HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE

본 문서는 법적 문서입니다.

본 양식에 대한 변경은 허용되지 않습니다.

입원 조건

(CONDITIONS OF ADMISSION – KOREAN)

본 문서에 서명한 환자는 다음의 조항 및 조건에 따라 Hoag Orthopedic Institute(이하 'HOI' 또는 '병원')에서 입원 및/또는 외래 치료를 받는 데 동의합니다.

1. **내과 및 외과적 절차에 대한 동의**

입원 또는 외래 진료 중 시행될 수 있는 절차에 대해 동의합니다. 이 절차에는 연구소 절차, 엑스레이 검사, 내과적 또는 외과적 치료나 조치, 마취, 내과 및 외과 주치의 또는 치료를 보조하는 기타 보건의료 전문가의 일반 또는 특수 지시에 따라 제공되는 의료 서비스나 법률에 따라 요구되는 선별 검사 또는 치료가 포함될 수 있으나, 이에 국한되지는 않습니다. 본인은 진료를 돕기 위해 의사 또는 기타 보건의료 서비스 제공자가 물리적으로 떨어진 상태에서 쌍방향 화상 통화, 디지털 이미지 및 서비스 제공자가 선택한 기타 방식 등(이를 포함하되 이에 국한되지 않음)의 원격 의료 기술을 통해 평가 및 검사 서비스를 제공하는 것에 동의합니다. 본인은 병원 입원에 대해서도 동의합니다.

2. **병원 진료 및 간호 서비스**

본인은 주치의의 진료 및 감독을 받으며, HOI와 간호 직원은 해당 의사들의 지시를 이행한다는 점을 이해합니다. 또한 본인은 HOI가 일반적인 의무 간호 및 의사의 지시에 따른 진료만을 제공하며, 개인 간호 서비스를 제공하지 않는 것에 대해 HOI가 책임지지 않음을 이해합니다. 이로써 본인은 HOI가 이러한 추가적인 진료를 제공하지 않아 발생할 수 있는 모든 책임으로부터 HOI를 면책함을 확인합니다.

3. HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE**와 의사 간의 법적 관계**

본인은 진료 지원 인력, 방사선과 전문의, 병리과 전문의, 마취과 전문의, 입원 전담 전문의, 중환자의학 전문의를 포함하여, 본인에게 의료 서비스를 제공하는 모든 내과 및 외과 의사가 독립 개업의이며, HOI의 직원, 대표자 또는 대리인이 아님을 이해합니다. 이들은 단지 환자를 진료하고 치료하기 위해 병원을 사용할 수 있는 특권을 부여받았을 뿐입니다. 의료진이 제공하는 서비스에 대한 요금은 HOI의 비용과는 독립적으로 산정되며, 별도로 청구되므로 본인은 하나 이상의 청구서를 받게 될 수 있음을 이해합니다.

이니셜 기입: _____

본인은 주치의의 진료 및 감독을 받는다는 점을 이해합니다. HOI와 소속 간호 직원은 본인의 주치의가 내린 지시에 따라 진료를 수행할 책임이 있습니다. 본인의 내과 또는 외과 주치의는 내과적 또는 외과적 치료, 특수 진단 또는 치료 절차, 주치의의 일반 및 특수 지시에 따라 제공되는 병원 서비스에 대해, 필요시 본인의 사전 동의를 얻을 책임이 있습니다.

4. **개인 소지품 및 귀중품**

HOI는 환자 및 보호자 여러분께 개인 소지품과 귀중품을 시설 내로 반입하지 **말아주시기를** 당부드립니다. HOI는 Hoag Memorial Hospital Presbyterian이 관리하는 내화 금고에 보관되지 않은 현금, 문서, 귀금속, 휴대전화, 전자기기 등 모든 물품의 분실 또는 훼손에 대해 책임지지 않습니다. HOI는 직원이 보관하지 않은 물품을 환자/보호자의 재량에 따라 침대 근처에 두었을 경우, 해당 물품에 대해 책임지지 않습니다. 안전한 보관을 위해 HOI에 맡긴 개인 재산의 분실에 대한 책임은 최대 500달러를 초과하지 않습니다.

