HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE

본 문서는 법적 문서입니다.

본 양식은 변경할 수 없습니다.

입원 조건
(CONDITIONS OF ADMISSION – KOREAN)

본인은 아래에 서명함으로써 자신이 환자 본인이거나 환자의 법정 대리인이거나 환자를 대신하여 서명할 권한을 부여받은 사람임을 인정합니다. 본인은 이와 관련한 연방법 및 캘리포니아주 법이 허용하는 범위 내에서 다음의 입원 조건 및 관련 약관에 동의합니다.

1. 내과 및 외과적 시술에 대한 동의

본인은 상황에 따라 Hoag Orthopedic Institute(HOI)에서 본인에게 제공될 수 있는 의료 서비스, 진단 서비스, 외과 서비스, 외래 서비스, 부수적 서비스 및 관련 의료 서비스에 동의합니다. 이러한 서비스의 종류로는 신체 검사, 병리실 검사, 병리 검사, 영상 검사, 엑스레이, 초음파, 약물, 채혈, 정맥 주사 요법, 마취 관련 서비스, 내과적 치료, 외과적 치료, 호흡기 치료, 재활 서비스, 간호 서비스, 법률에서 요구하거나 허용하는 선별 검사, 그리고 관련 의사, 전문 의료인, 간호사 또는 기타 의료 전문가가 처방하거나 제공하는 기타 서비스가 포함될 수 있으나 이에 국한되지 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 치료에 필요한 경우 병원 입원에 대해서도 동의합니다. 본인은 담당 의사 또는 기타 면허를 소지한 의료 전문가의 일반적이거나 구체적인 지시에 따라 치료를 받을 수 있음을 이해합니다. 본인은 관련 법률 및 HOI 의 정책에 부합하는 범위에서 본인의 담당 의료진과 HOI 가 의학적으로 적절하다고 판단하는 경우 병원 입원, 병동 또는 치료 수준 간 전원, 관찰 상태로의 배정, 외래 치료, 응급 치료, 퇴원 조치에 대해서도 동의합니다. 본인은 내과 및 외과 의료 행위가 완벽한 정밀 과학이 아니며, 어떠한 검사, 치료, 시술, 서비스, 진료의 성과나 결과도 보장하거나 확약한 바가 없음을 이해합니다.

2. 병원 진료 및 간호 서비스

본인은 담당 의사나 기타 면허를 소지한 의료 전문가의 진료 및 감독을 받는다는 점을 이해합니다. HOI 와 간호 직원은 본인의 담당 의료진이 내린 지시와 처방을 이행하고, 관련 치료 표준, HOI 의 정책 및 관련법에 따라 간호 및 병원 서비스를 제공할 책임이 있습니다. HOI 는 일반적인 간호 서비스와 본인의 담당 의료진이 처방한 간호 서비스를 제공합니다. HOI 는 HOI 의 정책에 따라 별도로 합의하고 승인한 경우를 제외하고는 개인 간호 서비스를 제공하지 않습니다. 개인 간호 서비스를 원하는 환자나 보호자는 HOI 의 안전, 자격 검증, 출입, 운영 요건에 따라 그러한 서비스를 별도로 마련할 책임이 있습니다. 이 조항의 어떠한 내용도 관련 연방법 또는 캘리포니아주 법에 따른 권리나 의무를 제한하지 않습니다.

3. HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE 와 의사 간의 법적 관계

본인은 HOI 에서 전문적인 서비스를 제공하는 모든 의사가 독립적인 의료인이며 HOI 의 직원, 대표자나 대리인이 아님을 이해합니다. 독립적인 의료인에는 마취과 전문의, 방사선과 전문의, 병리과 전문의, 입원 전담 전문의, 중환자 전문의, 외과 의사, 자문 의사, 진료 지원 인력 및 기타 면허 의료진이 포함될 수 있으나 이에 국한되지 않습니다. 독립적인 의료인은 그들이 제공하는 치료에 있어 독립적으로 전문적인 결정을 내립니다. HOI 는 이러한 의료인의 독립적인 의학적 결정에 관여하지 않습니다. 의사 및 의료인의 전문 진료 서비스 요금은 HOI 의 병원 청구 금액과는 별도로 산정될 수 있으므로 본인은 여러 장의 청구서를 받을 수 있음을 이해합니다.

