ENGLEWOOD HOSPITAL
AND MEDICAL CENTER

치료, 보험 혜택 양도, 정보의 공개 그리고 재정 합의에 대한 동의서

Patient Label

1. 치료 동의
하기 서명인은 담당 의사의 일반 및 특별 지시사항에 따라 본인에게 제공된 X레이, 실험실 또는 기타 치료 절차 및 검사를 승인합니다. 본인은 메디컬 센터의 치료/검사 결과에 대하여 어떠한 보장도 본인에게 제공된 것이 없음을 이해합니다. 입원 전 검사(PAT) 센터에서 이루어진 평가가 예방적 건강 검진 (예, 연간 정기 신체검사)을 대신하는 것으로 간주해서는 안 됨을 이해합니다. 이에 본인은 잉글우드 병원과 해당 사항이 있을 경우 메디컬 센터에 입원하는 것에 동의합니다. 또한 본인은 잉글우드 병원 및 메디컬 센터에서 어떤 사람이 본인의 혈액 또는 체액에 우발적으로 노출되거나, 담당 의사가 그러한 검사가 의학적으로 필요하다고 생각하는 경우, 인체 면역 결핍 바이러스 (HIV) 및 기타 혈액을 매개로 하는 병원체에 관해 본인의 혈액을 검사할 것을 승인합니다. 이 검사의 결과는 본인에게 통보되고 본인의 치료 기록에 기재가 되며, 법률이 정한 바에 따라 주 보건부에도 통보가 됩니다.

2. 환자 귀중품
메디컬 센타측은 환자분들께 약이나 또는 그 밖에 귀중품을 메디컬 센타에 가지고 오지 말것을 요청하는 바입니다. 서비스에 대한 예치금이 필요하지 않은 이상, 큰 금액의 돈을 가지고 오지 마십시오. 만약 필요하다면, 메디컬 센타측이 환자의 귀중품을 안전한 장소에 보관할 수 있도록 도와드리겠습니다. 만약 귀중품들이 메디컬 센타에 안전하게 예치되지 않은 경우, 메디컬 센타는 분실에 대한 책임이 없습니다.

3. 정보의 공개
본인의 입원으로 발생한 금전적 채무에 대하여 책임이 있는 자에게 본인의 치료 기록을 공개하거나, 본인을 식별할 수 있는 정보를 공개하지 않고 품질 관리, 역학 조사 및 교육적 연구를 위해 본인의 치료 기록 데이터를 이용할 수 있는 권한을 본 메디컬 센터에 부여합니다. 본인은 메디컬 센터 내외에서의 교육 목적으로 사용하기 위해 본인의 치료 과정이나 그 일부가 때때로 사진 촬영 또는 비디오 촬영될 수 있음을 이해합니다. 이 과정 중 본인의 신원 (또는 본인의 신원에 연결되는 정보)은 절대로 공개되지 않습니다. 실제 필름 또는 비디오테이프는 메디컬 센터 또는 해당 의사가 항시 물리적으로 소유하며, 본인이 구체적으로 승인하지 않는 한 다른 사람, 기관 또는 단체에 공개되지 않습니다. 본인은 사진 촬영/비디오 촬영의 사용을 승인합니다. 본인은 적절한 통지를 통하여 촬영/비디오/출판에 대한 허가를 철회할 수 있는 권리를 유보합니다. 허가의 철회를 받게 되면 더 이상 이미지 촬영을 하지 않습니다.

4. 보험 혜택 양도
환자가 병원 그리고/또는 의사로부터 진료를 받는 경우가 발생할 때는 환자로 부터 또는 또는 환자를 책임지고 있는 측으로 부터 지불되는 보험금 정책에서 벗어나 발생하는 어떠한 형태의 혜택에 대하여, 이로써 메디컬 센타 그리고/또는 의사가 환자의 청구서 신청할 수 있도록 혜택이 부여되었다라고 명시되어 있습니다. 환자의 보험자가 의료 혜택, 지불되는 보험금, 또는 지불을 거부하는 경우에는, 이 동의서는 메디컬 센타 그리고/또는 치료 의사가 그러한 결정을 환자를 위해 항소할 수 있음을 인증하는 바입니다.

