

HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE

这是一份法律文件。

本表格内容不得修改。

入院条件

(CONDITIONS OF ADMISSION – CHINESE)

签字患者由 Hoag Orthopedic Institute (“HOI” 或 “医院”) 收治，根据下列条款和条件接受住院和/或门诊治疗：

1.同意遵循医疗和手术程序

本人同意在本次住院期间或门诊过程中接受各项可能实施的程序。这些程序可能包括但不限于：实验室检查程序、X 光检查、医疗或外科治疗或程序、麻醉，或根据本人的医生、外科医生或其他协助护理医疗专业人员的一般或特殊指示而为本人的医院服务，以及法律所要求的筛查测试或治疗。为协助对本人进行护理服务，本人同意由异地医生或其他医疗服务提供者通过远程医疗技术（包括但不限于双向视频、数字图像，以及其他由本人的医疗服务提供者确定的远程医疗技术）对本人进行评估和检查。此外，本人还同意入院治疗。

2.医院及护理

本人明白，本人接受本人的医生的护理和监督，并且 HOI 及其护理人员会执行这些医生的指示。本人进一步理解，HOI 仅提供一般护理服务以及本人的医生所要求的护理服务，并且 HOI 不负责提供私人护理护士。本人特此免除 HOI 因未提供此项额外护理服务而产生的任何及所有责任。

3.HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE 与医生之间的法律关系

本人明白，所有为本人提供服务的内科医生和外科医生（包括医师助理、放射科医生、病理科医生、麻醉科医生、住院医师、重症监护专科医生以及其他医生）均为独立的执业医疗专业人员，其并非 HOI 的员工、代表或代理人。他们只是获得了借助医院来护理和治疗患者的特权。医生的服务费将与 HOI 的收费将分开并独立计费，这意味着本人会收到不止一份账单。

在此处用姓名首字母签名：_____

本人明白，本人接受本人的医生提供的护理和监管服务。HOI 及其护理人员负责执行本人的医生的指示。本人的内科医生或外科医生在根据他们的一般和特别指示为本人提供医疗或手术治疗、特殊诊断或治疗程序或医院服务时，有责任在必要时征得本人的知情同意。

4.个人物品和贵重物品

HOI 要求患者及其家属不得将个人物品和贵重物品带入医院。未存入 Hoag Memorial Hospital Presbyterian 所保管的防火保险箱中的任何现金、文件、珠宝、手机、电子设备或其他物品如丢失或损坏，HOI 概不负责。对于患者/家属自行决定留在病床边的、未交由工作人员保管的物品，HOI 概不负责。对于交由 HOI 保管的任何个人财产如丢失，HOI 的赔偿责任最高不超过 500 美元。

在此处用姓名首字母签名：_____

5.参与医学教育和临床培训计划

本人理解 HOI 参与教学项目，并且持证医师学员、医疗保健专业学生（如护理、放射、康复治疗等专业学生）、研究生及其他实习生，可能会在其医学教育和临床培训项目所要求的适当监督下，观察、检查、治疗和参与对本人的护理和治疗。

HOI CONDITIONS OF ADMISSION

9611-C

Page 1 of 4

Rev 04/07/25



[1218]

PATIENT LABEL

HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE

这是一份法律文件。

本表格内容不得修改。

6.照片、视频及录音录像

本人同意对本人的医疗、手术或治疗情况拍摄照片、视频或数字图像或其他图像（如手术过程图像、伤口照片等），并将这些图像用于本人的诊断或治疗，或用于 HOI 进行的同行评审、质量改进、教育或培训等运营活动。本人明白，除非本人单独提供书面同意，否则禁止出于其他目的披露或传播这些照片、视频以及数字图像或其他图像。

本人明白，未经所有相关方书面同意，本人或本人的探视者均不得对 HOI 员工、本人的医生或其他人进行拍照、摄像、录音，或披露或分享任何相关图像或对话内容。

7.经济责任协议

本人在以患者本人，或以患者的代理人、配偶、父母、监护人或财务担保人身份签署文件后，作为对所获服务的对价，本人同意按照 HOI 的正常费率和条款（包括其慈善护理和折扣支付政策（如适用））及时支付 HOI 账单。本人了解所有内科医生和外科医生（包括医生助理、放射科医生、病理科医生、麻醉师、住院医生、重症监护专科医生和其他医生）的服务费用将分开计费。如有任何账款提交给律师或催收机构进行催收，本人将支付实际的律师费和催收费用。所有逾期账款均应按法定利率计收利息。

