

健康照護服務同意書

病患姓名（正楷填寫）

病患出生年月日

我在此授權 ICHS 及其醫療服務提供者向我提供我的醫療服務提供者認為有需要或建議採行的健康照護服務，包括評估、檢查和治療程序，以評估及治療我的健康情況。我了解自己有權積極參與對我的照護有關的決定，並且可以針對所建議的療法或替代治療之性質與內容提出問題。此外，我有權了解對於我的照護以及我可選用的其它替代性療法的預期結果，也有權了解可能對我有影響的任何已知嚴重健康風險或併發症。當我的醫療服務提供者告訴我有關預期的益處、風險或併發症事項時，我應該提出疑問。如果我沒有發問問題來釐清疑惑，此舉將代表我完全了解對我的照護的性質與內容，或代表我已自願選擇不進一步了解詳情。我並且了解，我可以在任何時候撤銷自己對任何健康照護服務所做的同意。

本人現授權 ICHS（國際診所）可以提供所需資料給我的第三者保險公司，以確保支付我在 ICHS 所收到的服務。下面的付款信息將適用於除移動牙科診所以外執行的服務。收到第三方保險金後，ICHS 提供折扣給合格者的投保和病，包括沒有醫療保險和自付費用的病人（按收入和家庭大小調整）。如果我不能全額支付我的費用，我會按時支付費用或按診所的付款安排。對於某些服務，須在診症後當日即時付款。我明白只要我能提供所需收入資料，我不會因無力支付我的帳單而被拒絕醫療保健。然而拒絕支付我的費用或缺乏合作安排付款計劃可能導致終止服務。

我了解如果自己是為未成年病患或無行為能力之成年病患行使同意照護，我必須要有能夠這麼做的合法權力。如果我是為未成年子女行使同意，則我必須是公認的親生父母（例如：我的名字列在我子女的出生證明上）或養父母（例如：我已經依法收養的孩子），同時我的權力必須不能受到法院命令（如：離婚條款）的限制。如果我要為未成年者或成年者行使同意照護的家人、親戚、照護者或其他人，除非病患、病患的法定代理人、法院或法令已明白授予我這項權力，否則我不具有行使同意健康照護的合法權力。如果我行使的權力是由法院命令或委託書授予，我可能會被要求提供此份文件的副本，同時該文件必須先經過 ICHS 核准後，我才可以代表另一位病患行事。我進一步了解，我作為個人代理人的權力可能受到適用法律的限制，例如：如果未成年人符合某些條件且正在接受心理疾病、性病或與生產有關的健康問題等治療，則他們可以被當做成年人並被賦予完全的權力來控制其健康資料。我清楚明白這些要求與限制。

<p>_____</p> <p>翻譯人員姓名</p>	
<p>_____</p> <p>簽名</p>	<p>_____</p> <p>日期</p>
<p>() 文件以 _____ 文提供</p>	

簽名（18 歲以下父母/監護人簽名）

日期

父母/監護人的姓名（正楷填寫）

日期

父母/監護人生年月日：

您同意的是您自己的健康照護嗎？ 是； 否*（見下文）

*請指明您與病患的關係： 母親； 父親； 法院指定的監護人／代理人；

其他（具體說明）：_____。

代理人權力聲明（僅限親戚填寫）

我是負責照護未成年兒童的親戚。我謹遵 RCW 9A.72.085 有關作偽證即受懲處的法令規定，在此聲明並證實我有合法權力可為列於其上的未成人之健康照護做決定。我了解我在此時不會被要求提出對該未成年人的合法同意權之證明文件，除非我的醫療服務提供者有理由質疑這份聲明的正當性。但是，我在任何時候均有可能被要求提出證明文件。本聲明有效期限六 (6) 個月。

