

**San Francisco Department of Public Health
SF Health Network****治療同意書
條款及細則****CONSENT FOR TREATMENT
TERMS AND CONDITIONS**

Name:

DOB:

Label

MRN:

I. 一般同意

A. 同意臨床、醫療服務和手術治療：我同意在相遇期間可能發生的治療。這些可能包括但不限於臨床就診、行為健康服務、家庭健康/家庭健康服務、緊急治療或服務、實驗室程式、X 射線檢查、醫療或外科治療或程式、電信技術促進的護理（“遠端醫療”）、麻醉或根據提供者或外科醫生的一般和特殊指示提供給我的醫院服務。我知道臨床和行為健康醫學和外科的實踐不是一門精確的科學，診斷和治療可能涉及受傷甚至死亡的風險。我承認沒有向我保證檢查或治療的結果。

產科患者：如果我在本醫院分娩嬰兒，我同意這些相同的入院條件適用於嬰兒。

B. 攝影/錄像：我同意拍攝必要的照片、錄像帶和錄音，以用於識別目的，記錄診斷和治療過程，並記錄創傷中遭受的傷害。我進一步同意將此類圖片、錄像帶和錄音用於提供護理、品質改進、教育和報銷目的。（行為健康服務可能有例外）

C. 教學、研究和醫療保健機構：三藩市公共衛生部計劃、診所、紮克伯格三藩市總醫院、拉古納本田醫院及其附屬專案是一個教學、研究和醫療保健機構。我瞭解住院醫師、實習生、醫學生、輔助醫療保健專業（例如護理、X 射線、康復治療）的學生、研究生研究員以及其他實習生和客座教授可以應要求並在我照顧的主治提供者/醫生的監督下觀察、檢查、治療和參與作為醫學教育計劃的一部分。我還瞭解到，機構審查委員會根據州和聯邦法律批准研究人員進行的專案。因此，我理解可能會聯繫我並要求我參與研究，但我沒有義務這樣做。我決定是否參加不會影響我獲得醫療服務的能力。

D. 使用醫療資訊和樣本進行報告：我瞭解我的醫療資訊、照片和/或視頻以任何形式都可能用於三藩市公共衛生部（SFDPH）/三藩市健康網路（SFHN）的其他目的，例如品質改進、患者安全和教育。我還瞭解，SFDPH/SFHN 在我的治療和護理過程中可能收集的我的醫療資訊和組織、體液、細胞和其他標本（統稱為“標本”）可能會被使用並與研究人員共用，任何此類使用都將符合州和聯邦法律，包括所有管理患者保密的法律和法規，如《隱私慣例通知》中所寫。我了解，根據加州法律，我對此類研究可能開發的任何商業上有用的產品沒有任何權利。

我瞭解，如果我在加利福尼亞州被診斷出患有可報告的疾病，包括但不限於癌症、愛滋病毒、性傳播疾病、癲癇發作、結核病、病毒性腦膜炎或其他可報告的診斷，法律要求 DPH 向州政府組織報告我的診斷，例如州衛生服務部或疾病控制與預防中心。法律要求，涉嫌虐待兒童、虐待老人以及可能對自己或他人造成傷害的人必須向保護服務機構報告。SFDPH 還根據法律要求向加州免疫登記處報告免疫接種和結核病檢測。如果您不希望與其他提供者共用此免疫資訊，您可以聯繫 CAIR 登記 cairweb.org 或服務台 1-800-578-1889

治療同意書
條款及細則

**CONSENT FOR TREATMENT
TERMS AND CONDITIONS**

Name:

DOB:

Label

MRN:

