

治療同意書

我作為該患者授權的（代理人、父母或監護人），代表該患者同意授權並配合本醫療健康中心所要求的任何治療、檢查、醫療服務、外科手術或其他診斷程序（包括化驗、放射影像學檢查）。

父母或法定監護人簽名(如果您未成年): _____ 日期: _____

姓名和與患者的關係(如果非患者本人): _____

治療費用協議

本人，作為責任方，同意支付該醫療健康中心為該患者提供治療所產生的所有費用。如果該患者享有與該醫療健康中心合作的醫療保險服務，則我同意支付所有醫療保險不能支付的共付額、共付保險和自付額部分。我還同意支付所有保險公司認為不在承保範圍內的治療費用。

我了解灣區社區醫療健康中心會視患者的家庭人數和收入情況適當調整收費額度，不會因就診時患者無法支付足夠費用而拒絕為患者提供治療。

責任方（姓，名）： _____ 出生日期： _____ 性別： _____

與患者的關係： _____ 社會安全號： _____

就業狀況： _____ 聯繫電話： _____

地址（如果和患者不同）： _____

隱私使用通知

灣區醫療健康中心的隱私使用通知告知了該中心將如何使用和發佈患者受保護的醫療信息（PHI）。

我充分了解到：

- 我有權收到灣區醫療健康中心隱私使用通知複印件；
- 我有權在任何時間索取該通知的複印件；
- 灣區醫療健康中心隱私使用通知可能有所變動。

我簽字確認我已明白上述事項並收到灣區醫療健康中心隱私使用通知複印件。

責任方： _____ 日期： _____

姓名，與患者的關係（如果非患者本人簽名）： _____

預先指示確認書

預先指示確認書是指在將來患者無法做出治療決定時，醫生將依照該確認書為患者做出決定。

請在以下選項中選擇一項：

是的，對治療或健康方面的決定，我**確認**有預先指示、生前遺囑或持續委任書。

不，對治療或健康方面的決定，我**確認沒有**預先指示、生前遺囑或持續委任書。

好，我**想要**了解更多關於預先指示方面的信息。

不，我**不想要**了解更多關於預先指示方面的信息。

如果您有預先指示，請通過本人或寄信的方式提交複印件給我們（ _____ ）

我簽字確認我已確認收到關於預先指示的信息。

責任方： _____ 日期： _____

姓名，與患者的關係（如果非患者本人簽名）： _____