이니셜 기입: _____

5. **의료 교육 및 임상 수련 프로그램 참여**

본인은 HOI가 교육 프로그램에 참여하고 있으며, 이에 따라 면허를 소지한 전임의, 보건의료(간호학, 방사선학, 재활치료학 등) 계열의 학생, 대학원생 및 기타 연수생들이 해당 의료 교육 및 임상 수련 프로그램의 요구에 따라 적절한 감독하에 본인의 진료 및 치료에 참관하거나 진찰, 처치 및 진료에 참여할 수 있음을 이해합니다.

PATIENT LABEL

6. **사진, 동영상 및 기타 기록**

본인은 본인의 내과적 또는 외과적 상태 및 치료와 관련하여 사진, 동영상, 디지털 이미지 또는 기타 이미지(예: 시술 영상, 상처 사진 등)를 촬영하는 것과, 해당 이미지를 본인의 진단 또는 치료 목적이나 HOI의 운영(동료 평가, 품질 개선, 교육 또는 연수 등)을 위하여 사용하는 데 동의합니다. 본인은 별도의 본인 서면 동의 없이는 본인의 사진, 동영상, 디지털 이미지 또는 기타 이미지가 다른 목적으로 공개되거나 배포되는 것이 금지된다는 점을 이해합니다.

본인은 본인 또는 방문자가 모든 당사자의 서면 동의 없이 HOI 직원, 주치의 또는 기타 인물의 사진을 촬영하거나, 영상을 녹화하거나, 대화를 녹음하거나, 해당 이미지나 대화를 공개하거나 공유할 수 없음을 이해합니다.

7. **재정적 동의**

본인은 환자 본인 또는 환자의 대리인, 배우자, 부모, 보호자 또는 재정 보증인 자격으로 서명하는 경우를 포함하여, 제공받은 서비스에 대한 진료비 청구 내역을 HOI의 통상 요금 및 규정에 따라 지체 없이 지급할 것에 동의하며, 해당되는 경우 진료비 지원 프로그램 및 할인 정책이 적용될 수 있음을 이해합니다. 본인은 진료 지원 인력, 방사선과 전문의, 병리과 전문의, 마취과 전문의, 입원 전담 전문의, 중환자의학 전문의를 포함하여 모든 내과 및 외과 의사가 각자 제공한 의료 서비스에 대해 별도로 비용을 청구한다는 점을 이해합니다. 진료비 청구 내역이 변호사 또는 채권 추심 기관에 회수 의뢰될 경우, 본인은 실제 발생한 변호사 수임료 및 추심 비용을 부담할 것에 동의합니다. 연체된 진료비 청구 내역에는 법정 이율에 따른 이자가 부과됩니다.

'진료비 산정표(Chargemaster)'로 알려진 HOI의 통상 요금 및 청구 관련 정보는 웹사이트에 게시되어 있습니다(https://www.hoagorthopedicinstitute.com/for-patients/billing-and-insurance/). 통상 요금은 Medicare, Medi-Cal 또는 Medicaid의 보장을 받지 않거나, 기타 계약상 합의가 적용되지 않는 서비스를 포함하여 HOI가 제공하는 모든 서비스에 적용됩니다.