- E. **用藥史**：我同意 SFDPH/SFHN 可以從外部藥房以電子方式訪問我的用藥史並將此資訊記錄在我的病歷中，除非我及時向 SFDPH 提供我的反對書面通知。我瞭解 SFDPH/SFHN 可能會使用軟體搜索外部藥房和藥房福利經理的計算機資料庫，以獲取我的用藥歷史並就我的護理做出決定。
- F. **身體物質預防措施**：我瞭解 SFDPH/SFHN 醫護人員必須在所有患者/客戶/居民護理活動中遵循嚴格的身體物質預防措施，以保護患者/客戶/居民和工作人員免受感染。因此，醫護人員不需要接受血源性病原體檢測。
- G. **電子郵件和簡訊同意書**：我同意通過簡訊/電子郵件或 MyChart 通知向我發送預約提醒，並理解我可以隨時**退出宣告**。我明白，如果我向提供者和參與我護理的其他人發送電子郵件或發簡訊，由於機密資訊受保護，他們可能無法使用我使用的相同方法回復我。我瞭解任何一個發件者的簡訊和電子郵件可能不是安全的通信方式，因為未加密的郵件可能會被攔截。
- H. **健康資訊交換**：我瞭解我的資訊將在安全網路（如Epic CareEverywhere）中提供，除非我**退出宣告**。這種交換允許授權的醫療保健提供者/組織和專業人員參與我的治療、護理協調、品質改進以及與管理或付款相關的活動，訪問我的醫療保健記錄，為我提供最知情和最優質的醫療保健。
- I. **護理協調**：我同意 SFDPH/SFHN 內部以及 SFDPH/SFHN、其附屬公司和合同供應商之間披露和使用我的健康資訊，以進行護理協調。共用的健康資訊可能包括但不限於：醫療、外科、過敏、牙科、視力、聽力、營養、戒煙、實驗室工作、發育和心理健康，這些都是我的治療所必需的。
- J. **隱私 - 社會安全號碼**：根據 1974 年《聯邦隱私法》，特此通知您，如果您有社會安全號碼，則必須披露您的社會安全號碼。它用於在醫療和支付系統中驗證您的身份。根據第 4 條第 404.1256 節，要求披露社會安全號碼根據經修訂的《社會保障法》第二章第 218 條的規定，聯邦條例。

II 行為準則

- A. **SFDPH/SFHN 政策**：我同意遵守所有 SFDPH/SFHN 政策，涉及我在 SFDPH/SFHN 場所或在 DPH 工作人員在場的情況下的行為。

**治療同意書
條款及細則**

**CONSENT FOR TREATMENT
TERMS AND CONDITIONS**

Name:

DOB:

Label

MRN:

B. 無煙環境：我承認 SFDPH/SFHN 是一個無煙環境，並同意不在其任何建築物內或 SFDPH/SFHN 場所內或在 DPH 工作人員在場的情況下吸煙。

C. 患者護理的安全環境：禁止酒精飲料、非法藥物或槍支：我同意不將酒精飲料、非法藥物、槍支或其他危險武器帶入 SFDPH/SFHN 場所或在 DPH 工作人員在場的情況下。我同意 SFDPH/SFHN、舊金山員警局或三藩市警長局的適當授權人員可以搜查我的個人物品。

III. 財務條款

A. 報銷 SFDPH/SFHN 的協定：我同意支付適用的聯邦和州法律、法令、決議和三藩市市和縣的命令提供的全部醫療保健服務費用，包括但不限於三藩市市政法典第 III 部分第五章第 3 條（健康法典）。我同意允許 SFDPH/SFHN 調查和核實為支援我的服務請求和任何公共權利福利申請而提交的任何個人和/或財務資訊。我特此自由自願放棄 SFDPH/SFHN 對我的財產主張留置權的訴訟時效，或放棄在加利福尼亞州法院收取醫院護理、門診服務和專業服務等服務費用的任何訴訟。我瞭解，我將代表 SFDPH/SFHN 透過提供的號碼接收消息和電話，包括我在註冊過程中提供的手機號碼和電子郵件位址。聯繫方式可能包括使用預先錄製/人工語音消息和/或使用自動撥號設備（如適用）。我授權 SFDPH/SFHN 執行因我或我作為責任方的人產生的任何費用而產生的所有退款。

B. SFDPH/SFHN 和 UCSF 提供者之間的關係：我瞭解住院、門診環境（包括行為健康）中的提供者、醫生和外科醫生以及放射科醫生、病理學家、急診提供者、麻醉師和其他人都不是醫院或 SFDPH/SFHN 的雇員或代理人。這些供應商可能會以舊金山醫療集團（San Francisco Medical Group）的名義單獨收取專業服務費用。醫生（MD、DO）由加州醫學委員會許可和監管。要檢查許可證或提出投訴，請訪問 www.mbc.ca.gov，發送電子郵件至：licensecheck@mbc.ca.gov