可从 <https://www.hoagorthopedicinstitute.com/for-patients/billing-and-insurance/> 获取 HOI 的常规费率（即“收费标准”）及账单信息。正常费率适用于 HOI 所提供的服务，包括未涵盖在 Medicare、Medi-Cal 或 Medicaid 中的服务，或不在其他合同安排范围内的服务。

在此处用姓名首字母签名：_____

8.经济援助

本人同意并理解，如果本人无法履行财务义务，本人可以通过致电 (949)764-5564 或发送电子邮件至 FC@hoag.org 以联系财务顾问。HOI 可以协助您进行申请，并提供针对 Medicare、健康家庭计划 (Healthy Families Program)、Medi-Cal 或通过加利福尼亚健康福利交易所 (California Health Benefit Exchange)、加利福尼亚儿童服务 (California Children's Services) 计划、其他州或县资助的健康保险的申请表。如果您需要有关账单和支付流程的进一步帮助，请访问健康消费者联盟网站 <https://healthconsumer.org>，查找可进一步为您提供帮助的相关机构的推荐信息。您也可能访问 www.OCGOV.com 以获得本地协助。我们致力于以易于理解的方式在我们所服务的社区提供有关 HOI 经济援助计划的信息。除了英语之外，此摘要、《HOI 经济援助政策》和《HOI 经济援助申请表》还有其他语言版本，包括阿拉伯语、中文、波斯语、韩语、西班牙语和越南语。请访问我们的网站 <https://www.hoagorthopedicinstitute.com/for-patients/billing-and-insurance/financial-assistance/> 了解更多信息。

9.医生经济利益通知

本人确认已获悉，HOI 符合联邦法律（《美国联邦法规》第 42 篇第 489.3 部分）规定的“医生自有医院”的定义，并且他们可索取 HOI 所有者/投资者名单（其中的医院所有者/投资者为医生或医生的直系亲属）。下述签字人确认已收到医院的 *所有权披露* 通知，并了解患者有权选择 HOI 以外的其他机构为其提供患者医生要求或指示的服务。

在此处用姓名首字母签名：_____

HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE

这是一份法律文件。

本表格内容不得修改。

10.所有权利和权益的分配

本人（无论以患者还是患者代理人身份签字）不可撤销地将与任何保险计划、健康福利计划或其他护理服务付款来源有关的所有权利、权益及任何其他利益指派并转让给 HOI。该指派将包括指派并授权直接向 HOI 支付本次住院治疗或门诊服务中应付给患者的所有保险和健康计划权益。本人同意，保险公司或保险计划根据本授权向 HOI 支付的款项将在此付款范围内履行其义务。本人了解，在州和联邦法律允许的范围内，本人对未根据此指派支付的费用承担经济责任。本人同意与医院合作并采取 HOI 合理要求的所有措施，以完善、确认或验证此指派。

11.健康计划（保险）义务

HOI 持有一份与之签订合同的健康计划的清单。如有需要，可向入院登记办公室或从网址 <https://www.hoagorthopedicinstitute.com/for-patients/billing-and-insurance/insurance/> 取这些计划的清单。HOI 未与任何未出现在清单上的计划签订任何明示或暗示的合同。本人有责任确定本人的健康计划已授权 HOI 提供服务。在本人以患者本人或患者代理人的身份签署文件后，本人同意，如果本人所参与的保险计划不在上述列表中，或者本人未能获得健康保险计划的授权，本人个人有义务按照 HOI 的常规费率和条款（包括其财务援助政策）支付 HOI 费用。

所有内科医生和外科医生（包括医师助理、病理医生、麻醉师、住院医师等）的服务费用分开计费。本人有责任确定为本人提供服务的医生是否签约本人所参与的健康计划（如有）。

12.确认

- a. 本人确认，本人已收到 *患者信息手册*，该手册阐述了 *患者权利*、*如何提出申诉*、*患者责任和您做出医疗决定的权利*（高级医疗指令信息）等信息。
- b. 本人确认并了解，HOI 有时会使用外部资源或根据与第三方达成的安排向患者提供服务，包括由专科参考实验室或 Hoag Memorial Hospital Presbyterian 为 HOI 患者提供的服务等。在这种情况下，HOI 对这些外部资源为患者提供的所有服务承担职业和行政责任。

13.加州免疫登记处

HOI 可能会与加州免疫登记处 (CAIR) 共享您的免疫或结核病 (TB) 筛查检测记录，加州免疫登记处是全州范围的安全且保密的患者免疫信息数据库。CAIR 可供医疗保健专业人员、机构和学校使用，用于跟踪您的所有疫苗接种和结核病检测，可提供入托、入学或入职所需的免疫接种证明。如果您不希望与其他登记处用户共享您的免疫接种或结核病记录，请以传真或电子邮件形式发送“拒绝或启动共享/免疫接种信息申请表”，可访问 CAIR 网站 (<http://cairweb.org/cair-forms/>) 下载此申请表，或致电 1-888-436-8320 或发送电子邮件至 CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov 向 CAIR 帮助台索取此申请表。可致电 1-800-578-7889 来联系 CAIR。