簽名：_____ 日期：_____

患者权利和责任

您有以下权利：

- 选择为您提供优质护理的医疗保健提供者。
- 在**安全、私人、受尊重**的环境下接受知识渊博的人员提供的护理。
- 以**尊重您的语言、文化和信仰**的方式接受服务。
- 以**您可以理解的**术语接收关于您的护理和治疗的信息。
- 在**没有基于下列歧视因素**的环境下接受服务：种族、肤色、性别、婚姻状况、性取向、年龄、信仰、宗教、血统、性别认同、遗传信息、是否使用服务类动物、民族血统、退伍军人身份、公民身份、或任何感官、精神或身体残疾、或支付能力。
- 以**您容易理解**的语言接收关于 ICBS 服务时间、医疗保健提供者、**服务、费用和付款政策**的信息。
- 如果您的护理用于对医疗保健提供者进行培训，将通知您。
- 您的**医疗保健信息**将保密，法律或保险公司合同要求的情况除外。
- 在**合理**时间内阅读并收到您的病历的副本。
- 知道出现紧急情况且您被转往另一家医疗机构时，将通知您的**责任人/家庭**成员。
- 请求为您的医疗保健的预先指示提供信息帮助。
- **事先得到通知**，以便您可以选择您是否想参与试验性临床研究。
- 通过患者投诉/**申诉政策**文明地表达对您接受的护理的不满。

您有以下责任：

- **不明白告知您的信息**时询问问题。
- 告诉我们您知道的关于您的健康史、目前健康状况，以及您的健康状况的**任何**变化的所有信息。
- 告诉我们您可能正在服用的所有药物、草药、补充剂和非处方(OTC)药。
- 通过做出决策、遵循医嘱并为您的选择承担责任来参与您的护理。
- **遵循您与医疗保健提供者商定的治疗方案**，包括其他医疗保健专业人员执行 医疗保健提供者的医嘱时，遵循他们的指示。
- 选择一名家庭成员或其他人在您无法为自己的医疗保健做决定的情况下代表 您。
- 对其他患者、来访者、志愿者，以及 ICBS 工作人员和财产表示礼貌和尊重。
- **始终**准时到达以进行预定诊视。您无法进行预定诊视时请提前通知我们。
- **提供准确信息**，以处理任何保单并按要求及时支付任何共付款项、共付保险 金额和免赔额。
- **通知您的医疗保健提供者**您现有的任何预先指示或医疗授权委托书。
- 接受ICBS工作人员提供的服务或在ICBS医疗机构和活动时保持适当的行为。**如果您不遵循ICBS工作人员的指示**，不遵从政策和商定的治疗方案，或因您拒绝治疗而无法对您进行安全和适当的护理，ICBS可以发通知终止 与患者的关系。

患者姓名

日期



健康史

男 女

患者姓名: 出生日期:

电话号码: 首选语言:

地址:

族裔: 美国印地安人/阿拉斯加原住民 亚裔 黑人或美国非裔 夏威夷原住民 其它太平洋岛民 白人 混血 不想说明

医师姓名: 上次体检日期:

患者目前是否正在接受医师治疗? 是 否

如果是, 接受治疗的原因是什么?

患者目前是否正在服用任何药物? 是 否

如果是, 请列出药物:

患者是否对任何药物过敏(或有不良反应)? 是 否

如果是, 请说明:

患者是否对乳胶敏感或过敏? 是 否

患者在手术期间是否有任何异常反应或不明反应? 是 否

如果是, 请说明:

患者是否有牙科保险(包括 Medicaid、SCHIP 等) 是 否

保险公司名称:

投保人姓名: 与患者的关系:

保单编号: 团险编号: 投保人生日:

生效日期: 失效日期: 客户服务电话号码

患者是否曾出现下列问题?(请勾选所有适用的选项。)

Table with 3 columns of medical conditions and checkboxes. Includes items like 高血压, 癫痫, 骨质疏松症, 注意力缺陷障碍(ADD), 昏厥, 出血不止, etc.

