

**University HealthCare Alliance (UHA)**

請仔細閱讀此文件。University HealthCare Alliance 要求您每年簽署未經改動的完整服務條款和條件。

**1. 協議條款。**

我理解，此診所患者協議中的條款和條件將自簽署之日起一年內有效，我必須每年簽署一次此協議。我理解，我必須在每次診所就診時確認我的人口統計和保險資訊正確無誤。如果我的保險或人口統計資訊發生變化，我將通知診所工作人員。

**2. 醫療同意書。**

我（簽名患者或法定代表人）同意接受可能執行的一般治療和程序。這些程序可能包括但不限於根據患者的內科醫生或外科醫生的一般和特殊說明給患者提供實驗室檢查、X光檢查，以及內科或外科治療或程序。我理解，如果需要患者的知情同意才能進行特殊內科或外科治療以及特殊診斷或治療程序，則患者的醫生負責獲得患者的知情同意。我理解並同意，應主治醫生的要求，醫療執業人員（如醫生助理和執業護士）可能會參與患者的治療和護理。

**3. 教學機構。**

University HealthCare Alliance 隸屬於史丹福醫療保健系統，這是一家教學機構，負責訓練內科醫生、外科醫生、護士和其他醫療保健人員。應主治醫生的要求並在其監督下，接受訓練的住院醫生、實習生、醫學生、研究生和其他醫療保健人員可能會在醫療訓練計劃期間參與患者的治療和護理。

**4. 拍照。**

我同意針對患者的內科或外科病症或治療等拍攝患者的照片或影片或製作電子複製品，並同意出於法律允許的目的使用這些照片、影片或電子複製品。我同意由醫生或其他醫療保健團隊的專業人員進行評估和檢查，這些人員可能會使用遠程技術（不在現場），包括但不限於雙向影片、數位圖像和醫療保健提供者選擇的其他遠程技術。我理解，史丹福醫學中心可能出於治療、品質改善、患者安全、教育和安保等目的使用任何形式的數位圖像。在特定情況下及根據法律要求，可能需要先另行徵得我的同意，才能拍攝我的照片或影片或製作其他電子複製品以及使用或披露這些照片、影片或電子複製品。如果圖像用於研究目的而且可以直接識別出患者的身份，根據法律要求，需要先獲得我的授權，才能使用或披露這些圖像。我理解，根據加州的法律，未經相關各方的明確同意，我不得拍照、拍攝或錄製 UHA 員工、醫生或其他 UHA 患者的圖像或與之交談的內容。違反此項法律規定可能會導致刑事或民事責任。

**5. 財務協議。**

對於要提供的服務，我同意按照 University HealthCare Alliance 的常規費率和條款對患者的帳戶承擔全部財務責任，包括患者保險或健康計劃規定的所有自付額和共付額，以及患者的健康保險計劃和/或 Medicare 不支付的服務或物品的費用。如果患者的帳戶被轉交給律師或催收機構收款，我還同意除其他應付款項外，還支付實際律師費和與訴訟相關的費用。如果向保險、健康計劃或其他付款方收取服務費用，還適用第 6 款（簽約健康計劃患者和其他付款方）和第 7 款（轉讓保險福利）。

**6. 簽約健康計劃患者和其他付款方。**

我理解，患者可能有資格透過與 University HealthCare Alliance 簽約的健康計劃清單上的健康計劃（HMO、PPO）或其他一些付款方（如臨床試驗委託者、雇主提供的勞工賠償保險）獲得某些醫療服務保險。根據第 5 款（財務協議），我同意在以下情況對患者帳戶承擔財務責任：（一）University HealthCare Alliance 未與健康計劃簽約；（二）共付額和自付額；（三）未經健康計劃或其他付款方核准的服務；（四）在法律或合約允許的範圍內，患者的健康計劃或其他付款方不包括和/或不支付的服務。