C. 報銷舊金山醫療集團的協定：我同意，考慮到任何提供者、醫生、外科醫生或牙醫提供的服務，我將支付我負責的所有專業費用的正常費率。我同意允許舊金山醫療集團調查和核實為支援服務請求和任何公共權利福利申請而提交的任何個人和財務資訊。我特此自由和自願放棄舊金山醫療集團對我的財產主張留置權或在加利福尼亞州法院提起任何訴訟以收取專業服務費用的訴訟時效。

Open Payments 資料庫是一種聯邦工具，用於搜索藥品和設備公司向供應商和教學醫院支付的款項。它可以在 [https:// 找到 openpaymentsdata.cms.gov](https://openpaymentsdata.cms.gov)

**治療同意書
條款及細則**

**CONSENT FOR TREATMENT
TERMS AND CONDITIONS**

Name:

DOB:

Label

MRN:

- D. 發佈報銷資訊：**我同意，在確定付款責任和獲得報銷的必要範圍內，SFDPH/SFHN 可以向任何對 SFDPH/SFHN 的全部或任何部分費用負責或可能負責的個人或公司披露我的部分醫療記錄，包括但不限於保險公司，保險公司的審查組織、醫療保健服務計劃或工傷賠償保險公司。我瞭解我的醫療記錄可能會由此類個人或公司的承包商或代表審查。我還明白，為了防止出於報銷目的而發佈我的醫療記錄，我必須及時向SFDPH/SFHN 提供書面通知。
- E. 福利分配：**我分配並授權直接支付給 SFDPH/SFHN 和舊金山醫療集團，用於門診、診所、行為健康或住院的所有保險福利。我同意保險公司根據本授權支付的款項應解除保險公司在支付範圍內的義務。我瞭解我對未根據此任務支付的費用負有經濟責任。
- F. Medi-Cal/Medicare A 和 B 部分：**我保證在申請 MEDI-CAL 或 MEDICARE 計劃福利時提供的任何資訊都是正確的。我授權發佈任何必要的資訊，以執行此應用程式。我要求代表我向SFDPH/SFHN和舊金山醫療集團支付任何福利，並同意支付我負有法律責任的任何剩餘費用。
- G. 授權代表：**我授權 SFDPH/SFHN 在選擇但沒有義務的情況下代表我處理與 Medicare、MEDICAL、加州兒童服務、犯罪受害者或其他提供與 SFDPH/SFHN 設施提供的服務相關的福利的計劃相關的資格和福利的任何申請和上訴。
- H. 對第三方的留置權：**如果我向法院提起訴訟或向另一方提出索賠，聲稱門診服務或住院的任何部分是由於他人的不當行為而需要的，我同意根據三藩市健康法典第 124.5 條的規定，將此類案件通知給收稅員辦公室的拖欠稅收局，以促進執行三藩市健康法典第 124 條規定的費用報銷留置權。我承認，本文所述情況下的服務費用是對我所追回的任何損害賠償的留置權，無論是通過判決、和解還是妥協。
- I. 健康計劃義務：**SFDPH/SFHN 維護一份與其簽訂合同的醫療保健服務計劃清單。可向財務辦公室索取此類計劃清單。SFDPH/SFHN 沒有與任何未出現在清單上的計劃簽訂任何明示或暗示的合同。我同意支付SFDPH/SFHN向我提供的所有服務的全部費用，如果我屬於不在上述清單中的計劃。提供者、醫生和外科醫生可以單獨為他們的服務收費。我有責任確定為我提供服務的提供者/醫生是否與我的健康計劃簽訂合同（如果有的話）。

**治療同意書
條款及細則**

**CONSENT FOR TREATMENT
TERMS AND CONDITIONS**

Name:

DOB:

Label

MRN:

J. 健康保險、慈善護理和折扣支付計劃援助：SFDPH/SFHN 為未投保和投保不足的客戶/居

民/患者提供健康保險申請援助，以說明支付服務費用。客戶、居民、患者可能有資格參加以下計劃：（1）Medi-Cal，為符合條件的收入有限的加州居民提供免費或低成本的健康保險，（2）推定資格 Medi-Cal，在個人申請永久 Medi-Cal 時立即獲得臨時、免費的 Medi-Cal 服務，（3）Healthy San Francisco，為三藩市居民提供負擔得起的醫療保健服務，（4）三藩市縣滑動比例計劃，針對三藩市居民的縣醫療援助計劃，以及（5）Covered CA，這是該州的健康保險市場，加州居民可以在其中購買健康計劃並獲得經濟說明。可致電（628）206-7800 聯繫患者訪問登記辦公室，獲得這些計劃的申請說明。三藩市健康網路（SFHN）還為客戶、居民、負擔不起服務費用並合作提供或追求所有第三方保險的客戶、居民、患者提供慈善護理和折扣支付計劃。慈善護理和折扣支付政策位於紮克伯格三藩市總醫院網站 <https://lagunahondahospital.org/> 上，瞭解完整的資格要求。可通過致電（415）682-5683 或通過 MyChart 患者門戶聯繫患者金融服務辦公室獲得申請說明。健康消費者聯盟（<https://healthconsumer.org/>）提供健康保險援助。灣區法律援助（<https://baylegal.org/>）提供健康、消費者和法律援助。還有其他組織可以幫助客戶、居民、患者了解計費和付款流程。可購物服務（可向客戶、居民、患者開具帳單的專案清單）的收費主管位於加利福尼亞州醫療保健訪問資訊部（HCAI）網站上，網址為 <https://hcai.cagov/>。

IV. 僅適用於住院患者的條款

- A. 提供者命令：**我同意在醫院進行的醫療將僅限於由作為醫院醫務人員成員的提供者或外科醫生開出的處方。
- B. 護理：**醫院僅提供一般護理和醫務人員的醫生/提供者成員訂購的護理。如果我想要一個私人值班護士，我同意做出這樣的安排。醫院不對未能提供私人值班護士負責，並特此免除因醫院不提供這種額外護理而產生的任何和所有責任。
- C. 留在護理病房：**我同意留在病房/醫院。我明白，如果我選擇在沒有醫院工作人員陪同的情況下離開病房/醫院，未經護理人員許可或醫生命令，我可能會出院。
- D. 個人貴重物品：**根據法律，醫院對存放在醫院保管的任何個人財產的損失的責任限制為五百美元（500.00 美元），除非我從醫院收到更高金額的書面收據。如果在出院后三十（30）天內未領取，衣物和其他個人物品將被丟棄。

San Francisco Department of Public Health SF Health Network 治療同意書 條款及細則 CONSENT FOR TREATMENT TERMS AND CONDITIONS	Name: DOB: Label MRN:
---	-----------------------------

認證

我特此證明我已閱讀上述內容並收到副本。 我是客戶、患者、居民或法定代表人，或以其他方式獲得個人的正式授權， 可以代表他/她簽署上述內容並接受其條款。

日期	時間
客戶/患者/居民簽名:	
客戶/患者/居民列印姓名:	
客戶、患者或法定代表人簽名	
客戶、患者或法定代表人列印姓名 :	
<input type="checkbox"/> 拒 絕 簽 字	<input type="checkbox"/> 身體上無法簽名
如果由客戶/居民/患者以外的人簽名，請註明	
關係	出生日期
見證人簽名:	列印名稱: 日期/時間
見證人簽名 :	列印名稱: 日期/時間
Interpreter Language:	Interpreter ID # Signature if present:

預先指示： SFDPH/SFHN 盡可能尊重客戶/居民/患者對治療決定的意願。 SFDPH/SFHN 鼓勵個人將他們的醫療保健偏好傳達給他們的醫療保健提供者和那些可能需要進行醫療保健的人 如果他們喪失行為能力，則為他們做出決定。 SFDPH/SFHN 不會因個人是否執行預先指示而歧視該個人。 如果預先指示已被執行， 以下簽署人有責任向SFDPH / SFHN提供預先指示的副本， 以包含在病歷中。

- 你有醫療保健預先指示嗎？ ☐ Yes ☐ 不
- ☐ 我被告知，我有責任將該指令作為圖表的永久部分提交給SFDPH/SFHN
- ☐ 我已收到有關預先指示的資訊。
- ☐ 我目前拒絕接收有關預先指示的資訊。

根據要求，本檔的副本將提供給客戶、患者、居民或簽署本檔的任何人。