

치료 동의서, 보험 급부 양도, 정보 공개 및 재정 동의

환자 라벨

1. 치료 동의서

서명인은 담당 의료진의 일반적 및 구체적 지침하에 본인에게 시행되는 X-레이, 실험실 또는 기타 의료 시술이나 검사에 동의합니다. 본인은 Medical Center의 치료/검사 시 원하는 결과가 보장되지 않음을 인정합니다. 본인은 입원전 검사 센터(Preadmission Testing Center)에서 실시되는 평가는 예방적 건강 검진(즉, 연간 정기 검진)을 대체하는 것으로 간주해서는 안 된다는 것을 이해합니다. 이에 본인은 적절한 경우 Englewood Hospital and Medical Center에 입원하는 데 동의합니다. 또한 Englewood Hospital and Medical Center의 개인이 진료 시 실수로 본인의 혈액이나 체액에 노출되었거나 담당 의료진이 관련 검사가 의료상 필요하다고 판단하는 경우에는 본인의 혈액에 대해 HIV(인체 면역 결핍 바이러스) 및/또는 기타 혈액성 병원균을 검사하는 데 동의합니다. 이러한 검사 결과는 본인에게 보고되고 본인의 의료 기록에 기입되며 법률에 따라 보건 복지부에 통보됩니다.

2. 환자 귀중품

Medical Center는 환자들이 약품이나 기타 귀중품을 Medical Center에 가져오지 않도록 요청하고 있습니다. 서비스 보증금이 필요한 경우가 아니라면, 큰 금액의 돈은 가져오지 마시기 바랍니다. Medical Center 금고에 귀중품을 보관하지 않는 경우, Medical Center는 귀중품 손실에 대해 책임지지 않습니다.

3. 정보 공개

이에 Medical Center는 본 동의서에 따라 입원에서 발생하는 본인의 재정적 의무 이행 당사자에게 본인의 일부/모든 의료 기록을 공개하고, 개인 식별 가능 정보가 공개되지 않는 품질, 역학 및 교육 연구를 위해 본인의 의료 기록에 포함된 데이터를 사용할 수 있습니다. 이에 Medical Center는 NJ CARE 법에 따라 본인의 일부/모든 의료 기록을 지정된 간병인에게 공개할 수 있는 권한이 있습니다. 본인은 경우에 따라 치료 및/또는 치료의 일부가 Medical Center 내외부 교육용으로 사진 및/또는 동영상 촬영될 수 있음을 이해합니다. 이러한 과정 중에 본인의 신원(또는 신원과 관련된 정보)은 공개되지 않습니다. 실제 필름이나 비디오 테이프는 Medical Center 또는 의사가 항상 물리적으로 소유하고, 본인이 특별히 승인하지 않는 이상 다른 개인, 기관, 단체에 공개되지 않습니다. 본인은 사진/동영상 촬영에 동의합니다. 본인은 적절한 통지에 따라 촬영/동영상/발행 허가를 철회할 수 있는 권리가 있습니다. 허가 철회를 받는 즉시, 더 이상의 촬영은 없을 것입니다.

4. 보험 급부 양도

환자가 환자 또는 환자에 대해 책임을 지는 기타 당사자의 보험 적용 약관에서 발생하는 모든 유형의 병원 및/또는 의료진 급부를 받을 수 있는 경우 해당 급부는 환자의 진료비에 적용하도록 Medical Center 및/또는 의료진에게 양도됩니다. 환자의 보험회사에서 의료 급부, 보험 보장 또는 보험금 지급을 거부하는 경우에는 본 동의서에 따라 Medical Center 및/또는 치료 담당 의료진이 환자를 대신하여 해당 결정에 이의를 제기할 수 있습니다.