患者是否曾患任何其它严重疾病、接受住院治疗或发生事故？

是 否

如果是，请说明： _____

患者目前是否吸烟或使用下列烟草产品？

卷烟 雪茄 烟斗 嚼烟 无

患者以前是否曾使用烟草产品？ 是 否 如果是，是在多久以前？ _____

患者是否饮用酒精饮料？ 是 否 如果是，饮用量是多少？ _____

患者是否接种最新疫苗？ 是 否

如果是女性患者，请圈选“是”或“否”。

她是否怀孕？ 是 否 她目前是否进行母乳喂养？ 是 否 她目前是否服用避孕药？ 是 否

备注：

牙科史

上次看牙医的日期： _____

请勾选所有适合患者的选项。 **是**

在刷牙或使用牙线时，患者的牙龈是否出血？

患者的牙齿对热或冷的液体/食物是否敏感？

患者的牙齿对甜或酸的液体/食物是否敏感？

患者是否有牙痛？

患者口腔内部或周围是否有任何疮或肿块？

患者的头部、颈部或下巴是否有任何损伤？

患者是否经常头痛？

患者是否会咬紧牙齿或磨牙？

患者是否经常咬自己的嘴唇或面颊？

患者是否曾出现下列问题？

下巴异响 疼痛（关节、耳朵、面部两侧） 张嘴或闭嘴困难

咀嚼困难

患者是否曾接受任何牙齿正畸手术？

患者是否曾在拔牙后流血不止？

患者是否曾获得关于正确刷牙方法的指导？

患者是否曾获得关于护理牙龈的指导？

备注：

隐私规则通告确认书

为了遵守健康保险流通与责任法案(HIPAA)的隐私法规，ICHS 必须为您提供隐私规则通告。本文旨在向您说明，我们会保留我们向您提供的保健服务的记录。您可以要求查看该记录，或索取该记录的副本。您还可以要求更正该记录。我们不会向他人披露您的记录，除非您要求我们披露，或者法律授权或强制要求我们披露。如果需要更多的信息，请联系我们的医疗记录部：

Bellevue Clinic	(425) 373-3012
Holly Park Clinic	(206) 788-3541
International District Clinic	(206) 788-3712
Shoreline Clinic	(206) 533-2641

本表格将在您的医疗记录中存档。

在下文签名，表示我确认已经收到隐私规则通知。

患者工整姓名

患者出生日期

患者或授权代表签名（18 歲以下父母/監護人簽名）

日期

如果代表患者签名，则工整书写姓名

与患者的关系

备注

已向患者或其授权代表提供副本。

隐私权保护通知

(2013年9月生效)

本通知描述了您医疗信息可能的使用和披露方式以及您存取此类信息的方式。

请认真阅读。

我们根据法律规定保护受保护健康信息，并向您提供通知，说明我们在保护受保护健康信息方面承担的法律责任和采取的措施。我们必须遵守现行隐私权保护通知的条款，但我们保留随时更改此类条款的权利。任何更改均立即生效，您可以从我们的网站 (www.ichs.com)上查看。

我们如何使用和披露您的受保护健康信息

为治疗目的。我们可能会使用或披露您的受保护健康信息，为您提供医学治疗服务。我们可能会向参与您护理的医生、护士或其他医护团队成员披露您的受保护健康信息。例如，您的医生可能要和专科医生讨论您的护理。此时，我们会向他们披露您的受保护健康信息，帮助他们了解您的医护需求。

为付款目的。我们可能会使用或披露您的受保护健康信息，确保您、保险公司或第三方能收到国际社区健康服务中心（以下简称“ICHS”或“我们”）为您开出的治疗和服务账单。例如，我们可能要将我们为您提供的外科手术信息披露给健康计划，以便健康计划向我们付款或报销您的手术费。未经您同意，我们不会向第三方付款人披露您的受保护健康信息，除非法律允许我们这样做。您可以要求对披露给健康计划或其他方的受保护健康信息设置限制条件，前提是此类信息只和您或您的代表（健康计划除外）已经支付给我们的医疗保健项目或服务有关，此时，我们必须满足您的要求。

为医疗保健运营目的。我们可能会为了医疗保健运营目的使用和披露您的受保护健康信息。这类使用和披露很有必要，能确保所有患者都获得优质医护服务。例如，我们可能会用健康信息评估您获得的医疗保健服务质量或评估医疗人员的业绩。