이니셜 기입: _____

(Initial Here)

본인은 주치의의 진료 및 감독을 받는다는 점을 이해합니다. HOI 와 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 시술, 주치의의 일반 및 특수 지시에 따라 제공되는 병원 서비스에 대해, 필요시 본인의 사전 동의를 얻을 책임이 있습니다.

PATIENT LABEL

4. 개인 소지품 및 귀중품

HOI 는 환자 및 보호자 여러분께 Hoag Memorial Hospital Presbyterian 이 관리하는 내화 금고에 보관되지 않은 현금, 귀금속, 문서, 휴대전화, 전자기기, 약물, 치료와 무관한 보조 기기 또는 기타 귀중품을 반입하지 **마시기를** 당부드립니다. HOI 는 개인 재산, 현금, 귀금속, 문서, 휴대전화, 전자 기기 또는 기타 물품의 분실이나 손상을 책임지지 않습니다. 단, HOI 정책에 따라 해당 물품을 안전하게 보관하기 위해 HOI 에 맡긴 경우는 예외입니다. 환자, 보호자, 방문객 또는 대리인이 병상, 병실, 대기실 또는 기타 장소에 물품을 두고 간 경우, HOI 병원 직원이 해당 물품을 인수하여 보관하지 않았다면 HOI 는 해당 물품을 책임지지 않습니다. 안전한 보관을 위해 HOI 에 맡긴 개인 재산의 분실에 대한 책임은 해당 캘리포니아 법률 및 HOI 정책에서 허용하는 금액으로 제한되며, 법적으로 더 큰 금액이 요구되는 경우를 제외하고는 $500 을 초과할 수 없습니다.

이니셜 기입: _____
(Initial Here)

5. 의료 교육 및 임상 수련 프로그램 참여

본인은 HOI 가 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.

6. 사진, 동영상, 녹음본/녹화본, 이미지 및 임상 기록

본인은 HOI 가 치료, 환자 안전, 신원 확인, 기록, 진단, 품질 개선, 동료 평가, 위험 관리, 규정 준수, 교육, 훈련, 의료 운영 또는 법률 및 HOI 정책에서 허용하는 기타 목적을 위해 본인의 의료 상태, 치료, 시술 또는 진료에 관한 사진, 비디오, 오디오 녹음, 디지털 이미지, 진단 이미지, 시술 이미지, 상처 이미지 또는 기타 기록이나 이미지를 촬영하는 것에 동의합니다. 본인은 별도의 승인을 받을 목적으로 식별 가능한 이미지 또는 녹음본/녹화본을 공개하는 것은 법률에 따라 별도의 서면 승인이 있어야만 가능하다는 것을 이해합니다. 환자의 개인정보 보호, 안전, 보안, 기밀 유지 및 HOI 직원, 의료진, 환자, 방문객, 계약업체, 학생, 자원봉사자 및 기타 관계자의 권리를 보호하기 위해 HOI 는 HOI 시설 내에서의 사진 촬영, 동영상 촬영, 오디오 녹음, 비디오 녹화, 라이브 스트리밍 또는 이미지, 녹음본/녹화본 또는 통신 내용의 공개를 두고 합리적인 제한을 가할 수 있습니다.

장애 관련 편의 제공 또는 효과적인 의사소통을 위한 보조 수단으로서의 녹음/녹화 요청은 관련 법률에 따라 개별적으로 검토합니다.

