



治疗条件
(CONDITIONS OF TREATMENT – CHINESE)

姓名: _____
 姓 名 中间名

出生日期: _____

治疗同意书

本人同意以上所选的 Hoag 实体及附属机构、医生、临床医生和其他人员提供的所有医疗保健治疗和程序。此类治疗和程序可能包括诊断、治疗、影像和实验室服务。

经济责任

本人指定并授权直接或代表我向以上所选的 Hoag 实体和附属机构针对其提供的服务支付任何应付给我的保险福利。双方同意，根据本授权，保险公司向以上所选的 Hoag 实体及其附属机构支付的款项将结清保险公司在该等付款范围内之保单项下的任何和所有义务。我明白，根据此委派，我对未支付的费用应承担经济责任。本人特此证明提供给以上所选的 Hoag 实体及附属机构的保险信息是准确的，本人是符合资格的会员。我明白我有责任了解我的福利/承保范围，并且我知道我的医生所要求的检查可能不在我的保险公司承保范围之内。

我明白，我需要超过 90 天未偿清的所有账款支付每月 1% 的财务费用。本人授权将所有信息提供给其他医生及保险公司，以支付医疗服务费用及其他医生的进一步治疗费用。本人亦同意本表格之影印本与正本一样有效。

应付费用于服务提供之时到期。所有费用均属我的直接责任。以上所选的 Hoag 实体及其附属机构无法在假定费用将由我的保险公司支付的情况下提供医疗服务。如果以上所选的 Hoag 实体及附属机构在向我收款时发生问题，它会在我的账单中增加律师费、代收费用及其他相关费用。

患者门户

以上所选的 Hoag 实体及其附属机构采用患者门户系统，我可通过该门户以电子方式访问我的医疗信息。签署此表格，即表示我要求并同意将我的医疗信息和实验室检测结果提供给患者门户，以便我能够将这此信息作为我临床健康记录的一部分，通过电子方式进行访问。我明白，除非符合某些条件，否则通过患者门户提供的化验结果将不包括艾滋病毒、肝炎、药物滥用或常规处理组织的化验结果。

在下方签名后，即表示我确认我已仔细阅读、理解并同意以上所选的 Hoag 实体的条款及附属机构的治疗条件。

患者 / 法定代表签名: _____ 日期: _____ 时间: _____

如果由患者以外的其他人签字，请注明与患者的关系: _____

正楷书写姓名（法定代表）: _____

Form# 8035-C	CONSENT FORM	Rev 12/01/21	PATIENT LABEL
	[7711]		