Addressograph or Label – Patient Name, Medical Record Number

TERMS AND CONDITIONS OF SERVICE

7. 轉讓保險福利（包括 Medicare 福利）。

我授權向 University HealthCare Alliance 直接支付應付給患者或代表患者支付的服務相關保險福利，支付額不得超過實際收費。我理解並同意，根據第 5 款（財務協議），我對此轉讓條款下不支付的費用承擔財務責任。如適用，我進一步證明提供給 University HealthCare Alliance 以協助患者根據 Medicare 申請付款的資訊均正確無誤。

University HealthCare Alliance（UHA）是隸屬於史丹福醫療保健系統和史丹福醫療中心的醫學基金會。UHA 與許多醫生團體簽約在 UHA 診所提供醫療服務。UHA、史丹福醫療保健系統和史丹福大學均不在診所僱用醫生，也不對醫生團體提供的專業服務施加任何控制。

簽名人證明自己已閱讀服務條款和條件、已收到此文件的副本，而且是患者本人或由患者正式授權或代表患者簽署並接受上述條款。

患者或被授權人簽名

與患者的關係

見證人簽名

日期

口譯員簽名

日期

姓名（正楷書寫）

語言

職務/與患者的關係

資訊發布

根據聯邦健康保險可攜性與責任法案（HIPAA），University HealthCare Alliance 向患者提供《隱私慣例通知》，其中描述如何使用和披露有關您的醫療資訊，以及您如何可以獲取這些資訊。可在任何前台或登記處或致電 510-731-2635 與 University HealthCare Alliance 合規與風險管理總監聯絡，以索取更多份的《隱私慣例通知》。

### University HealthCare Alliance (UHA)

#### 《隱私慣例通知》摘要

這是我們《隱私權慣例通知》的摘要，其中描述如何使用和披露與您和/或您的孩子（「您」）有關的醫療資訊以及您如何可以獲取這些資訊。我們還為您提供了完整的通知。

#### 我們承諾保護您的隱私：

University HealthCare Alliance（「診所」）致力於保護您的醫療資訊的私密性。您的治療和護理資訊都記錄在病歷中。為了最好地滿足您的醫療需求，我們和參與您的治療和護理的醫療保健提供者共享您的病歷。我們還共享業務營運情況，並遵守有關醫療保健的法律。未經您的許可，我們不會出於其他任何目的使用或披露您的資訊。

#### 您對自己的醫療資訊擁有以下權利：

- 查看並獲得您的病歷副本（某些有限的例外情況除外）；
- 向您的病歷添加附錄或更正您的病歷；
- 要求審核診所披露您的醫療資訊的情況；
- 要求對使用或披露您的醫療資訊施加某些限制；
- 要求我們以特定方式或在特定位置與您通訊；以及
- 獲得完整的《隱私慣例通知》。

#### 我們可能出於以下目的使用和披露有關您的醫療資訊：

- 為您提供醫療和服務；
- 針對您收到的治療和服務開具賬單並收取付款；
- 用於營運診所及確保患者獲得優質服務所需的職能；
- 參加研究（需要滿足某些要求）；（有關更多詳細資訊，請參閱完整的《隱私慣例通知》）；以及
- 法律要求或允許的情況。

#### 還有其他我們可能未經您的授權即披露您的醫療資訊的情況，例如：

- 用於公共衛生活動（如報告藥物濫用或藥物反應）；
- 向衛生監督機構披露資訊（如加州衛生服務部）；
- 回應法院或行政命令、傳票或類似要求；
- 在某些有限的情況下向執法人員披露資訊；
- 向驗屍官、醫學檢驗官或葬儀社社長披露資訊；以及
- 向處理器官、眼睛或組織收集或移植的組織披露資訊。

我們的通知可能會不定期修訂或更新。請參閱我們完整的《隱私慣例通知》，其中更加詳細地描述我們的隱私慣例、您對自己的醫療資訊擁有的權利，以及相關聯絡資訊。

**有關完整《隱私慣例通知》的更多資訊，請致電 510-731-2635 與合規與風險管理總監聯絡。**