5. 메디케어 혜택(해당자에 한함)
사회보장법 18장에 아래 지불 청구를 신청하는데 있어 본인이 제공한 정보는 사실임을 증명하는 바입니다. 본인은 어떤 의료 보유자나 또는 사회보장행정관 또는 그들의 중개자 또는 보험 대행자들에게 필요하거나 또는 메디케어 보험금 지불청구와 관련된 본인의 어떠한 정보라도 공개할 권한을 인증하는 바입니다. 본인은 잉글우드 병원 및 의료센타 또는 의료진들이 본인을 대신하여 지불금에 대해 보험금 지불 청구를 메디케어에 할 수 있도록 인증하는 바입니다. 본인은 프로그램 정책에 따라서 이 보험금 지불 청구를 수속하는데 필요하다면 본인의 의료 정보를 공개할 것을 인증하는 바입니다.

6. 메디케이드 혜택(해당자에 한함)
본 클레임에 지불이 되는 서비스를 받았음을 증명하는 바이며 그리고 본인을 위해 제공되어진 서비스에 대한 지불 청구를 요청하는 바입니다. 본인은 병원 서비스 비용에 대해서 잉글우드 병원 및 메디컬 센터에 지불할 수 있도록 그리고 서비스를 조달한 의사의 진료 서비스를 지불할 수 있도록 혜택을 부여하는 바입니다. 본인은 잉글우드 병원 및 의료센타 또는 의료진들이 본인을 대신하여 지불금에 대해 보험금 지불청구를 메디케이드에 할 수 있도록 인증하는 바입니다. 본인은 프로그램 정책에 따라서 이 보험금 지불 청구를 수속하는데 필요하다면 본인의 의료 정보를 공개할 것을 인증하는 바입니다.

7. 마취과, 임상병리과, 응급실, 방사선과, 심장과 그리고 그 밖의 전문 비용과 조건
환자를 커버하고 있는 보험의 어떤한 정책에서 벗어나 발생하는 어떠한 형태의 혜택이라도 환자에게 주어지는 경우, 보험은 이로써 마취전문의, 임상병리사, 응급실 의료진, 방사선전문의, 심장전문의, 그리고/또는 그 밖의 적합한 의료진들에게 혜택이 부여되어있다고 명시한다. **본인은 위에 언급한 의료진들이 환자의 보험 플랜에 참여하고 있는지를 그/그녀의 보험사로 부터 정보를 취득하는 것이 환자의 책임임을 이해하는 바입니다.** 어떤 기존의 보험 플랜에서 잉글우드 병원과 메디컬 센타가 참여하고 있다고 하여 위에 언급한 의료진들의 참여를 언급하는 것은 아닙니다. 본인은 본인의 보험 플랜에 의해 지불이 되지 않는 위에 언급한 의료진에 대한 비용에 대해서는 책임이 있음을 이해하는 바입니다.

8. 재정 합의
아래의 서명은, 그/그녀가 대행자 또는 환자가 사인을 해서, 환자에게 서비스가 제공되었고, 그/그녀가 이로써 메디컬 센타의 구좌로 일반 요금과 메디컬 센타 협정에 따라 그 자신/그녀 자신을 의무화하여 지불할 것을 동의하는 바입니다. 본인은 메디컬 센타로 부터 본인에게 청구되고, 사전 증명서를 받지 않아서 거절되었거나 거절된 외래추천을 포함하여 보험자(들)에 의해 지불되지 않는 비용에 대해서 책임이 있음을 이해하는 바입니다. 지불 불이행을 할 결우에는 수금자에게 구좌가 위탁될 것이며, 아래 사인은 합당한 변호사 비용을 포함해서, 수금으로 인한 비용을 지불할 것을 동의합니다. 모든 체납구좌는 합법적인 이자율이 적용됩니다.

본인은 **환자 정보 패키지**를 받은 바이며, **뉴저지 병원 관리 보조** 정보와 그 밖의 병원 및 재정에 대한 정보를 제공받았습니다.

아래 서명은 그/그녀가 상기를 읽고 이해하는 바이며, 사본을 받았으며 그리고 환자로서 또는 환자의 대행자로서, 상기 사항들을 수행하도록 인증하는 바이며, 그것의 협약을 수용하는 바입니다.

환자 서명 _____ 날짜/시간 _____ 환자 성명 _____

환자를 위한 인증받은 대행인 서명 _____ 날짜/시간 _____ 인증 받은 대행인 성명 _____

증인 _____ 환자와의 관계 _____

본인의 잉글우드 병원 및 의료 센타가 제공하는 개인정보 보호 관행 사본을 받았음을 인증합니다.

환자 서명 _____ 날짜/시간: _____