 / 도난 물품의 더 많은 금액에 대한 병원 영수증이 있지 않는 한 최대 \$500 까지만 책임이 있음을 이해합니다.

MRUN
NAME
DOB
SEX on ID



T-HS62A-K

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

환자의 권리 장전

환자는 다음과 같은 권리를 가집니다.

1. 친절하고 정중한 대우를 받고 편안한 환경을 제공받으며 문화적, 심리 사회적, 종교적, 개인적 가치, 신념 및 취향을 존중받을 수 있습니다.
2. 병원 입원 사실을 가족(또는 자신이 선택한 다른 대리인)과 주치의에게 즉시 알릴 수 있습니다.
3. 치료 과정을 책임지는 담당 전문의 이름과 환자가 만나야 하는 모든 의사와 비의료 직원의 이름과 전문적 관계를 알 수 있습니다.
4. 환자의 건강 상태, 진단 내용, 예후, 치료 과정 및 회복에 대한 전망과 치료 결과(예상치 못한 결과 포함)에 대한 정보를 환자가 이해하기 쉬운 표현으로 설명을 들을 수 있습니다. 환자는 효과적인 의사소통에 대한 권리와 치료 계획 수립 및 이행 과정에 참여할 수 있는 권리가 있습니다. 환자는 갈등 해소 문제, 심폐 소생술 보류, 생명 유지 치료 보류 등 치료 과정에서 발생하는 윤리적 문제에 관여할 수 있는 권리가 있습니다.
5. 의학적 치료와 관련된 결정을 내리고, 제안된 치료 또는 시술에 대한 고지에 입각한 동의서를 제공하거나 치료 과정을 거부하기 위해 충분한 정보를 받을 수 있습니다. 응급 상황을 제외하고 이 정보에는 치료 절차 또는 방법, 치료 과정에서 수반되는 중대한 위험, 기타 치료 또는 비치료 과정, 각 과정에 수반되는 위험에 대한 설명과 함께 치료 절차 또는 방법을 이행하는 담당자의 이름이 포함됩니다.
6. 법률이 허용하는 범위 내에서 치료를 요청하거나 거부할 수 있습니다. 그러나 부적절하거나 의학적으로 불필요한 치료 또는 서비스를 요구할 권리는 없습니다. 환자는 또한 법이 허용하는 범위 내에서 의사 권고를 따르지 않고 퇴원할 수 있는 권리가 있습니다.
7. 전문인 허가 범위 내에서 활동하는 병원/담당 의사가 환자 진료 또는 치료에 영향을 주는 임상 연구를 제안하는 경우 해당 사실을 알 수 있습니다. 환자는 그러한 연구 프로젝트 참여를 거부할 수 있는 권리가 있습니다.
8. 합리적인 수준의 서비스 요청에 대한 합리적인 대우를 받습니다.
9. 환자 통증에 대한 적절한 평가 및 관리, 통증 정보, 통증 완화 방법 및 통증 관리 결정에 참여할 수 있습니다. 만약 극심하고 만성적인 난치성 통증을 겪고 있다면 환자는 아편 성분 약물을 비롯하여 통증 완화를 위한 모든 방법을 요청 또는 거부할 수 있습니다. 의사는 아편 성분 약물 처방을 거부할 수 있지만 거부하는 경우 아편 성분 약물을 사용하는 통증 치료 분야의 전문의가 있다는 사실을 환자에게 알려주어야 합니다.
10. 사전 의료 지시서를 작성할 수 있습니다. 이 지시서는 환자가 제안된 치료 내용을 이해할 수 없게 되거나 치료에 대한 본인 의사를 전달할 수 없게 되는 경우를 대비한 의사 결정권자 지정을 포함합니다. 병원에서는 환자를 치료하는 의사와 병원 직원들은 환자가 지시한 내용을 준수해야 합니다. 모든 환자의 권리는 환자를 대신하여 치료에 대한 의사 결정을 내려야 하는 법적 책임이 있는 사람에게도 적용됩니다. 사전 지시서 요건에 대한 불만 사항은 캘리포니아 공중 보건국(아래 연락처 정보 참조)에 제기할 수 있습니다.
11. 사생활을 보호받을 수 있습니다. 사례 토론, 상담, 검사 및 치료 내용은 공개되지 않으며 환자를 신중하게 처리해야 합니다. 특정 개인의 참석 이유를 들을 수 있는 권리가 있습니다. 또한 검사 전이나 치료 문제를 논의할 때 방문자와 동석하지 않을 수 있는 권리가 있습니다 2 인실에서는 사생활 보호를 위해 커튼을 사용할 것입니다.
12. 치료 및 입원과 관련된 모든 의사소통과 기록은 비공개 처리될 것입니다. 사생활 보호권과 비공개 건강 정보를 이용 및 공개하는 방식을 설명하는 별도의 “개인 정보 이용 안내(Notice of Privacy Practices)”를 받게 됩니다.