14.电话和电子邮件通信

向我们提供电话号码或电子邮箱地址，即代表您同意我们或我们的服务提供商会因为管理您账户（包括与您联系以获取您账户可能需要的资金援助、预约提醒、调查、出院指导及其他医疗通知），或收取您可能拖欠的款项而与您联系，由此可能产生的费用将由您承担。您明确同意，联系方式可能包括使用真人客服、电子邮件、预录和人工语音信息、使用自动拨号设备，以及（如适用）发送短信。本同意书适用于与您账号相关的所有服务和账单，不构成购买财产、商品或服务的条件。

HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE

这是一份法律文件。

本表格内容不得修改。

15. 禁带物品

- HOI 严禁在我们的医院内实施暴力行为。HOI 致力于维护安全的工作场所，杜绝任何威胁、恐吓行为和暴力事件。为保障患者、探视者、员工及其他医疗专业人员的安全，禁止携带武器、刀具、酒精、非法药物及其他危险物品进入我们医院。根据联邦法律，大麻属于非法物品。HOI 医院受联邦资助，医院场所内不允许存放或使用大麻，但加利福尼亚州《医疗大麻人道使用法案》中针对晚期住院患者的唯一例外情况除外。前述法案规定，在符合特定限制条件的情况下，允许我院的晚期住院患者在医院特定区域中使用医用大麻。
- 禁止任何人在 HOI 或 Hoag 拥有、租赁或运营的任何设施及场地（包括停放在任何设施内的车辆）中吸烟、吸食电子烟及使用烟草制品（包括嚼烟和电子烟）。
- 我们保留对带入 HOI 的任何物品进行安全检查的权利，并有权拒绝某些物品进入设施。

16. 行为/举止

HOI 期望您尊重他人，以非暴力、非辱骂的方式行事。如果您携带 HOI 财产（例如病号服、输液泵、氧气罐、监护设备、轮椅等）离开您所入住的科室区域，将违反医院政策。如果您未通知临床团队就擅自离开医院，或违反 HOI 的相关政策，您可能被勒令出院。

本人确认已阅读《住院须知》并收到副本。本人是患者本人、患者法定代表人，或经患者授权签署文件并接受其条款和条件。

患者/法定代表人签字：_____ 日期：_____ 时间：上午/下午 _____
(Patient/Legal Representative Signature) (Date) (Time)

如果签字人不是患者本人，请注明与患者之间的关系 (If signed by other than patient, indicate relationship): _____

医院代表 (Hospital Representative): _____

由患者或患者法定代表人以外的人签署的经济责任协议

本人同意对向患者提供的服务承担经济责任，并同意接受经济责任协议的条款、保险权益指派和健康计划义务规定。

FINANCIAL RESPONSIBILITY AGREEMENT BY PERSON OTHER THAN THE PATIENT OR THE PATIENT'S LEGAL REPRESENTATIVE

I agree to accept financial responsibility for services rendered to the patient and to accept the terms of the Financial Agreement, Assignment of Insurance Benefits, and Health Plan Obligation provisions above.

经济责任方签字：_____ 日期：_____ 时间：上午/下午 _____
(Financially Responsible Party Signature) (Date) (Time)

医院代表 (Hospital Representative): _____

口译员声明

上述文件由口译员（如下所列）翻译成患者或法定代表人的第一语言（请注明语言）：_____

他们了解所有条款和条件，并确认其同意上述文件。

☐ 口译服务（免费）— 口译员的姓名和身份代码：_____

☐ 已提供口译服务（免费）；患者已拒绝

☐ 已应患者要求使用家属/其他人员进行口译 — 口译员姓名及关系：_____

见证人：_____ 日期：_____ 时间：上午/下午 _____

INTERPRETER'S STATEMENT

The foregoing document was translated by the interpreter (listed below) to the patient or legal representative in the patient's or legal representative's primary language (indicate language): _____

They understood all of the terms and conditions and acknowledged their agreement with the above document.

☐ Interpreter Service (free of charge) – Interpreter Name and Identification Code: _____

☐ Offered Interpreter Service (free of charge); patient declined

☐ Family/Other used at patient's request - Interpreter Name and Relationship: _____

Witness: _____ Date: _____ Time: _____ A.M./P.M.

HOI CONDITIONS OF ADMISSION