



Patient MRN: _____

Patient DOB: _____

Patient Name: _____

注册条件

1. **患者知情同意书：** 本人同意在本人患病期间时对本人进行医学治疗。其中包括诊室就医、非复杂血检或实验室程序、x光检查、护理、远程医疗、电子就诊、紧急服务、医疗和外科服务，以及在本人的医疗服务提供者、主治医师或外科医师（“医疗服务提供者”）指导下向本人提供的其他服务。本人明白，医学非精密科学，本人的治疗可能存在风险。本人确认，译员对本人的检查或治疗结果不作任何保证。

2. **医院护理：** 本人明白，如果本人的治疗包括入住基督复临康复医院 (Adventist Health hospital), 注册护士及注册助理护士提供本人的医疗服务提供者订购的一般医护和护理服务。 如果本人想使用专人值班医护服务，本人（或本人的法律代表）同意做出该等安排。

3. **与以下医疗服务提供者的法律关系：**
 - a. **诊所：** 本人明白，本人正在接受本人的主治医疗服务提供者提供的护理和监管服务。基督复临康复诊所及其工作人员负责执行他们的指示。 本人的医疗服务提供者负责（在需要时）取得本人对接受特殊医学治疗、特别诊断或治疗性操作的知情同意书，或根据一般或特别指示提供给本人的诊所服务。

 - b. **医院：** 许多医疗服务提供者，包括但不限于放射科医师、病理医师、急诊医师、麻醉医师、心脏科医师、外科医师、住院医师，以及一些向本人提供服务的执业护士和医师助理，均不是基督复临康复医院的雇员，他们获授医院特权为患者提供护理和治疗。 医疗服务提供者可以分别就他们提供的服务开具账单。 本人明白，本人正在接受本人的医疗服务提供者提供的护理和监管服务。 基督复临康复医院及其护理人员负责执行本人医疗服务提供者的指示。 本人明白，本人的医疗服务提供者负责（在需要时）取得本人对进行特殊医学或手术治疗、特别诊断或治疗性操作的知情同意书，或根据他们的一般或特别指示提供给本人的医院服务。

 - c. **患者须知：** 俄勒冈州医学委员会 (Oregon Medical Board) 已向医师助理和医疗服务提供者颁发执照，对他们进行监管：(971) 673-2700 www.oregon.gov/omb/

4. **摄影：** 本人同意，基督复临康复医院可为了本人的诊断、治疗或手术，包括同行评审、教育或培训计划，对本人拍照、录像、制作数字或其他图像并进行监控。



Patient MRN: _____

Patient DOB: _____

Patient Name: _____

5. **医院分娩同意书：** 如果本人在作为基督复临康复医院患者的同时分娩，本人同意在所有基督复临康复医疗保健环境下诞下的新生儿也适用本《注册条件》，包括产后门诊就诊。
6. **个人随身物品：** 本人明白，如果本人的治疗包括入住基督复临康复医院，基督复临康复医院将为本人提供衣物、洗手间用品和其他个人随身物品的存储空间。本人明白，医院不允许本人存储走私品或其他违禁物品，不鼓励本人在医院存放贵重物品。本人确认，本人对所提供空间内存储的所有个人随身物品自行负责。对于遗失或未收好的物品，基督复临康复医院概不负责更换。
7. **教学计划：** 如果基督复临康复医院执行教学计划，将允许学生参与本人的护理，除非本人（或本人的法律代表）通知本人的医疗服务提供者，本人不同意学生参与本人的护理。
8. **无歧视：** 本人被告知，基督复临康复医院不会基于个人年龄、种族、种族渊源、肤色、血统、宗教、文化、语言、身体或精神残疾、社会经济地位、性别、性取向、性别认同或表现歧视本人。
9. **隐私执业通知：** 本人已收到一份《隐私惯例通知》(NPP)，其中说明：何时基督复临康复医院可将本人的信息用于治疗、付款和健康护理操作或何时可为此等目的披露本人的信息；本人就此等信息享有的法定权利；以及如果认为自身权利遭到侵犯，如何提请诉讼。NPP 被纳入《注册条件》及《财务协议》，供参考。本通知仅在本人首次收到基督复临康复医院提供的服务时提供，其他情况下，惠索即可。
10. **财务协议：** 本人承担本人护理期间接受的所有服务的经济责任。本人明白，本人可能收到基督复临康复医院、医疗服务提供者和其他专业服务机构单独出具的账单。本人同意，对于向本人提供的服务，本人立即根据基督复临康复医院的常规费率和条款及（如适用）其财务援助和折扣服务政策支付全部账单。在线访问 **MyChart** 支付本人账单。如有账款提交律师或催收机构进行催收，本人应支付所产生的实际律师费和催收费。所有逾期账款均按法定利率计收利息。本人特此授权基督复临康复医院和/或其代理人，向各信用报告机构申请信用信息，用以收取本人的账款，包括但不限于催收逾期账款、评估财务援助申请及常规信用评分。
11. **电子邮件通讯同意书：** 本人已被告知，向基督复临康复医院提供本人的电子邮箱地址，即表



