

请用英文填写此表



## 主要确认 | 同意书

患者姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ **福利转让：** 本人将所有保险金额，以及本人直接可享的医疗保健福利，转让并授权给 IHA，以便其提供服务。本人明白，如果本人未提供此授权，将直接向本人支付福利。

\_\_\_\_ **分享授权：** 本人已有机会授权其他个人参与本人的护理。

\_\_\_\_ **同意治疗未成年人（代替父母）：** 本人已有机会授权第三方代表就本人的未成年子女治疗问题代表本人行事（代替本人）。

\_\_\_\_ **同意治疗：** 本人正在接受 IHA 治疗；本人同意，所有医疗和手术照护、检查和检测均由医生办公室决定是否必要。本人明白，本人有权拒绝接受服务和检测，且将承担全部责任，同时向医生办公室和个人提供者发布有关予以拒绝的服务和检测信息。但是，本人的确明白，如果需要，可以获得财务援助。本人知悉，医学实践并非一门精密科学，每位患者的治疗结果可能有所不同。

\_\_\_\_ **同意使用信息：** 本人明白，IHA 可能会与其他医疗服务提供者合作，协调、管理以及提供医疗保健服务。本人同意，IHA 以电子方式分享本人的健康信息和记录，用于治疗、付款或医疗护理事务（资格验证、保险付款人（包括保险代理、本人雇主）、州和联邦计划、工伤赔偿、质量改进、医学教育、审计、合规以及医疗监督活动）。其中包括改善护理服务的整体服务质量。本人明白，电子医疗记录 (EHR) 包括敏感诊断及相关信息，例如 HIV/AIDS、性传播疾病、遗传信息、行为健康和药物滥用等。电子医疗记录将向以下人士切实提供：IHA/Trinity Health 经认证医生和医疗服务提供者；Clinsite（研究附属机构）；其他获批访问 EHR 的人员，用于治疗、付款和医疗护理事务和/或 HIPAA 允许的其他目的。根据 HIPAA 的要求，IHA 已经实施行政管理、实体以及技术保障措施，以合理适当地保护本人医疗信息的机密性、完整性和安全性。

\_\_\_\_ **错过预约相关政策：** 本人确认，已经收到 IHA 的错过预约政策，并且同意，如果本人无法按时赴约，将尽快告知办公室工作人员。（相关政策位于文件夹左侧。）

\_\_\_\_ **隐私条例公告：** 本人同意，已经收到或获得 IHA 隐私条例公告的副本，其中提供了有关 IHA 如何使用或披露 PHI 的信息。本人已有机会选择拒绝特定使用或披露本人医疗保健信息。（相关政策位于文件夹左侧。）

\_\_\_\_ **患者财务义务：** 本人同意，已经收到或获得 IHA 患者财务义务政策的副本。本人明白，须对由于保险或医疗保健福利未付金额所产生的费用承担财务责任，包括所提供的任何及所有产品或服务；此类产品或服务不符合保险或医疗保健福利的付款资格（非涵盖）。（相关政策位于文件夹左侧。）

患者签名：\_\_\_\_\_ 签名日期：\_\_\_\_\_