



Patient Name
DOB
MRN
Physician
CSN

注:

本表中“Corewell Health”指任何或所有“Corewell Health”设施及场所。

无歧视声明:

Corewell Health 遵守适用的民权法律,不会基于种族、肤色、民族、国籍、年龄、艾滋病毒感染状况、婚姻状况、(根据法律和 Corewell Health 政策定义的)性别、性取向、性别认同或表达、残障、宗教、社会经济地位或服务报酬来源、身高、体重、退伍军人身份、关联关系或基于联邦、州或地方法律的任何其他受保护特征而歧视、排斥或区别对待任何人。

本人同意:

- 由 Corewell Health 的提供商、住院医生、学生和其他医疗保健专业人员进行的检查和治疗。这可能包括面诊、共享医疗预约、远程医疗、录像、拍照和音频设备的使用。这些工具可用于治疗/诊断,或用于执行医疗、科学和/或个人安全目的而进行的相关操作。
- 经讨论和一致同意,医疗服务提供方可能会为了我的生活或健康利益,更改我本人和/或我子女的诊疗方案。
- 如果我在此进行分娩,医疗服务提供方及其他医护专业人员可以为我的婴儿提供医疗护理。
- 如果我参与共享医疗预约,我将与其他患者共同出席预约。在这些预约过程中,我的个人信息可能会被医疗服务提供方分享给其他人。
- 医疗服务提供方可以采集我的血液、尿液以及其他体液/组织(简称“样本”)。本人授权医疗服务提供方采集、分析、保留和保存此等样本,以用于常规临床目的,并用于校准实验室设备、验证测试以及新员工和学生教学等过程中的去标识化的用途。

本人知晓:

- 我会提出问题。
- 我知道医学和外科实践不是一门精确的科学。没有人对我及其在 Corewell Health 接受的治疗、护理或检查结果做出过任何承诺或保证。
- 学生和工作人员可出于教学或研究目的查看我的情况并查看我的病历。
- 工作人员会反复核实我的身份。他们会询问我正在接受什么治疗。这是为了保护我。
- 部分医疗服务提供方和工作人员并非 Corewell Health 雇员。本人知晓 Corewell Health 对他们的诊疗或其他行为不承担责任。本人也知晓,尽管他们在 Corewell Health 场所为我提供服务,但我仍会收到来自他们的独立账单。我会与这些人员所属办事处联系,咨询有关我的保险的问题。
- 密歇根州法律规定,如果参与护理我的工作的人员接触到我的血液或体液,医疗服务提供方可在未经本人同意的情况下,对我进行艾滋病毒(HIV)或肝炎病毒的血液检测。
- 如需《Corewell Health 财政援助资格政策》副本,可在所有登记处索取,也可在我们的网站上查看:<https://corewellhealth.org/billing/financial-assistance>。
- Corewell Health 不会容忍因种族、肤色、性别、国籍、年龄、残障、性别或联邦、州或地方法律禁止的任何其他理由,而对我方医疗服务提供方、其他医护专业人员或工作人员进行的歧视行为。
- 如果我的病情需要转诊至专科医生,本人知晓我将被询问选择哪个医疗服务提供方。我将有权要求 Corewell Health 联系我选择的医疗服务提供方,或者如果我无特定选择,则将联系 Corewell Health 的“值班”名单中的独立医疗服务提供方。本人同意,我的保险公司为该医疗服务提供方提供的专业服务计费,无论该医疗服务提供方是否参与我的保险计划。
- 本同意书自本人签署之日起一(1)年内有效。

请翻页→

DO NOT MARK BELOW THIS LINE

BARCODE ZONE

DO NOT MARK BELOW THIS LINE



Confidentiality of this medical record shall be maintained except when use or disclosure is required or permitted by law, regulation, or written authorization by the patient.

一般同意、治疗和信息公布 (续)

第 2 页/共 4 页

我的医疗信息:

- COREWELL HEALTH 可向以下机构及人员披露我的医疗信息:
 - 为我或我的孩子所接受的服务支付费用的保险公司、健康计划和管理人员。
 - Medicare 和 Medicaid 等政府机构或法律要求的政府机构。
 - 我的医疗服务提供方以及现在或将来我的护理所涉的其他人员。
 - 我的雇主,前提是此等记录与我的雇主支付费用的护理或服务有关,或用于法律允许的其他目的。
 - 负责支付我的全部或部分账单的任何人员或实体。
- 本人同意, Corewell Health 可拍摄我或我孩子的照片,并将其保存到我的电子病历中。本人知晓, Corewell Health 将使用此等图片进行识别,旨在改善患者体验。
- 本人知晓 Corewell Health 将根据州法律、联邦法律和政策保留我或我孩子的医疗信息。我也知晓我的医疗信息可能以电子方式存储,并可能以电子方式发送给其他医疗保健医疗服务提供方和/或付款方,或从其处接收。这包括我的诊断结果(我患了什么病)、治疗(为了改善我的健康状况而正在采取的治疗方案),以及药物或处方信息。这也将包括我的精神健康、传染病(例如 HIV)以及药物或酒精使用障碍等其他问题相关的任何细节。
- 本人授权将我受保护的健康信息 (PHI) 发送到我的 MyChart (患者门户) 帐户。MyChart 是一个安全的互联网门户网站,允许我查看、接收并管理我的健康信息。
- 本人知晓我的受保护的健康信息 (PHI) 可能包括非常私人的信息(例如生理/精神疾病、酗酒/滥用药物、性传播感染 (STI)、HIV/AIDS 等)。如果我允许某人访问我的 MyChart 门户网站或要求与第三方共享我的 PHI,此等第三方将能够查看我的 PHI(其中可能包含非常私人的信息)。允许其他人访问我的 PHI 即代表,本人同意他们可以查看我非常私人的信息,包括我的艾滋病毒/艾滋病感染状况。
- 在某些情况下,法律要求 Corewell Health 向卫生部门等机构报告医疗信息。这可能包括有关艾滋病毒 (HIV)、肺结核 (TB) 和其他疾病的信息。
- 如果我被转到另一个机构, Corewell Health 的医疗服务提供方/住院医生可以查看我的病历,以便跟进我的诊疗情况和/或将信息用于医学研究。

隐私通知:

- 本人或本人子女在接受服务时拥有相应的权利与责任。我有机会收到一份《隐私保护措施通知》副本,并有机会就该通知中的信息提出问题。

贵重物品:

- 本人同意 Corewell Health 不负责保管我的个人财产,我会将贵重物品留在家中。

患者权利和投诉:

- 本人知晓我可以提出疑虑或投诉,而不必担心遭到报复。医疗机构将尽力及时或在适当的时间范围内解决我的疑虑。如果我自己作为患者的权利有疑问,可以随时咨询。联系电话为 855.613.2262。我也可在接受护理的场所向患者和家庭体验代表 (Patient and Family Experience Representative) 提出我的疑虑。

联系授权:

- 我已向 Corewell Health 提供我的住宅和/或手机号码以及电子邮箱地址。本人同意接听来自 Corewell Health 的电话、自动拨号和/或预录电话,并接收来自 Corewell Health 和/或其代理/第三方的短信和/或电子邮件。这些通讯可能会计费。我负责支付由我的手机运营商产生的任何通讯费用。本授权系自愿行为。即使本人未给予“联系授权”,我仍可获得治疗。
- 来自 Corewell Health 的短信可能包括我预约的日期和时间、我的医疗服务提供方的名称、预约场所的名称和地址,以及我需要知道的为预约做准备的信息、欠款或有限的健康信息。

联系授权:(续)

- 本人授权 Corewell Health 将未加密的短信发送到我在 Corewell Health 病历中登记的手机号码。本人知晓：
 - 短信未加密。以未加密短信形式发送的健康信息可能会被拦截并被其他人看到。未加密短信还存在其他风险,包括错发短信、转发给其他人的消息以及存储在安全性服务器上的消息。选择以未加密短信形式接收您的健康信息,即表示您知晓并接受这些风险。
 - 本授权在本人撤销或撤回接收短信的许可前持续有效。
 - 我可以随时在医疗服务提供方办公室 或拨打 877.308.5083 撤销或撤回本授权,但在收到撤销或撤回请求之前已经执行的操作除外。

授权接收付款和账单:

- Corewell Health 有权向任何第三方以及本人索取款项。本人授权 Corewell Health 代表我向任何第三方收取福利金,并背书兑付所有支付给我本人和/或 Corewell Health 的支票。
- 本人授权负责支付我的医疗护理和治疗费用的任何保险公司针对 Corewell Health 提供的服务向 Corewell Health 付款。本人知晓我负责支付保险未涵盖的任何费用。
- 我请求将应付给我的法定 Medicare 福利金(代表我)支付给 Corewell Health,用于支付由 Corewell Health 或其设施内为我提供的任何服务。
- 本人同意,如果我的账户未按时支付费用,Corewell Health 可聘请律师和/或催收机构进行催收。我将负责补偿 Corewell Health 为追讨欠款而产生的所有成本、支出及费用。包括但不限于合理的利息、提起诉讼时的法律费用、合理的律师费和/或合理的催收代理费(包括根据欠款比例收取的费用)。
- 本人确认所提供的付款相关信息正确无误。本人知晓,针对医疗服务办理预认证或预授权是我的责任。
- 本人同意,对于保险服务所产生的自付额、共同保险及免赔额,以及超出福利限额的服务费用,本人承担财务责任。同时,我的健康计划合同定义的所有未被保险涵盖的服务费用由本人承担。本人特此同意并承诺全额支付任何此类未被保险涵盖的服务费用。本人知晓在接受服务之前,我可在接受服务前要求获取费用预估,并有权在不愿承担财务责任时拒绝接受相关服务。
- 如果我不希望 Corewell Health 向我的保险开具账单,我必须在接受服务时通知 Corewell Health。
- Corewell Health 可获取信用报告,以确定我是否有资格获得某些未投保(自费)折扣或经济援助计划。这不会影响我的信用评分。
- 未成年患者的离异父母：
 - Corewell Health 的病历系统允许指定一位患者父母/法定监护人作为担保人(即负责支付账单的个人)。患者父母双方有责任(在彼此之间)就保险未覆盖的任何费用支付问题进行沟通。
- 门诊 Medicare 患者：
 - 本人知晓根据 Medicare 规定,我要对门诊期间提供的自我给药承担费用。自我给药通常是指我可以在没有专业帮助的情况下自行服用的药物,但在门诊环境下可能由医疗服务提供方人员在急诊科门诊部或观察室等门诊环境中进行给药。Medicare 要求医院向 Medicare 患者或其他第三方支付方收取此药费。Medicare D 部分受益人可以根据 Medicare 药物计划登记材料 向 Medicare D 部分申请报销这些药费。

权利转让:

- 本人将以下权利和权益转让给 Corewell Health：
 - 针对我在 Corewell Health 产生的费用,所有福利、索赔以及任何及所有其他权利,包括为了寻求支付而向任何第三方开具账单和进行沟通的权利。
 - 针对涉及本人在 Corewell Health 费用的任何诉讼或法律程序,提起诉讼或介入其中的权利。

一般同意、治疗和信息公布 (续)

第 4 页/共 4 页

权利转让: (续)

- 为追讨本人在 Corewell Health 所产生的费用而采取任何其他措施的权利。
- 以上权利转让包括但不限于, 针对任何付款方拒绝支付 Corewell Health 向我收取的费用 (包括法律或合同规定的任何雇主资助的福利计划、保单或法律/合同提供的保险保障) 的行为提出上诉的权利。
- 本人同时向 Corewell Health 转让、并同意放弃针对我在 Corewell Health 所产生费用的结清、免除或保留款项的任何及所有权利; 我也同意不采取任何可能是在任何方面损害 Corewell Health 费用支付或报销的其他行动。
- 本人还指定 Corewell Health 作为我的授权代表, 负责追讨我在 Corewell Health 产生的费用。本人授权 Corewell Health 代表我追讨任何福利索赔, 包括根据 1974 年《员工退休收入保障法》(ERISA) 提出的索赔, 并针对不利的福利认定提起申诉。本人同意协助 Corewell Health 追讨所有保险福利, 并同意支付任何保险计划要求的所有共同保险、自付额和免赔额。
- 本人授权并指示 Corewell Health 将任何追偿所得收益用于支付 Corewell Health 向我收取的费用。

翻译:

- 本人知晓我可在提出要求后获取本文件的其他语种版本。本文件副本及其译文可在我们的网站上查看: <https://corewellhealth.org/generalconsent>。

患者签名:

我已阅读此表并理解其中内容。我的所有问题已得到解答。

时间 _____ AM PM 日期 _____ 患者签名 _____

患者未满 18 岁, 或出于其他原因而无法表示同意, 因为 _____

时间 _____ AM PM 日期 _____ 父母/法定监护人签名 _____
印刷体姓名 _____

STAFF SIGNATURE(S):

Witness signature _____

Second witness needed for Verbal Consent:

Witness signature _____

INTERPRETING SERVICES:

I certify that I have interpreted, to the best of my ability, into and from the patient's stated primary language, everything said during the informed consent discussion.

TIME _____ AM PM DATE _____ Interpreter signature _____

Interpreter name (print) _____