其他不需事先授权即可使用您受保护健康信息的情况

业务伙伴。ICHS的某些服务通过签约业务伙伴提供。包括实验室化验、外部审计、外部律师和其他。任何时候，只要业务伙伴和ICHS之间的安排涉及使用或披露您的受保护健康信息，我们会签订书面协议，保护您受保护健康信息的隐私权。

向协助救灾的机构披露 - 我们可能会向协助救灾的机构披露您的受保护健康信息，以便您的家人了解您的状况、现状和所在地。

第 1 页，共 4 页

预约提醒 - 我们可能会和您联系，提醒您按预约时间到ICHS接受治疗或医护服务。

替代治疗方案 - 我们可能会使用您的受保护健康信息向您介绍或推荐可能的治疗选项或您感兴趣的替代方案。

研究 - 在某些情况下，ICHS可能会为了医疗研究目的使用和披露人口健康信息。在多数情况下，如果研究人员能存取您的姓名、住址或其他能暴露您身份的信息，我们会专门征求您的同意。在我们为研究目的使用或披露健康信息之前，该项目应当已经通过研究审批流程审批。在多数情况下，如果研究人员能存取您的姓名、住址或其他能暴露您身份的信息，我们会专门征求您的同意。不过，我们有时也会向准备开展某项研究项目的人员披露您的健康信息，前提是此类健康信息不得离开ICHS。

依法使用和披露 - 我们会应联邦、州或地方法律的要求披露您的受保护健康信息。

消除健康或安全面临的严重威胁 - 必要时，我们可能会使用和披露您的受保护健康信息，以免您、公众或其他人的健康和 safety 遭到严重威胁。不过，我们只能向有能力阻止此类威胁的人士披露。

器官和组织捐赠 - 如果您是器官捐赠人，我们可能会视需要向器官采集或器官、眼睛或组织移植机构或器官捐赠银行披露您的受保护健康信息，以促成器官或组织捐赠和移植。

军人或退伍军人 - 如果您是武装部队的成员，我们可能会根据军事指挥机关的要求披露您的受保护健康信息。我们还有可能向相关外国军事机关披露有关外国军事人员的受保护健康信息。

劳工赔偿 - 我们可能会为劳工赔偿或类似计划披露您的受保护健康信息。这些计划提供工伤或职业病福利。

公共健康 - 我们可能会依法向负责疾病、伤害或残疾预防或控制的公共健康或法律机关披露您的受保护健康信息。

健康监督活动 - 我们可能会就法律授权的活动向健康监督机构披露您的受保护健康信息。例如，此类监督活动包括审计、调查、检查和颁发许可，为政府监督医疗系统、政府计划和遵守公民权法律所必需。

诉讼和争端 - 如果您卷入诉讼或争端，我们可能会应法庭或行政命令的要求披露您的受保护健康信息。我们还可能会应争端其他当事方的传票、取证要求或其他合法程序要求披露您的受保护健康信息。

执法 - 我们可能会应执法官员的要求披露您的受保护健康信息：

- 根据法庭命令、传票、逮捕令、传唤或类似程序的要求披露；
- 识别或寻找疑犯、逃犯、重要目击证人或失踪者；

关于犯罪受害者的信息，前提是在某些有限的情况下，我们无法取得该人士的同意；

- 我们认为死亡可能是犯罪行为造成的；
- 在ICHS发生的犯罪行为；
- 在紧急情况下举报犯罪行为；罪行或受害者所在地点；或犯罪分子的身份、描述或所在地点。

验尸官、法医和丧葬人员 - 我们可能会在必要时向验尸官或法医披露您的受保护健康信息。例如，为确定死者身份或死亡原因。必要时，我们还可能会向丧葬人员披露医院患者的健康信息，以便其履行职责。