Patient MRN: _____

Patient DOB: _____

Patient Name: _____

示本人明确同意通过电子邮件接收基督复临康复医院或代表其（包括由基督复临康复医院的代理人、关联机构和独立承包商）发送的通讯。该等通讯包括但不限于约诊提醒、术前指示、实验室检验结果或出院后随访等一般健康通讯，以及账单通知、付款通知、追收欠款及关于基督复临康复医院新服务和医疗服务提供者的推广信息。此外，基督复临康复医院可定期向本人发送电子邮件邀请函，邀请本人参加“患者体验调查”（始终为可选项）。本人还确认，来自基督复临康复医院的电子邮件通讯并非始终绝对安全，可能会被第三方拦截，以致他人查阅可能包含本人受保护的医疗信息的信息。如果本人不想继续接收基督复临康复医院的电子邮件，本人了解，本人可以在信息发送后退订，或者联系 support@ah.org

12. 电话和短信通讯同意书： 本人已被告知，自愿向基督复临康复医院提供本人的电话和手机号码，即表示本人明确同意通过此号码接收来自基督复临康复医院或代表其（包括由基督复临康复医院的代理人、关联机构和独立承包商）的自动拨号和/或预先录制电话以及短信息。该等来电和短信息包括但不限于约诊提醒、术前指示、实验室检验结果或出院后随访等一般健康通讯，以及关于基督复临康复医院新服务和医疗服务提供者的信息。此外，基督复临康复医院可定期向本人发送短信息邀请函，邀请本人参加“患者体验调查”（始终为可选项）。本人还明确确认并同意，该等来电和短信息可能关于账单通知、付款通知、追收欠款及关于基督复临康复医院新服务和医疗服务提供者的推广信息。短信息和数据费用将根据各移动电话运营商的标准费率收费。本人进一步同意，向基督复临康复医院提供的任何电话或移动电话信息均真实准确。本人还确认，短信息通讯并非始终绝对安全，可能会被第三方拦截；本人知道，如果本人与他人共享本人的移动设备，他们可能会查阅基督复临康复医院发送的可能包含本人受保护的医疗信息的信息。本人明白，如果本人不希望继续接收来电或短信息，信息发送后，本人有机会按语音或文本信息中的停止或退订指示，或联系 support@ah.org，停止或退订该等电话或短信息。

13. 保险权益分配： 本人指派和授权，直接向基督复临康医院支付本人收到的护理服务应付的所有保险和计划收益。通过此项授权，全体当事人同意，保险公司向基督复临康复医院支付的款项，应满足保险公司就此段护理期的义务。本人明白，如未根据本分配方法支付费用，本人将承担相应的经济责任。

14. 经济援助： 本人已被告知基督复临康复医院的经济援助政策。本人明白，有关此政策的详



Patient MRN: _____

Patient DOB: _____

Patient Name: _____

详细信息可浏览医疗机构注册区域或网站：AdventistHealth.org/PortlandFinancialAssistance；电话：(503) 782-9235 or (888) 311-1283。相应款项将在收到账单后从本人账户的余额中扣除。如果本人未投保，根据基督复临康复医院的《未投保人折扣政策》，本人有资格享受折扣。我们很乐意审核您的财务状况，确定您是否具备享受经济援助的资格。可致电 (503) 782-9325，联系我们的账单办公室。

