HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE

这是一份法律文件。
本表格内容不得修改

入院条款
(CONDITIONS OF ADMISSION – CHINESE)

本人在下方签字，即确认本人为患者本人、患者法定代表，或经授权可代表患者签字的人员。在联邦及加州适用法律许可范围内，本人同意下述《入院条款》及相关条款。

1. 同意遵循医疗和手术程序

我同意在 Hoag Orthopedic Institute (HOI) 接受可能为我提供的医疗服务、诊断服务、外科手术服务、门诊服务、辅助服务及相关医疗保健服务。上述服务可能包括但不限于体格检查、实验室检测、病理检测、影像学检查、X 光检查、超声检查、药物治疗、采血、静脉治疗、麻醉相关服务、内科治疗、外科治疗、呼吸治疗、康复服务、护理服务、法律要求或许可的筛查检测，以及参与本人医疗护理的医生、高级执业提供者、护士或其他医疗保健专业人员开具或提供的其他服务。为便于院方对本人进行医疗护理服务，本人同意由异地医生或其他医疗保健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）对本人进行医学评估和检查。如为本人医疗护理所必需，本人亦同意入院接受治疗。本人知晓，本人所接受的医疗护理，可依据主治医生或其他持照医疗保健专业人员的一般或具体指示开展。本人亦同意，在本人主治医护人员及 HOI 判定医学上适宜，且符合适用法律及 HOI 政策规定时，本人可入院、在不同病区或护理等级之间转科、转为留观状态、接受门诊治疗和急诊治疗或办理出院。本人理解，内科与外科诊疗并非精密科学，对于任何检查、治疗、医疗程序、服务或护理的效果与结果，医院未作出任何保证或担保。

2. 医院及护理

本人知晓，本人接受主治医生或其他持照医疗保健专业人员提供的医疗护理及监管服务。HOI 及其护理人员负责执行主治医护人员下达的医嘱与指示，并按照适用医疗护理标准、HOI 政策规定及适用法律规定提供护理及医院服务。HOI 提供常规护理服务，以及由主治医护人员医嘱指定的护理服务。除非按照 HOI 政策规定另行安排并获批，否则 HOI 不提供专职私人护理服务。若患者或家属需要专职私人护理服务，需自行独立安排该类服务，同时需遵守 HOI 在安全、资质认证、准入及运营方面的相关要求。本节任何内容均不限制联邦或加州适用法律项下的任何权利或义务。

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

本人知晓，所有在 HOI 提供专业医疗服务的医生属于独立执业人员，并非 HOI 的员工、代表或代理人。独立执业人员包括但不限于麻醉科医生、放射科医生、病理科医生、住院医生、重症医学科医生、外科医生、会诊医生、医师助理以及其他持照专业人员。独立执业人员在提供医疗护理服务时，独立行使专业判断。HOI 不对该类执业人员的独立医学判断进行管控。医生及执业人员的专业服务费，可能与 HOI 的医院收费分开开具账单，这表示本人可能会收到多份服务账单。

请在此处用姓名首字母签名：_____
(Initial Here)

本人明白，本人接受本人医生提供的医疗护理和监管服务。HOI 及其护理工作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。

PATIENT LABEL

4. 个人物品和贵重物品

HOI 恳请患者及家属不要携带现金、珠宝、证件、手机、电子设备、药品、非医疗护理必需的辅助器具或其他贵重物品，除非将其存放于 Hoag Memorial Hospital Presbyterian 管理的防火保险箱中。除非物品已按照 HOI 政策规定交由 HOI 代为保管，否则 HOI 不对个人财物、现金、珠宝、证件、手机、电子设备或其他物品的遗失或损坏承担责任。若物品放置于床边、病房、等候区，或由患者、家属、访客/代表自行保管而 HOI 工作人员未实际接管，HOI 对此类物品不承担责任。交由 HOI 代为保管的个人财物如发生遗失，赔偿责任以加州适用法律及 HOI 政策许可的金额为限，最高不超过 500 美元，法律规定更高赔偿金额的除外。

