

## 同意与授权书

### 1. 入院与治疗的一般同意书

1, 签署人在此自愿要求、同意并授权所有医疗和住院护理, 其中包括体检和筛查、诊断程序、药物管理、医疗治疗, 包括药物和酒精筛查, 如主治医生、McLaren Health Care子公司(“McLaren”)的其他医务人员和医疗保健提供者判断其有必要性。我知道行医不是一门精密科学, 并承认我所接受的护理和治疗的结果无法保证。

我特此授权McLaren为科学或教学目的而保留、保存和使用, 或根据其判断或便利性处置在我就诊期间从我身上取下的任何样本或组织。我授权McLaren对我进行拍照、摄像和/或录音, 以便在治疗期间进行诊断、治疗建议和/或记录和识别。本人理解, 病历中的所有文件, 其中包括照片、影片和/或录音, 均可作为病历的一部分永久保留, 并可用于案例研究和教育。我已被告知并知晓, McLaren大多为教学机构, 所进行的医疗和外科手术可能需要多个医疗服务提供者的观察、合作和服务。我授权以上人员进行此观察、服务和护理。

### 2. 暴露测试同意书

我明白, 如果紧急救援人员、医护人员或其他医疗机构员工接触到我的血液或体液, 根据MCL 333.20191的规定, 可能会在未经我同意的情况下对我进行检测, 包括但不限于HIV、乙型肝炎或丙型肝炎。

### 3. 保险信息公开

我授权McLaren及其附属机构向任何第三方付款人或其代表发布信息, 包括Medicare、Medicaid、Champus、Blue Cross/Blue Shield、商业健康保险公司、汽车无过失保险公司、工人伤残赔偿保险公司、雇主、保健组织、优选医疗机构和管理性护理计划等可能需要承担我的费用的机构; 或根据法律要求, 从我的医疗记录中获取必要的信息, 以便获得与我的治疗有关账单的报销, 其中包括CFR第42章第2部分规定保护的酒精和药物滥用记录(如有), 以及社会服务记录(如有)和心理服务记录(包括我与社工或心理医生的沟通)。

### 4. 公共卫生信息发布

我授权McLaren发布我的医疗记录中的信息, 包括密西根州法规和公共卫生部规定的传染病和/或传染的信息, 其中包括人类免疫缺陷病毒(HIV)感染、获得性免疫缺陷综合症(AIDS)、艾滋病相关综合症(ARC)、性病和结核病, 以及受《联邦法规》第2部分第42条规定保护的酒精和/或药物滥用信息, 精神病/心病记录, 以及社会工作记录, 其中包括与社工、精神病医生或心理医生的沟通。



820b

PT.

MR.#/P

DR.

## 同意与授权书

### 5. 保险利益分配

我指定并授权直接向McLaren支付其提供的所有健康福利费用以及其工作人员向我提供的其他形式护理的费用。我承担支付与我护理和治疗有关的所有费用的全部财务责任，包括保险未支付的任何费用。这些费用可能包括但不限于每日电话费、患者要求的私人房间费用以及任何免赔额和共同保险额。

### 6. 电话消费者保护法

我知晓，McLaren及其子公司和附属机构（统称“McLaren”）可能会不时与我联系，以便（1）在HIPAA允许的范围内讨论McLaren过去、现在或将来提供的任何服务；（2）讨论McLaren过去、现在或将来所提供服务的费用核算、账单或其他财务信息（如保险信息和服务费用）；以及（3）讨论任何逾期款项的收取或我的支付援助及免除计划资格。

我同意并准许McLaren及其服务提供者（a）通过我向McLaren提供的任何地址（包括电子邮件）或电话号码（包括无线号码或固定电话号码）与我联系；（b）在与我联系时使用自动电话拨号系统或预先录制的信息电话；以及（c）向我的电话号码发送短信，以实现McLaren的上述目的。我同意McLaren将我的联系信息，包括我的无线电话号码和电子邮件地址，与McLaren签约的服务提供商（包括收款机构）分享，以协助其实现以上利益，但我知晓，未经我同意，McLaren不会为自己的目的将我的电话号码告知第三方。我知晓我可能需要支付电话每分钟标准费用和短信费用。