PROPOSITION 65 경고문: Proposition 65 법령에 따라 캘리포니아 주지사는 "주정부가 암, 선천적 결함 또는 생식기능에 해를 끼치는 것으로 알고 있는" 화학물질의 목록을 공표해야 합니다. 또한 의료 서비스 제공자를 포함한 캘리포니아 회사들은 이러한 화학물질에 대한 잠재적 노출에 대해 대중에게 경고해야 합니다. 이 목록의 일부 화학물질은 보건복지부와 공중 보건국과 같은 의료 서비스 시설에서 사용됩니다. 귀하는 병원/클리닉에 머무는 동안 그러한 일부 화학물질에 노출될 수도 있습니다. 이러한 화학물질 외에도, 환자 치료에 사용되는 일부 약품에는 주정부가 암, 선천적 결함 또는 생식기능에 해를 끼친다고 알고 있는 화학 물질이 포함되어 있습니다. 귀하를 위해 처방된 약품에 대한 자세한 정보는 귀하의 의료 서비스 제공자 또는 병원/클리닉의 약사에게 문의하시기 바랍니다. 이 정보와 관련하여 궁금한 사항이 있으시면 www.oehha.ca.gov 의 환경보건사무소를 방문하시거나 (916) 445-6900 으로 전화 주십시오.

소비자 공지: 병원/클리닉에서 해결하지 못한 환자 치료 및 안전에 대한 우려가 있는 경우 병원/클리닉 관리팀에 문의하시기 바랍니다. 병원/클리닉 행정으로 문제를 해결할 수 없는 경우, 보건부 시설 관련 문제를 보고하기 위해 조인트 커미션(The Joint Commission)에 (800) 994-6610 또는 complaint@jointcommission.org 으로 연락할 수 있습니다. 본 병원/클리닉의 의료진은 캘리포니아 의료위원회의 허가 및 규제를 받습니다. 의료진에 대한 추가 정보를 구하거나 불만을 제기하기 위해서는 캘리포니아 의료위원회에 연락하십시오 (전화: (800) 633-2322, 주소: 2005 Evergreen St., #1200, Sacramento, CA 95815, 또는 웹사이트: www.mbc.ca.gov/consumers/complaints). 본 병원/클리닉의 의사 보조사는 의사 보조사 위원회의 허가 및 규제를 받습니다. 의사 보조사(PA)에 대해 자세한 정보를 원하거나 불만을 제기하려면 의사 보조사 위원회에 (916) 561-8780 또는 www.pac.ca.gov 에 문의하시기 바랍니다.

본인은 위의 모든 진술을 이해하고 이에 동의한다는 의미로 본 문서에 서명합니다. 본인은 질문하고 질문의 답변을 들을 기회를 얻었습니다. 본인은 환자 또는 환자의 대리인으로 이러한 사항에 동의할 권한이 있습니다. 본인은 본 동의서가 서명일로부터 1년간 유효함을 알고 있습니다. 요청하면 본 동의서의 사본을 받을 수 있습니다.