이니셜 기입: _____

8. **재정적 지원**

본인은 재정적 의무를 이행하지 못하는 경우, (949)764-5564번으로 전화하거나 FC@hoag.org로 이메일을 보내 재정 상담팀에 문의할 수 있음을 이해하고 이에 동의합니다. HOI는 Medicare, Healthy Families Program, Medi-Cal이나 California Health Benefit Exchange, California Children's Services 프로그램 및 기타 주 또는 카운티가 지원하는 건강 보험 프로그램 신청에 대해 도움을 드리며, 해당 신청서도 제공해 드릴 수 있습니다. 청구 및 결제 절차에 대한 이해를 위해 추가적인 도움이 필요하다면, Health Consumer Alliance 웹사이트(https://healthconsumer.org)를 방문하여 추가 지원이 가능한 기관에 대한 안내를 확인하실 수 있습니다. 지역 내 도움이 필요하다면 www.OCGOV.com를 참조하실 수도 있습니다. HOI는 서비스를 제공하는 지역사회에 재정 지원 프로그램에 관한 정보를 이해하기 쉬운 방식으로 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 본 문서와 HOI 재정 지원 정책, HOI 재정 지원 신청 양식은 영어 외에도 아랍어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 스페인어, 베트남어 등 다른 언어로도 제공됩니다. 본원의 웹사이트(https://www.hoagorthopedicinstitute.com/for-patients/billing-and-insurance/financial-assistance/)를 참조하십시오.

9. **의사의 재정 이익 통지**

본인은 HOI가 연방법(42 C.F.R. 489.3)상 정의에 따른 '의사 소유 병원'에 해당하며, 요청 시 의사 본인 또는 직계 가족인 HOI의 소유주/투자자 명단을 제공받을 수 있다는 안내를 받았음을 확인합니다. 본 문서에 서명한 자는 해당 병원의 *소유권 공개* 통지를 수령하였음을 확인하며, 주치의의 요청 또는 지시에 따라 환자가 HOI가 아닌 다른 시설에서 제공하는 서비스를 선택할 수 있음을 이해합니다.

이니셜 기입: _____

PATIENT LABEL

10. **모든 권리 및 이익의 양도**

본인은 환자 본인 또는 환자의 대리인 자격으로 서명하는 경우를 포함하여, 모든 보험 플랜, 건강 보험 플랜 또는 기타 진료 비용 출처와 관련된 모든 권리, 이익 및 이해를 HOI에 양도 및 이전하며, 이는 취소할 수 없음을 확인합니다. 본 양도에는 해당 입원 또는 외래 진료에 대해 지급될 모든 보험금 및 건강 플랜 급여를 HOI에 직접 지급하도록 지정하고 이에 대한 권한을 HOI에 부여하는 내용이 포함됩니다. 본인은 본 권한 부여에 따라 보험사 또는 보험 플랜이 HOI에 지급한 금액에 한하여, 해당 지급이 보험사 또는 보험 플랜의 의무를 이행한 것에 해당함에 동의합니다. 본인은 본 양도에 따라 지급되지 않은 청구 비용에 대해, 주 및 연방법이 허용하는 범위 내에서 본인이 재정적 책임을 진다는 점을 이해합니다. 본인은 본 양도를 완전하게 하고 이를 확정하거나 유효하게 하기 위해, HOI가 합리적으로 요구하는 모든 절차를 이행하며 이에 협조할 것에 동의합니다.

11. **건강 플랜(보험) 의무**

HOI는 자사와 계약을 체결한 건강 플랜의 목록을 관리하고 있습니다. 이러한 플랜 목록은 요청 시 입원 및 접수처 또는 본원의 웹사이트(https://www.hoagorthopedicinstitute.com/for-patients/billing-and-insurance/insurance/)를 통해 제공됩니다. HOI는 본 목록에 포함되지 않은 어떠한 플랜과도 명시적 또는 묵시적 계약을 체결하고 있지 않습니다. 본인의 건강 플랜이 HOI에서 제공하는 진료 서비스에 대해 승인하였는지를 확인할 책임은 본인에게 있습니다. 본인은 환자 본인 또는 환자의 대리인 자격으로 서명하는 경우를 포함하여, 본인의 보험 플랜이 상기 목록에 포함되어 있지 않거나 해당 보험 플랜의 승인을 얻지 못할 경우, HOI의 재정 지원 정책을 비롯한 통상 요금 및 규정에 따라 진료비 청구 내역을 지급할 개인적 의무가 있음에 동의합니다.