본인과 방문객은 HOI 정책 및 관련 법률에서 허용하는 경우를 제외하고는 HOI 시설 내에서 환자, 방문객, HOI 직원, 의사, 의료진, 학생, 자원봉사자 또는 기타 인물과 관련된 이미지, 녹음/녹화 또는 통신 내용을 사진 촬영, 동영상 촬영, 녹음, 라이브 스트리밍, 게시 또는 공개할 수 없음을 이해합니다.

7. 재정적 동의

HOI 가 제공하는 모든 서비스에 대한 대가로, 본인은 환자 본인, 환자의 대리인, 배우자, 부모, 보호자, 재정 보증인 중 어떤 자격으로 서명하든 상관없이 HOI 의 통상 요금 및 규정에 따라 지체 없이 HOI 에 진료비를 납부하는 데 동의하며, 해당되는 경우 진료비 지원 프로그램 및 할인 정책이 적용될 수 있음을 이해합니다. 본인은 방사선과 전문의, 병리과 전문의, 마취과 전문의, 입원 전담 전문의, 중환자 전문의, 자문 의사, 진료 지원 인력 및 기타 독립적인 의료인을 포함하여 모든 내과 및 외과 의사가 각자 제공한 의료 서비스에 대해 별도로 비용을 청구한다는 점을 이해합니다. 본인의 계정이 추심을 위해 변호사 또는 추심 기관에 회부되는 경우, 본인은 관련 주법 및 연방법이 허용하는 범위 내에서 (변호사 수임료 및 추심 비용을 공제한 후) 실제 변호사 수임료와 추심 비용을 지불할 것입니다. 연체된 진료비 청구 내역에는 법정 이율에 따른 이자가 부과됩니다.
'진료비 산정표 '로 알려진 HOI 의 통상 요금 및 청구 관련 정보는 웹사이트에 게시되어 있습니다(https://www.hoagorthopedicinstitute.com/for-patients/billing-and-insurance/). 통상 요금은 Medicare, Medi-Cal 또는 Medicaid 의 보장을 받지 않거나, 기타 계약상 합의가 적용되지 않는 서비스를 포함하여 HOI 가 제공하는 모든 서비스에 적용됩니다.

의료 부채: 이 의료 부채 계약의 보유자는 민법 제 1785.27 조에 따라, 해당 부채와 관련된 어떠한 정보도 소비자 신용정보기관에 제공하는 것이 금지되어 있습니다. 법률상 허용되는 다른 모든 처벌 외에도, 누군가가 해당 조항을 고의로 위반하여 이 부채에 대한 정보를 소비자 신용정보기관에 제공할 경우, 그 부채는 무효이며 법적으로 집행될 수 없습니다.

이니셜 기입: _____
(Initial Here)

8. 재정적 지원
환자는 보험 가입 여부와 관계없이 HOI 의 재정 지원 프로그램에 따라 무료 또는 할인가로 진료를 받을 수 있습니다. 재정 지원 자격은 본 입원 조건과 별개로 결정됩니다. 본인은 재정적 의무를 이행하지 못하는 경우, (949)764-5564 번으로 전화하거나 FC@hoag.org 로 이메일을 보내 재정 상담팀에 문의할 수 있음을 이해하고 이에 동의합니다. HOI 는 Medicare, Healthy Families Program, MediCal 이나 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.com 를 참조하실 수도 있습니다. HOI 는 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. HOI 의 재정 지원 자격은 본 입원 조건과 별개로 결정되며, HOI 정책 및 관련 법률에 따라 처리됩니다. 의학적 필수 진료를 받는 데에는 재정 지원 자격 여부가 영향을 미치지 않습니다.

9. 의사의 재정 이익 통지
본인은 연방법(42 C.F.R. 489.3)에 규정된 '의사 소유 병원'의 정의를 HOI 가 충족하며, 의사이거나 의사의 직계 가족인 HOI 소유자/투자자 목록이 요청 시 제공되거나 웹사이트(https://www.hoagorthopedicinstitute.com/for-patients/legal-policies/legal-and-compliance)를 통해 제공된다는 사실을 안내받았음을 확인합니다. 본 문서의 서명인은 *병원의 소유권 공개* 고지를 받았음을 확인하며, 환자는 환자의 의사가 요청하거나 지시한 서비스를 받기 위해 HOI 외에 다른 시설을 택할 수도 있음을 이해합니다.