请在此处用姓名首字母签名：_____
(Initial Here)

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。

6. 照片、视频及录音、影像资料与临床文档

本人同意 HOI 拍摄本人病情、治疗、医疗程序或医疗护理相关的照片、视频、录音、数字影像、诊断影像、医疗程序操作影像、伤口影像或者其他记录或影像，用于医学治疗、患者安全、身份识别、文档留存、诊断、质量改进、同行评审、风险管理、合规工作、教学、培训、医疗保健业务运营或法律与 HOI 政策许可的其他用途。本人知晓，当法律有相关要求时，任何将可识别身份的影像或记录资料用于需另行授权用途的使用或披露行为，均须取得单独书面授权。为保护患者隐私、人身安全、院区安全及信息保密权益，以及 HOI 工作人员、医务人员、患者、访客、外包服务商、学生、志愿者及其他人员的权利，HOI 可对其相关机构内拍照、摄像、录音、录像、直播，或影像、录音/通信内容的对外披露作出合理限制。

以残障相关便利安排或作为有效沟通辅助工具为由提出的录制申请，将遵照适用法律按个案予以审核。

本人知晓，本人及访客不得在 HOI 相关机构内对其他患者、访客、工作人员、医生、执业人员、学生、志愿者或其他人员进行拍照、摄像、录音、直播，公开发布或披露相关影像、录音或通信内容，HOI 政策及适用法律许可的情形除外。

7. 经济责任协议

鉴于 HOI 为本人提供各项医疗服务，无论本人是以患者本人、患者代理人、配偶、父母、监护人还是财务担保人身份签字，本人同意，按照 HOI 的常规收费标准与条款（包括 HOI 的慈善医疗及费用减免政策，如适用）及时结清账单。本人知晓，所有内科医生及外科医生，包括放射科医生、病理科医生、麻醉科医生、住院医生、会诊医生、医师助理及其他独立执业者，会单独就其提供的服务开具收费账单。在州及联邦适用法律许可范围内（扣除任何律师费、催收费用后），若账单交由律师或催收机构进行追讨，本人将承担实际产生的律师费及催收费用。所有逾期未付账单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。

PATIENT LABEL

医疗债务：根据《民法典》 第 1785.27 条规定，严禁本医疗债务合同的持有方向消费者信用报告机构提供任何与该债务相关的信息。若持有方明知本条款仍擅自向消费者信用报告机构提供该债务相关信息，除承担相应法律责任外，该笔债务将自动作废且永久不可追偿。

请在此处用姓名首字母签名： _____
(Initial Here)

8. 经济援助

无论是否拥有保险，患者均有资格根据 HOI 的经济援助计划 获得免费医疗或费用减免服务。经济援助的资格认定将独立于本《入院条款》进行。本人知悉并同意，若本人无力履行财务义务，
可致电 (949)764-5564 或发送电子邮件至 FC@hoag.org 联系财务顾问。HOI 可以协助您进行申请，并提供针对 Medicare、Healthy Families Program、MediCal 或通过 California Health Benefit Exchange、California Children’s Services 计划、其他州或县资助的健康保险的申请表。如您在理解账单和支付流程方面需要进一步协助，请访问 Health Consumer Alliance 网站 https://healthconsumer.org，查找可进一步为您提供帮助的相关机构的转介信息。也可访问 www.OCGOV.com 获取本地协助。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。HOI 对财务援助资格的判定独立于本《入院条款》，将依照 HOI 政策及适用法律执行。医疗必需服务的获取，不会因是否已认定财务援助资格而受到影响。

9. 医生经济利益通知

本人确认已获悉，HOI 符合联邦法律（42 C.F.R. 489.3）中对“医生自有医院”的定义；如提出申请，可获取 HOI 所有者/投资者名单（该清单包含身为医生或医生直系亲属的所有者、投资人），相关清单也可访问此网址查看：https://www.hoagorthopedicinstitute.com/for-patients/legal-policies/legal-and-compliance。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。

请在此处用姓名首字母签名： _____
(Initial Here)