5. MEDICARE 급부(해당하는 경우)

본인은 사회 보장법 18조에 따라 보험금 지급 신청 시 제공되는 정보가 정확함을 확인합니다. 본인은 본인과 관련된 의료 또는 기타 정보 보유자가 본 청구 또는 관련 Medicare 청구에 필요한 모든 정보를 사회 보장 관리부 또는 중개 업체나 이행 업체에 공개할 권한을 부여합니다. 본인은 지급 가능한 급부를 Englewood Hospital and Medical Center 또는 서비스를 제공하는 의료진에게 서비스 비용으로 양도하며, Englewood Hospital and Medical Center 또는 의료진이 Medicare에 보험금 지급을 청구할 권한을 부여합니다.

6. MEDICAID(해당하는 경우)

본인은 본 청구를 통해 보장되는 서비스를 받았음을 확인하며 본인을 대신하여 해당 서비스 요금을 지급할 것을 요청합니다. 본인은 Englewood Hospital and Medical Center에 병원 서비스에 대해 지급 가능한 급부를, 서비스를 제공하는 의료진에게 의료진 서비스에 대해 지급 가능한 급부를 양도합니다. 본인은 Englewood Hospital and Medical Center 또는 의료진이 Medicaid에 본인을 대신하여 보험금 지급을 청구할 권한을 부여합니다. 본인은 프로그램 정책에 따라 본 청구를 처리하는 데 필요한 본인의 의료 정보를 공개할 권한을 부여합니다.

7. 마취과, 병리과, 응급실, 방사선학과, 심장학과, 기타 전문가 비용 양도 및 조건

환자가 환자를 보장하는 보험 약관에서 발생하는 모든 유형의 급부를 이용할 수 있는 경우, 해당 급부는 본 동의서를 통해 마취과, 병리과, 응급실 의사, 방사선의, 심장병 전문의 및/또는 기타 해당 의료진에게도 양도됩니다. **환자 본인은 상기 명시된 의료진이 환자의 의료 보험 플랜에 참여 증인지 여부를 확인하기 위해 보험 회사에서 직접 정보를 확보할 책임이 있음을 이해합니다.** Englewood Hospital and Medical Center가 특정 보험 플랜에 참여한다고 해서 상기 언급된 의사들도 참여함을 의미하지는 않습니다. 본인은 상기 언급된 의료진에 대해 보험 플랜으로 보장되지 않는 모든 비용을 지불할 책임이 있음을 이해합니다.

8. 재정 동의

서명인(환자 본인 또는 대리인)은 환자에게 제공되는 서비스 고려 시 Medical Center의 약관과 통상 요금에 따라 개별적으로 Medical Center에 지불할 의무가 있다는 데 동의합니다. 본인은 사전에 승인을 받거나 의뢰하지 않아 보험회사에서 지급을 거부한 비용을 포함하여 보험회사에 청구했지만 보장하지 않는 모든 비용을 Medical Center에 지불할 책임이 있음을 이해합니다. 채무 불이행 이후 계정에 대한 미수금 지급 이행이 의뢰되는 경우, 서명인은 적절한 변호사 비용을 포함하여 미수금을 지불함에 동의합니다. 모든 연체 계정에는 법적 요율에 따른 이자가 부과됩니다.

본인은 뉴저지 병원 치료 지원(New Jersey Hospital Care Assistance) 정보, 기타 관련된 병원 및 재정 정보를 비롯하여 **환자 정보 패키지**를 받았습니다.

서명인(환자 본인 또는 대리인)은 상기 내용을 읽고 이해하며 해당 사본을 수령했음을 확인합니다. 또한 상기 내용을 집행할 권한을 부여했으며 해당 약관을 수락합니다.

환자 서명

날짜/시간

환자 정자체 이름

환자를 대신하여 서명하도록 승인 받은 사람의 서명

날짜/시간

승인 받은 사람의 정자체 이름

증인

환자와의 관계

본인은 Englewood Hospital and Medical Center의 개인정보보호 통지문 사본을 수령했음을 인정합니다.

날짜/시간: _____



환자 서명

TREAT

EH

CONSENT 치료 동의서, 보험 급부 양도

#1462K NEW 10/29/20 HBF