이니셜 기입: _____
(Initial Here)

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, 보험금, 이익을 HOI 에 양도 및 이전하며, 이는 취소할 수 없음을 확인합니다. 본 양도에는 해당 입원 또는 외래 진료에 대해 지급될 모든 보험금 및 건강 플랜 급여를 HOI 에 직접 지급하도록 지정하고 이에 대한 권한을 HOI 에 부여하는 내용이 포함됩니다. 본인은 본 권한 부여에 따라 보험사 또는 보험 플랜이 HOI 에 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, HOI 가 합리적으로 요구하는 모든 절차를 이행하며 이에 협조할 것에 동의합니다.

PATIENT LABEL

11. 건강 플랜(보험) 의무

HOI 는 자사와 계약을 체결한 건강 플랜의 목록을 관리하고 있습니다. 건강 플랜의 목록은 입원 등록 부서에 요청하거나 당사 웹사이트(https://www.hoagorthopedicinstitute.com/for-patients/billing-and-insurance/insurances-accepted/)에서 확인할 수 있습니다. HOI 는 본 목록에 포함되지 않은 어떠한 플랜과도 명시적 또는 묵시적 계약을 체결하고 있지 않습니다. 본인의 건강 플랜이 HOI 에서 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, HOI 의 재정 지원 정책을 비롯한 통상 요금 및 규정에 따라 HOI 에 진료비를 납부할 개인적 의무가 있음에 동의합니다. 이 조항의 어떠한 내용도 기습 청구 금지법, 캘리포니아주 법, Medicare, MediCal, Medicaid, 건강보험법, 응급 서비스법 또는 기타 관련 법률에 따라 이용 가능한 어떠한 보호 조치도 제한하지 않습니다.

방사선과 전문의, 병리과 전문의, 마취과 전문의, 입원 전담 전문의, 중환자 전문의, 진료 지원 인력을 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 HOI 가 전문 검사 연구소 또는 Hoag Memorial Hospital Presbyterian 과 같은 외부 자원이나 제 3 자와의 계약을 통해 HOI 환자들에게 서비스를 제공할 때도 있다는 점을 확인하고 이해합니다. 이러한 상황에서 HOI 는 외부 자원을 통해 HOI 환자에게 제공되는 모든 서비스에 대해 전문적 및 행정적 책임을 집니다.

13. 병리실 검사 확인: 본인은 본인의 병리실 검사 결과를 환자 포털을 통해 제공받고 환자 포털이 본인의 임상 의료 기록의 일부로 이를 전자적으로 이용할 수 있도록 요청하며 이에 동의합니다. 본인은 환자 포털을 통해 제공되는 병리실 검사 결과에는 HIV 양성 판정, 간염, 약물 남용 관련 검사 결과, 일상적으로 처리되는 조직 검사 결과 또는 새로운 악성 종양이나 재발성 악성 종양을 나타내는 영상 검사 결과가 포함되지 않을 수 있다는 점을 이해합니다.

14. 캘리포니아 예방 접종 등록소

HOI 는 귀하의 예방접종 및 결핵(TB) 선별 검사 기록을 캘리포니아 예방 접종 등록소(CAIR)와 공유할 수 있습니다. CAIR 은 주 전역에서 운영되며 환자의 면역 정보에 대한 안전과 기밀이 보장되는 데이터베이스입니다. 보건의료 전문가, 정부 기관 및 학교는 CAIR 를 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, CAIR 의 웹사이트(http://cairweb.org/cair-forms/)에 있는 *예방접종 정보 공유 거부 또는 개시 요청(잠금/잠금 해제)* 양식을 작성하여 CAIR 헬프데스크 팩스(1-888-436-8320) 또는 이메일(CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov)로 보내주십시오. CAIR 에 전화(1-800-578-7889)로 연락할 수도 있습니다.