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。

PATIENT LABEL

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/insurances- accepted/ 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。本节任何内容均不限制《无意外账单法案》、加州法律、Medicare、MediCal、Medicaid、健康计划法、紧急服务法或其他适用法律所提供的任何保护。

所有医生和外科医生（包括放射科医生、病理医生、麻醉师、住院医生、重症医学科医生、医师助理及其他人员）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与本人所参与的健康计划（如有）签约。

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. 实验室检测确认：本人特此要求并同意将本人的实验室检测结果提供给患者门户，以便本人可以通过电子方式查阅这些信息，并将其作为本人临床健康记录的一部分。本人明白，通过患者门户可获得的实验室检测结果可能不包括 HIV 检测阳性、肝炎、药物滥用检测结果或与常规处理的组织相关的检测结果，或显示新发或复发性恶性肿瘤的影像扫描结果。

14. 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*拒绝共享或开始共享免疫接种信息请求（锁定/解锁）*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。

15. 固定电话、手机、患者门户账户及电子邮件通信

向我们提供电话号码、手机号码、电子邮箱地址或其他联系方式，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。

PATIENT LABEL

16. 禁带物品

a. 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。

b. 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）。

c. 为保障安全，HOI 有权对带入院区的任何物品进行检查，并有权禁止被认为不安全或不适宜的物品进入。

17. 患者及访客行为/举止

患者与访客应举止得体、待人尊重，不得带有威胁性、不得使用暴力、不得进行辱骂侵扰，以此维护安全的医疗环境。发生威胁、恐吓、暴力、骚扰、辱骂侵扰行为、危险行为、干扰患者医疗护理、擅自拿走 HOI 财物，或是违反 HOI 安全或安保政策时，HOI 可依据适用法律、患者安全义务、适用的 EMTALA、CMS 参与条件、许可要求及 HOI 相关政策采取适当措施。本节任何内容均不授权拒绝紧急筛查、病情稳定治疗、医疗必需照护、申诉权利、反歧视权利或其他受法律保护的权利。

18. 人工智能

本人同意并理解，HOI 可能会运用包括生成式人工智能在内的人工智能 (AI) 技术来辅助医疗保健提供者，改进和简化文档记录、沟通交流、临床支持及其他医疗保健运营工作。AI 技术的应用范围可能包括但不限于：转录医疗记录与诊疗讨论内容、账单及编码支持、临床分析及预测性健康分析。本人理解，Hoag 的许多专业医疗服务由独立医生提供，这些医生并非 HOI 员工或代理人。医生对其提供的医疗护理服务负全部责任，包括在其临床决策或交流沟通中对 AI 的任何使用。在法律要求的范围内，部分由人工智能生成的交流内容将明确标注其为人工智能生成，并提供说明以告知如何联系人类医疗服务提供者、医院员工或其他相关人员。

签署本《入院条款》，即表示本人确认已知晓 HOI 对人工智能的使用情况。

PATIENT LABEL

HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE

这是一份法律文件。
本表格内容不得修改

本人特此证明本人已阅读本《入院条款》，或者已有人为本人宣读或解释本文件。本人确认已收到副本或已获提供副本。

本人是患者本人、患者法定代表，或经患者授权签署文件并接受本《入院条款》的人员。

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)

医院代表姓名：_____
(Hospital Representative Name)

医院代表签名：_____ 日期：_____时间：_____（上午/下午）
(Hospital Representative Signature) (Date) (Time)

Patient unable to sign.

Reason: _____

Witness Attestation: The undersigned hospital representative witnessed that the patient was unable to physically sign this document and there is no Authorized Legal Representative acting on behalf of the patient. The undersigned is not signing on behalf of the patient, is not acting as the patient's legal representative, and is not making a determination regarding the patient's decision-making capacity.

Hospital Representative Name and Title: _____

Hospital Representative Signature: _____ Date: _____ Time: _____A.M./P.M.

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 services are provided free of charge to the patient.

☐ Interpreter Name and Identification Code: _____

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

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

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

PATIENT LABEL