진료 지원 인력, 방사선과 전문의, 병리과 전문의, 마취과 전문의, 입원 전담 전문의를 포함하여 모든 내과 및 외과 의사는 각자 제공한 의료 서비스에 대해 별도로 비용을 청구합니다. 해당하는 경우, 본인에게 의료 서비스를 제공하는 의사가 본인의 건강 플랜과 계약되어 있는지를 확인할 책임은 본인에게 있습니다.

12. **안내문**

a. 본인은 *환자 권리*와 불만 제기 방법, *환자 책임* 및 *의료 치료에 관한 결정을 내릴 권리*(사전 의료 지시서) 등 기타 정보가 담긴 *환자 정보* 책자를 제공받았음을 확인합니다.

b. 본인은 HOI가 전문 검사 연구소 또는 Hoag Memorial Hospital Presbyterian과 같은 외부 자원이나 제3자와의 계약을 통해 환자들에게 서비스를 제공할 때도 있다는 점을 확인하고 이해합니다. 이러한 상황에서 HOI는 외부 자원을 통해 HOI 환자에게 제공되는 모든 서비스에 대해 전문적 및 행정적 책임을 집니다.

13. **캘리포니아 예방 접종 등록소**

HOI는 귀하의 예방접종 및 결핵(TB) 선별 검사 기록을 캘리포니아 예방 접종 등록소(California Immunization Registry, CAIR)와 공유할 수 있습니다. CAIR은 주 전역에서 운영되며 환자의 면역 정보에 대한 안전과 기밀이 보장되는 데이터베이스입니다. 보건의료 전문가, 정부 기관 및 학교는 CAIR를 통해 귀하의 예방접종 및 결핵 검사 기록을 조회할 수 있으며, 이를 바탕으로 보육 시설 입소, 학교 입학, 새로운 직장 시작 시 필요한 예방접종 증명서를 발급받을 수 있습니다. 귀하의 예방접종 및 결핵 관련 기록이 다른 등록 사용자와 공유되는 것을 원하지 않으시는 경우, CAIR의 웹사이트(http://cairweb.org/cair-forms/)에 있는 '예방접종 정보 공유 거부 또는 개시 요청 양식'을 작성하여 CAIR 헬프데스크 팩스(1-888-436-8320) 또는 이메일(CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov)로 보내주십시오. 전화로도 CAIR에 문의하실 수 있습니다(1-800-578-7889).

14. **전화 및 이메일 연락**

본원에 전화번호나 이메일 주소를 제공함으로써, 귀하는 본원 또는 서비스 제공자가 귀하의 환자 계정을 관리하거나(예: 재정 지원 안내, 예약 알림, 설문조사, 퇴원 안내, 기타 보건의료 관련 고지 등) 귀하에게 발생한 미납금의 징수를 목적으로 본원, 본원의 대리인, 대표자, 기타 서비스 제공자가 귀하에게 연락을 취할 수 있으며, 이로 인해 귀하에게 요금이 부과될 수 있음에 동의합니다. 귀하는 본원 또는 서비스 제공업체가 연락을 취하는 방식으로, 필요에 따라 상담원 통화, 이메일, 사전 녹음 및 인공 음성 메시지, 자동 전화 발신 장치 및/또는 문자 메시지 등을 사용할 수 있음에 명시적으로 동의합니다. 본 동의는 귀하의 환자 계정 번호와 연결된 모든 서비스 및 청구 내역에 적용되며, 부동산, 상품 또는 서비스 구매의 조건은 아닙니다.

PATIENT LABEL

HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE

본 문서는 법적 문서입니다.

본 양식에 대한 변경은 허용되지 않습니다.