15. 药房/医疗器械援助计划： 制药、医疗器械制造商、非营利组织及政府机构赞助患者援助计划，向具备资格的患者提供免费或减免费用的药物及医疗器械（“患者援助计划”）。基督复临康复医院与第三方签订合同，代表患者提交申请，为患者争取计划福利。基督复临康复医院免费向您提供此项服务。在本表上签字，即表示本人授权基督复临康复医院和其第三方承包商担任本人的代理人，为有限目的的申请提供给基督复临康复医院患者的患者援助计划。本人授予基督复临康复医院及其第三方承包商的授权包括允许：(i) 在患者援助计划申请表上签署本人的名字；(ii) 审查和披露本人向基督复临康复医院提供的或包括在本人病历中的任何信息，包括个人、医疗和/或财务信息。此等信息仅提供给赞助该计划的实体。基督复临康复医院不保证本人的申请一定会成功，但是，如果基督复临康复医收到赞助本人申请的免费或折扣医药/医疗设备，医药或医疗设备费用将从本人的账单中予以删除或折扣优惠。本人明白，如果本人不希望参加本计划，本人有机会向 @ah.org 发送电子邮件，说明本人希望贵院将本人从 RecovRx 计划中移除，停止或退出本计划。

16. 医疗保险分配限额： 兹证明，本人根据《社会保障法》第十七条向任何第三方付款人申请付款时提供的信息正确无误。本人要求授权的福利的受益人为本人，并授权卫生与公众服务部社会安全管理办公室，发布有关本人在医疗保险 A 部分和医疗保险 B 部分的投保资格的信息，包括但不限于保险范围的生效日期。本人授权基督复临康复医院和本人的医师向社会安全管理局或其中介机构或保险公司提供与此有关或与相关医疗保险索赔有关的必要信息。

17. 医疗保险门诊患者： 医疗保险不涵盖医院门诊处方药，仅有若干例外情况。“自用药”通常是指自行服用的药物。本人确认，本人负责支付本人在门诊获得的符合医疗保险处方药定义的任何药物。医疗保险 D 部分受益人可以根据医疗保险药物计划注册材料向医疗保险 D 部分计划提交一份书面索赔，获得这些药物的可能报销款项。



Patient MRN: _____

Patient DOB: _____

Patient Name: _____

18. **患者自用药品法：** 本人已收到关于预先指令的信息（例如医疗保健的持久授权书和生前遗嘱）。请在以下各项一旁草签或按捺印记。

- 本人已签署预设医疗指示，应要求向基督复临康复医院提供一份副本。
- 本人已签署预设医疗指示，向基督复临康复医院提供一份副本。
- 本人未签署预设医疗指示，但本人希望签署一份。本人已收到 关于如何签署预设医疗指示的信息，并且可以要求获取 和/或完成预设医疗指示的协助**
- 本人未签署预设医疗指示，此时不希望签署一份。

本人有机会阅读本文件、询问问题以及收到一份以供存档的-文件副本。本人明白，本《注册条件》的有效期至本人另填一份《注册条件》表为止。

患者/法定代表人签字：

X _____

日期： _____

时间： _____

正楷姓名：

- 本人是患者
- 本人已获授权，代表其签名
如果您不是患者，请证明您与患者的关系。
- 配偶
- 父母
- 法律代表
- 医疗护理委托书
- 保证人
- 其他（请说明） _____



Patient MRN: _____

Patient DOB: _____

Patient Name: _____

Witness Signature and Title:

Witness Signature: _____ Title: _____ Date: _____

Printed Name of Witness: _____ Time: _____ AM/PM

- OR -

Telephone Consent Obtained

Witness 1 Signature: _____ Print Name: _____

Title: _____ Date: _____ Time: _____ AM/PM

Witness 2 Signature: _____ Print Name: _____

Title: _____ Date: _____ Time: _____ AM/PM

Translation/Interpreter Statement:

Primary Language (if not English): _____

I have accurately and completely read the foregoing document to the signatory identified in the patient/legal representative's primary language. He/she understands all terms and conditions and acknowledges his/her agreement by signing this document.

Translator ID# _____ (Phone Video) Date: _____ Time: _____ AM/PM

- OR -

On-site Translator Name (Printed): _____

On-site Translator Signature: _____ Date: _____ Time: _____ AM/PM

Relationship: Certified Interpreter Patient-Appointed Agent Other _____