15. 전화, 휴대전화, 환자 포털 계정 및 이메일 연락

본원에 전화번호, 휴대전화 번호, 이메일 주소나 기타 연락처 정보를 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, 재화, 상품 또는 서비스 구매의 조건은 아닙니다.

PATIENT LABEL

16. 금지 품목

a. HOI 는 시설 내 폭력 행위에 무관용 원칙을 적용합니다. 이에 따라 HOI 는 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. HOI 는 연방 정부의 자금을 지원받는 병원으로, 병원 내에서 마리화나를 보관하거나 사용하는 것은 금지되어 있습니다. 단, 말기 입원 환자를 위한 캘리포니아주 의료용 대마초 접근법에 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 Hoag 가 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. HOI 는 안전을 위해 시설에 반입되는 물품을 검사할 권리를 보유하며, 안전하지 않거나 부적절하다고 판단되는 물품의 반입을 금지할 수 있습니다.

17. 환자와 방문객의 행동/행위

환자와 방문객은 안전한 진료 환경을 조성하기 위해 정중하고, 위협적이지 않으며, 폭력적이지 않고, 모욕적이지 않은 태도로 행동해야 합니다. 협박, 위협, 폭력, 괴롭힘, 학대, 환자 치료 방해, HOI 재산의 무단 반출 또는 HOI 안전 및 보안 정책을 위반할 경우 관련 법률, 환자 안전 의무, 해당되는 경우 EMTALA, CMS 참여 조건, 면허 요건 및 HOI 정책에 따라 HOI 가 그에 상응하는 조치를 취할 수 있습니다. 이 조항의 어떠한 내용도 응급 선별검사, 안정화 치료, 의학적 필수 치료, 불만 제기 권리, 차별 금지 권리 또는 법으로 보호되는 기타 권리의 거부를 허용하지 않습니다.

18. 인공지능

본인은 HOI 가 생성형 AI 를 포함한 인공지능(AI) 기술을 활용하여 의료진을 지원하고, 문서화, 커뮤니케이션, 임상 지원 및 기타 의료 운영을 강화·간소화할 수 있음을 이해하고 이에 동의합니다. AI 의 활용에는 의무기록 및 대화의 전사, 청구 및 코드화 지원, 임상 분석 및 예측 건강 분석 등이 포함될 수 있으나 이에 국한되지 않습니다. 본인은 HOI 에서 제공되는 많은 전문 의료 서비스가 HOI 의 피고용인 또는 대리인이 아닌 독립 개원의(의사)에 의해 제공됨을 이해합니다. 의사는 그들이 제공하는 의료 행위 전반에 대해 전적으로 책임을 지며, 여기에는 임상적 의사결정이나 커뮤니케이션에서의 AI 사용도 포함됩니다. 법에서 요구하는 범위 내에서, AI 가 생성한 일부 커뮤니케이션에는 AI 생성 사실에 대한 명확한 고지와 함께 인간 의료 제공자, 직원 또는 적절한 담당자에게 연락하는 방법에 관한 안내가 포함됩니다.

본 입원 조건에 서명함으로써, 본인은 HOI 에서의 AI 사용에 대해 고지받았음을 확인합니다.

PATIENT LABEL

HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE

본 문서는 법적 문서입니다.

본 양식은 변경할 수 없습니다.

본인은 본 입원 조건을 숙지했거나 다른 사람이 읽어주었거나 설명해주었음을 확인합니다. 본인은 복사본을 수령하거나 복사본을 받았음을 확인합니다.

본인은 환자 본인, 환자의 법정대리인 또는 환자로부터 본 입원 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 patient, indicate relationship)

병원 대리인 이름: _____
(Hospital Representative Name)

병원 대리인 서명: _____ 날짜:_____시간: _____ 오전/오후
(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