증인 서명	환자 또는 보호자 서명	환자와의 관계	날짜	시간
주소	길 이름	도시	우편 번호	

MRUN

NAME

DOB

SEX on ID

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



13. 정신적, 신체적, 성적 또는 언어적 학대와 방임, 착취 또는 괴롭힘 없이 안전한 장소에서 치료를 받을 수 있습니다. 환자는 정부 기관에 방임 또는 학대 신고 등 환자 보호 및 변호 서비스를 이용할 수 있는 권리가 있습니다.
14. 직원의 강압, 훈계, 편의 또는 보복의 수단으로 사용되는 규제 및 격리에서 자유로울 수 있습니다.
15. 타당한 수준의 치료 지속성을 보장받을 수 있으며 치료 장소와 시간 및 치료 담당자의 신원을 미리 알 수 있습니다.
16. 퇴원 후 지속적인 치료를 위한 요건과 옵션을 담당 의사 또는 그의 대리인으로부터 전달받을 수 있습니다. 환자는 퇴원 계획 수립 및 이행 과정에 참여할 수 있는 권리가 있습니다. 환자 요청 시 가족 또는 친구에게도 이 정보를 제공할 수 있습니다.
17. 환자로 병원에 있는 동안 행동에 적용되는 병원 규칙 및 정책을 알 수 있습니다.
18. 의사 결정 능력이 있는 경우, 가족, 배우자, 혹은 동거인이든 아니든 간병인이나 방문객을 선택하여 지정할 수 있습니다. 다음은 예외 사항입니다. 방문객 방문이 금지된 경우, 병원이 특정 방문객 방문으로 환자, 의료진 또는 다른 병원 방문객의 건강과 안전을 위태롭게 만들거나 병원 운영에 큰 지장을 준다고 판단하는 경우, 그리고 환자가 병원 담당자에게 특정인의 방문을 더 이상 원하지 않는다고 말한 경우. 그러나 병원은 방문 시간, 방문객 수에 대한 제한을 비롯하여 방문객 방문에 대해 타당한 수준의 제한을 둘 수 있습니다. 의료 시설은 환자(또는 간병인)에게 임상적 제한을 포함한 방문 권리를 알려야 합니다. 병원은 인종, 피부색, 국적, 종교, 성별, 성 정체성, 성적 지향 또는 장애를 근거로 방문 특권을 제한 또는 거부할 수 없습니다.
19. 의사 결정 능력이 부족한 경우, 면회할 사람을 결정될 때 환자의 바람이 고려될 것입니다. 이러한 고려 방법은 연방법을 준수하고 병원 면회 정책에 공개됩니다. 병원은 최소한 환자와 함께 거주하는 사람과 연방법에 명시된 간병인을 방문객에 포함시켜야 합니다.
20. 진료비 출처와 관계없이 진료비 청구 내역에 대한 설명을 듣고 그 내용을 검토할 수 있습니다.
21. 성별, 경제적 지위, 교육 수준, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 국적, 성 정체성, 성 주체성 또는 표현, 성적 취향, 장애 유무, 건강 상태, 결혼 여부, 나이, 사실혼 관계 여부, 유전 정보, 시민권, 모국어, 이민 상태 (연방법으로 필요한 경우 제외) 또는 진료비 출처에 관계없이 이 모든 권리를 행사할 수 있으며 그로 인한 차별대우에서 자유로울 수 있습니다.
22. 불만 사항에 대한 이의를 제기할 수 있습니다. 본 병원에 대한 불만 사항이 있는 경우 환자관계부서(Patient Relations Department)/환자옹호(Patient Advocate)에 서면으로 자료를 제출하거나 유선으로 문의할 수 있습니다. 불만 사례를 검토한 후 서면 답변을 제공할 것입니다. 서면 답변 내용에는 병원 내 담당자 이름, 불만 사항 조사를 위해 수행된 조치 내용, 불만 처리 결과 및 불만 처리 완료 날짜가 포함될 것입니다. 치료 활동의 질 또는 조기 퇴원과 관련된 우려 사항은 해당 병원 이용 및 서비스 품질 관리를 위한 동료 심사 기구(PRO, Peer Review Organization)에도 전달될 것입니다.
23. 병원 자체 불만 처리 절차 이용 여부에 관계없이 캘리포니아주 보건복지부에 불만을 제기할 수 있습니다 (전화번호: 800-228-5234, 주소: 681 S Parker St., Suite 200, Orange, CA 92868).
24. 공정 고용주택부에 불만을 제기할 수 있습니다 (웹사이트: www.dfeh.ca.gov, 전화번호: 800-884-1684 또는 800-700-2320 (TTY), 주소: 2218 Kausen Dr., #100, Elk Grove, CA 95758).