



服务条款和条件
TERMS & CONDITIONS OF SERVICE

治疗同意书

医疗保健同意书：我请求并同意接受由 OHSU 授权照护我的医疗保健专业人员提供的所有服务。我了解这些服务可能包括：

- 在主治医生和其他经授权的医疗保健专业人员的监督、指导或指令下提供的服务。
- 用于诊断的常规操作。
- 我的OHSU提供者认定为有必要且符合我的最大利益的附加或相关治疗和操作，包括使用照片以及视频/音频监控和/或录制。
- 数字和远程医疗服务，包括虚拟（视频）问诊、在线评估（即eVisits, MyChart 短信）、电话问诊、医疗服务提供者通过 eConsult 或电话就如何协助提供护理进行商讨，以及其他通过 MyChart、电子病历、视频或电话提供的服务。

我也了解：

- 我的医疗保健提供者推荐或指定的特定治疗或操作可能存在风险和替代方案。
- 我的医疗保健提供者可能需要向我解释并与我讨论某些治疗或操作。在执行这些治疗或操作前，他或她也可能需要征得我的同意。
- 对我来说，提问或询问我可能会在OHSU获得的照护或治疗的更多信息非常重要。

我了解医学、外科学和牙科学的实践并不是一门精确的科学。对于预期从我在 OHSU 的医护所获得的结果，我并未得到任何承诺或保证。

教学/研究：OHSU 是一个学术研究中心，所有人类研究都经过伦理审查。我了解 OHSU 医疗保健提供者或临床研究人员可以联系我，询问我是否愿意参加需要同意的教学或临床研究项目。

我了解 OHSU 是一个教学机构，并且参加教学的工作人员指导 OHSU 提供的医护服务。作为 OHSU 教学计划和活动的一部分，学生、住院医师、研究生或参与本科和研究生医疗保健教学计划的其他人员可能会观看和/或参与我在 OHSU 接受的医护服务或操作。

我明白我可以拒绝参加教学项目和活动，而我的拒绝不会影响我在 OHSU 的医护。

财务责任声明

财务协议：如果我有健康保险，我知道我的健康保险或健康福利计划的条款可以减少、限制或控制我需要向 OHSU 支付我在 OHSU 接受的服务的费用。无论我有没有健康保险，如果保险不承保或完全支付服务费，我同意为 OHSU 提供给我的服务承担财务责任并支付费用，而且法律允许。



OHSU向我收取欠款。如果您是儿童患者的临时看护人（即法定父母或监护人以外的其他人），则您不负责支付提供给患者的医疗护理服务费账单。如果我没有按时支付我有责任支付的金额，我也同意支付OHSU为收款所付出的合理费用。这些为收款所付出的费用可能包括合理的律师费，无论是否已提起法律诉讼或提起上诉。

社会安全计划：我保证我申请 Medicare 和/或 Medicaid 福利时所提供的信息（以及根据“社会保障法”第 V、第 XVIII 或第 XIX 条所述的付款）是正确的。如果这些福利结束，我明白我会收到通知，如果我选择留在医院和/或继续接受服务，我将负责支付医院护理费用。我要求经授权的福利计划以我的名义直接向提供者付款。如果我没有登记参加任何 Medicare 和/或 Medicaid 福利（以及根据“社会保障法案”第 V、第 XVIII 或第 XIX 条款所述的付款），我同意如果/当我登记这些福利时，我同意我将提供准确的信息，本段适用于我的 Medicare 和/或 Medicaid 福利申请。

其它

社会安全号码：我明白，根据 ORS 353.050 的授权，OHSU 收集包括社会安全号码在内的行政和非医疗患者信息，以识别患者，遵守联邦和州的报告要求，向承保人开具账单并收取付款。我明白我不一定要向 OHSU 提供我的社会安全号码。如果我提供这些信息，我授权 OHSU 将其用于上述目的。

血液/体液接触：如果 OHSU 工作人员接触我的血液和/或体液，并且由于接触可能会将人体免疫缺陷病毒(HIV)或乙型肝炎或丙型肝炎传播给 OHSU 工作人员，我明白 OHSU 可能会获取并化验我的血液以检测 HIV 病毒和乙型肝炎和丙型肝炎，并按照适用法律将结果发布给接触过的 OHSU 工作人员。我也明白，通过签署“在 OHSU 工作人员接触血液或体液时选择不接受血液测试”表，我可以选择不接受此类检测。我可以致电 503-494-8927 向 Patient Access Services (患者服务通道) 索取这份表格的副本。

索赔：我了解每个人都有责任了解影响他或她的法律。然而，我也明白，OHSU 希望提醒我注意与 OHSU 有关的一项法律限制。

由于 OHSU 是一个公共机构，俄勒冈州法律可能会限制个人从 OHSU 或其护理者处获得的与 OHSU 护理相关的索赔的金额，以及个人可以提出索赔的时间。如果我对此有任何疑问，我明白我可以自由地向任何独立人士或来源寻求或咨询意见。



服务条款和条件
TERMS & CONDITIONS OF SERVICE

通信：我明确同意通过以下一种或多种联系方式接收 OHSU 及其员工、承包商和/或代理人的通信：邮政信件、电话（即固定电话或移动电话）、个人递送、OHSUMyChart®（即，如果我已经注册了该服务）、手动拨号、自动拨号、短信、人工接线员、自动短信、电子邮件、双向音频 - 视频以及用于治疗、支付和保健操作目的的预先录制和预测拨号方法，前提是符合 OHSU 的 Notice of Privacy Practices（隐私惯例通知）和适用的信息隐私和安全法律。

个人物品：我同意 OHSU 不承担任何我带入 OHSU 或带上 OHSU 物业的个人财产丢失或损坏的责任。

本文件适用于在 OHSU 医院和诊所接受的所有护理，并将继续有效，除非以书面形式被撤销。

我已阅读、充分理解并同意以上声明。

患者

日期/时间

父母、监护人、责任方，
代表人（如适用）

日期/时间

见证人

日期/时间法定

Document Information

Document Title

Terms and Conditions of Service (Chinese) (TC-OP 4863)

Document Description

N/A

Approval Information

Approved On: 07/10/2020

Approved By: Roman Hailegiorgis

Approval Expires: 07/10/2024

Approval Type: Manual Entry

Document Location: / Medical Record Forms / Terms & Conditions

Keywords: N/A

Printed By: Guest User

Standard References: N/A

Note: This copy will expire in 24 hours