国家安全和情报活动 - 我们可能会为情报、反情报和法律授权的其他国家安全活动向有授权的联邦官员披露您的受保护健康信息。

某些需要授权的使用和披露

使用和披露心理治疗记录、为营销目的使用和披露受保护健康信息、构成出售受保护健康信息的披露，以及本通知未列明的其他受保护健康信息的使用和披露在多数情况下必需取得您书面同意方可进行。即使您允许ICHS使用或披露您的受保护健康信息，也可以随时以书面方式撤销。若您撤销允许，我们不会再为您授权书中列明的理由使用或披露您的受保护健康信息。但您应当了解，我们不能收回已经根据您的允许做出的披露以及我们根据要求保存的我们为您提供的保健记录。

与家人和朋友沟通 - 我们可能会和参与您护理和（或）支付您护理费用的家人或朋友共享您的受保护健康信息，前提是您告诉我们可以这样做，或您不反对我们共享此类信息。根据我们的职业判断，如果我们认为您不会反对，我们还有可能和上述人士分享相关信息。

您有关受保护健康信息的权利

您的健康记录是ICHS的财产，您的受保护健康信息却属于您。关于受保护健康信息，您享有以下权利：

获取本通知的权利 - 您有权获得本通知的纸质版本。您可以随时要求我们提供本通知副本。您还可以从我们的网站上获取本通知副本：www.ichs.com。

检查和复制的权利 - 您有权检查和复制某些和您相关的医护信息，包括账单记录。您必须向以下机构提交书面申请：

International Community Health Services（国际社区健康服务中心）
Attn: Health Center Manager（健康中心经理）
PO Box 3007, Seattle WA 98114-3007

如果您要求我们提供此类受保护健康信息副本，我们可能会收取复制、邮寄或其他相关用品的费用。

在某些有限的情况下，我们可能会拒绝您检查和复制的要求。如果您存取健康记录的要求被拒绝，可以要求审核我们的拒绝决定。我们将听从审核结果。

要求修正的权利 - 您有权向健康中心经理(Health Center Manager)提交书面申请，要求修正您的受保护健康信息。在某些情况下，我们有权拒绝您的修正要求。若您的要求被拒绝，可以向我们提出异议。这份异议声明将保存在您的健康记录中，包括任何被披露的记录。

信息披露一览表权利 - 您有权获得“信息披露一览表”。这份记录列出我们依法披露的您的某些受保护健康信息。

您必须向健康中心经理提交书面申请。我们可能会收取提供记录的相关费用。我们会通知您涉及的费用，您可以在发生任何费用前选择取消或更改申请。健康中心经理的联系方式如下：

International Community Health Services (国际社区健康服务中心)
Attn: Health Center Manager (健康中心经理)
PO Box 3007, Seattle WA 98114-3007

提出限制要求的权利 - 您有权对您受保护健康信息的某些使用和披露提出限制条件。例如，您可以提出要求，就向参与您保健或支付保健费用的人士披露的受保护健康信息提出限制要求。您可以要求我们不要向某位家庭成员或朋友披露有关某次手术的受保护健康信息或使用此类信息。您必须向健康中心经理提交书面申请。提交申请时，您必须说明(1)您想对哪些信息设置限制条件；(2)您是要限制我们使用还是披露该信息，或二者都限制；和(3)您希望这些限制适用于哪些人，例如限制我们向您的配偶披露；不过，我们并非必须同意您的限制要求。

要求对通讯保密的权利 - 您有权要求我们以某种方式或在某个地点就您的健康事务和您沟通。例如，您可以要求我们只在工作时间或只通过邮件和您联系。

要求对通讯保密时，您必须向健康中心经理提交书面申请。我们不会问您为什么。您的申请必须说明您希望我们用哪种方式或在何处和您联系。我们将满足所有合理的要求。

获得违规通知的权利 - 若发生违规行为，危及受保护健康信息的安全，您有权获得通知。

投诉

若您认为您的隐私权被侵犯，可以拨打206.788.3658和ICHS合规主管联系，也可以将投诉信提交给ICHS Compliance Officer (ICHS合规主管)，地址是PO Box 3007; Seattle, WA 98114-3007。

您还可以向美国人类与社会服务部部长投诉。

提交投诉不会影响您的保健服务质量，也不会让您受到打击报复。

关于本通知，如果您有任何疑问，请拨打 206.788.3658 和 ICHS 合规主管联系。