15. **금지 품목**

a. HOI는 시설 내 폭력 행위에 대해 무관용 원칙을 적용합니다. 이에 따라 HOI는 위협, 협박 및 폭력 행위가 없는 안전한 근무 환경을 유지하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 환자, 방문객, 직원 및 기타 보건의료 전문가의 안전과 보안을 위해 무기, 칼, 주류, 불법 약물 및 기타 위험한 물품의 시설 내 반입은 금지됩니다. *마리화나는 연방법에 따라 불법입니다. HOI는 연방 정부의 자금을 지원받는 병원으로, 병원 내에서 마리화나를 보관하거나 사용하는 것은 금지되어 있습니다. 단, 말기 입원 환자를 위한 캘리포니아주 의료용 대마초 접근법(Compassionate Access to Medical Cannabis Act)에 명시된 경우에 한해 예외가 인정됩니다. 이 법은 특정 제한 사항에 따라, 본원에 입원한 말기 환자에 한해 병원의 일부 구역 내에서 의료용 대마초를 사용할 수 있도록 허용합니다.*

b. HOI 또는 Hoag가 소유, 임차 및 운영하는 모든 시설과 부지 내에서 흡연, 전자담배 사용, 씹는 담배를 포함한 모든 형태의 담배 제품 사용이 금지되며. 이는 해당 시설 내에 주차된 차량 내부에도 적용됩니다.

c. 본원은 HOI에 반입되는 모든 물품에 대해 안전 검사를 실시하고 해당 물품의 반입을 거부할 권리를 가지고 있습니다.

16. **행동/행위**

HOI는 귀하가 존중을 바탕으로, 비폭력적으로 행동하고 폭언이나 학대를 하지 않을 것을 기대합니다. HOI 소유의 자산(예: 가운, IV 펌프, 산소 탱크, 모니터링 장치, 휠체어 등)을 가지고 본인에게 배정된 병동을 이탈하는 행위는 병원 정책에 위반됩니다. 의료팀에 알리지 않고 병원을 무단으로 이탈하거나 HOI의 정책을 위반할 경우 퇴원 조치될 수 있습니다.

본인은 입원 조건을 숙지하였으며, 해당 조건의 복사본을 제공받았음을 확인합니다. 본인은 환자 본인, 환자의 법정대리인 또는 환자로부터 본 조항 및 조건에 서명하고 이를 수락할 권한을 부여받은 자입니다.

환자 본인/법정대리인 서명: _____ 날짜: _____ 시간: _____오전/오후

(Patient/Legal Representative Signature) *(Date)* *(Time)*

환자가 아닌 다른 사람이 서명한 경우, 관계를 명시해 주십시오*(If signed by other than the patient, indicate relationship)*: _____

병원 대리인*(Hospital Representative)*: _____

환자 또는 환자의 법적 대리인이 아닌 사람의 재정적 책임 동의서

본인은 환자에게 제공되는 서비스에 대한 재정적 책임을 수락하고 위의 재정 동의, 보험 혜택 양도 및 건강 플랜 의무 조항의 조건을 수락하는 데 동의합니다.

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.

재정적 책임 당사자 서명: _____ 날짜: _____ 시간: _____오전/오후

(Financially Responsible Party Signature) *(Date)* *(Time)*

병원 대리인 *(Hospital Representative)*: _____

통역사 확인

본 통역사(아래에 기재)는 본 문서를 환자 또는 법정대리인의 모국어(언어 기재)로 번역하여 환자 또는 법정대리인에게 제공하였습니다. _____

환자 또는 법정대리인은 모든 조항과 조건을 이해하였으며, 본 문서에 대한 동의를 표명하였습니다.

☐ 통역 서비스(무료) – 통역사 이름 및 식별 부호: _____

☐ 통역 서비스(무료)가 제공되었으나 환자가 거부함

☐ 환자의 요청에 따라 가족/기타 인물이 통역함 - 통역사 이름 및 관계: _____

입회인: _____ 날짜: _____ 시간: _____오전/오후

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.

PATIENT LABEL