我也知晓，我不必同意接收自动拨号或预录信息电话或短信，以获得McLaren的服务。我可以通过使用以下免费电话或电子邮件地址与McLaren的客户代表联系，告知我的优先权，从而选择撤销我对接收自动拨号或预先录制的信息电话或短信的许可：（844）839-3884或phonecalloptout@mclaren.org。

### 7. 多个服务日

我知晓我的治疗可能需要1个以上的服务日，因此本同意书从签署日到我出院为止具有完全效力；我知晓治疗可能在McLaren的任何设施机构进行。

### 8. 授权获取用于护理协调的药物记录

我知晓，我的护理提供者知道我目前正在服用哪些药物，以便其为我开具处方并提供适当的治疗，这一点非常重要。因此，我允许McLaren/Karmanos从我目前购买药物的任何药房（或多个药房）获取并查看记录。

### 9. 口译服务

为确保患者的安全、及时/有效的沟通、以及为英语水平有限的患者和/或需要美国手语翻译的患者提供语言服务，McLaren提供免费的按需技术翻译服务，包括视频远程口译（VRI）和电话口译（OTP）。如果有技术困难、或患者需要另一种沟通办法，管理层成员可以协助现场翻译服务。签署此表即代表我同意使用VRI与OTP。



820b

PT.

MR.#/P

DR.

## 同意与授权书

### 10. 适用于孕妇或刚生产的产妇

我知晓，只要是怀孕的患者初次前来接受产前治疗或分娩（或如果婴儿是在医院外分娩的，则在分娩后立即进行），且护理人员无法立即获得测试结果，McLaren就必须进行艾滋病毒、乙肝和性传播感染的筛查。签署此表，我同意进行这些测试。

### 11. 免除责任：个人贵重物品

我知晓，对于我在McLaren住院期间选择放在身边或房间里的任何个人财产的损失或损坏，McLaren不承担任何责任，我有责任对其作出安排，将有价值的物品妥善保管。我已被建议将所有个人贵重物品送回家中。我亦知晓，McLaren/Karmanos对我在院期间携带的个人物品不负责任。

### 12. 同意通知家人

本人同意McLaren通知我的家人。

\_\_\_\_（是）；家人姓名：\_\_\_\_\_ 电话：\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_（否）

### 13. 同意通知您的主治医生（仅入院时）

仅在我入院时，本人提供我的主治医生（PCP）的名字，即表示我同意McLaren将我入院的情况通知该医生。

### 14. 隐私条例通知

我已收到McLaren的《隐私条例联合通知》、《申诉程序》、《患者权利》和《探视政策》（如适用）的副本：

患者退回/拒绝 \_\_\_\_\_（患者访问代表姓名首字母签名）



820b

PT.

MR.#/P

DR.

## 同意与授权书

### 15. 健康信息交流

我知晓McLaren参与健康信息交流，以开展业务活动，并将我的医疗信息提供给可能对我进行治疗的其他医疗机构。

### 16. 仅适用于俄亥俄州

在您的护理管理过程中可能需要药剂师，您或授权代表您的个人可以退出药剂师咨询协议。

我证明我已阅读本同意书，或相关人员已向我宣读本同意书。无论该表是由我本人签署还是由我的代表代为签署，均表明我知晓其内容，且通过签署本表，我同意受其规定约束。

患者签名（如患者未成年，由家长/监护人签名；或由患者代表签名）

\_\_\_\_\_  
日期/时间（必填）

\_\_\_\_\_  
若非患者，请注明与患者的关系

\_\_\_\_\_  
电话许可

\_\_\_\_\_  
见证人

\_\_\_\_\_  
日期/时间（必填）

\_\_\_\_\_  
第二见证人（电话许可）

\_\_\_\_\_  
日期/时间（必填）



820b

PT.

PT.

MR.#/P

DR.