



OUTPATIENT AGREEMENT FORM

외래 환자 계약서

Patient Identification Information

1/2 페이지

본 양식은 다음 Johns Hopkins Medicine ("Johns Hopkins") 기관인 Johns Hopkins Bayview Medical Center, Clinical Practices of the Johns Hopkins University School of Medicine, Howard County General Hospital, Johns Hopkins Community Physicians, Suburban Hospital, Sibley Memorial Hospital, The Johns Hopkins Hospital, Johns Hopkins Imaging 및 Ambulatory Surgery Centers 에 적용됩니다.

일반 정책: 모든 환자는 연령, 인종, 민족성, 종교, 문화, 언어, 신체 또는 정신 장애, 사회적 또는 경제적 상태, 성별, 성적지향, 성적체성 또는 성적 표현과 관련하여 차별 없이 치료를 받아야 합니다.

치료에 대한 동의: 본인 또는 본인의 대리인은 Johns Hopkins 의 제공자가 본인의 상태를 평가하고 치료하는 데 동의합니다. 응급 상황이 아닌 경우, 제안한 치료가 상당한 위험을 제기한다면 추가 사전동의를 받을 것입니다. 본인은 의료 시술이 정밀 과학이 아니며 검사, 치료 또는 기타 의료 서비스를 통해 얻을 수 있는 결과에 대해 어느 누구도 보장을 하지 않았음을 이해합니다.

공개 및 정보 공개에 대한 승인: 본인은 이에 지급 가능한 혜택을 결정하고 청구를 처리하기 위해 Johns Hopkins 에서 본인의 최종 진단 및 기타 의료 정보를 제삼자에게 공개하는 것을 허락합니다. 본인은 지급 목적을 위해 Johns Hopkins 가 본인의 보험회사에 의료 정보를 공개하도록 허락합니다. 본인은 Johns Hopkins 및/또는 본인에게 서비스를 제공한 모든 의사가 치료, 지급 및 수술을 위해서 등 필요에 따라, 주 및/또는 연방법 또는 규정에 의해 필요 시 또는 허용하는 경우 본인의 의무기록 및 청구서 기록의 전체 또는 일부를 공개할 수 있음을 인정합니다.

조직 및 부산물: Johns Hopkins 는 시술 중 제거한 조직 또는 부산물을 처리할 수 있으며, 본인의 허락 없이 내부 교육 및 품질 향상 목적을 위해 이러한 조직, 부산물 또는 관련 정보를 보관, 보존, 사용 및 공유할 수 있으며(이러한 조직, 부산물 또는 관련 정보로 본인의 신원을 특정할 수 있더라도), 본인의 허락하 또는 이러한 활동을 보호하는 연방 법의 지배를 받는 검토 위원회의 승인에 따라 본인의 신원을 확인할 수 있는 조직, 부산물 또는 관련 정보를 연구를 위해 사용 또는 공유할 수 있습니다. 조직, 부산물 또는 관련 정보로 본인의 신원을 특정하지 못하는 경우, Johns Hopkins 는 본인의 허락 또는 검토 위원회의 조치 없이 과학(연구) 목적을 위해 이들을 사용할 수 있습니다.

개인 소지품: 환자는 개인 소지품에 대해 책임이 있으며 모든 현금과 귀중품을 집에 남겨두는 것이 권장됩니다. Johns Hopkins 는 현금, 틀니, 안경, 보청기, 개인 전자 장치 및 문서를 포함하지만 이에 국한하지 않고 환자가 시설에 가져온 개인 재산의 분실 또는 손상에 대한 책임을 지거나 법적 책임을 지지 않습니다.

연락받는 것에 대한 동의: 본인은 본인의 일반전화 또는 휴대 전화번호를 제공함으로써 Johns Hopkins, 그 사무직원, 직원, 독립 계약업체, 양수인, 후임자 및 대리인에게 이 전화번호 또는 이후 본인을 위해 확보한 전화번호로 본인에게 연락하고 본인의 의료 관련 문제, 본인의 계정 또는 본인이 받은 모든 서비스와 관련된 청구서에 관해 실제 또는 미리 녹음된 메시지 또는 문자 메시지를 남기는 것에 분명하게 승낙할 것을 동의합니다. 본인은 본인이 제공한 모든 전화번호가 제삼자가 아닌 본인과 관련이 있음을 확인합니다. 보다 나은 효율성을 위해 전화 통화는 자동 음성 전화로 이루어질 수 있습니다. 전화번호 또는 휴대 전화번호를 제공해야 서비스를 받을 수 있는 것은 아닙니다.

병원 직원이 아닌 의사: 본인은 의사가 해당 의료 시스템의 직원이 아닐 수 있음을 이해합니다. 본인의 담당 의사가 주치의, 방사선 전문의, 외과의, 산과 전문의/부인과 전문의, 병리 의사, 마취과 의사, 신생아 전문의, 진단 연구를 해석하는 의사, 컨설턴트 및 의사 보조 등을 포함하지만 이에 국한하지 않고 다른 의사에게 본인의 치료에 참여를 요청할 수도 있음을 이해합니다. 본인은 또한 본인이 구두로 또는 서면으로 특별히 다르게 명시하지 않는 한 교육 중인 의사, 학생 또는 기타 자격이 있는 의료 서비스 직원이 본인의 담당 의사의 감독하에 본인의 치료에 참여 및/또는 관찰할 수 있음에 동의합니다.

전자 처방: 본인은 전자 처방 네트워크인 Surescripts 에서 지속적인 치료 목적을 위해 약물 재조제 이력을 본인의 제공자에게 공개하는 것을 허락합니다.

서비스에 대한 지급: 본인은 Johns Hopkins 가 본인의 건강 플랜에 본인이 받은 치료에 대해 청구할 수 있음을 이해합니다. 본인은 본인의 건강 플랜의 지급이 Johns Hopkins 에 직접 전달될 수 있음을 이해합니다. 본인이 수령을 하게 되는 경우 본인은 Johns Hopkins 에 지급할 책임이 있음을 이해합니다. 본인은 의료 서비스에 대해 지급 가능한 혜택을 서비스를 제공한 의사 및/또는 기관에게 양도합니다. 본인은 본인 또는 환자에게 지급 가능한 경우 외에 모든 보험, 개인 상해 또는 기타 혜택을 Johns Hopkins 및 모든 본인에 대한 기타 서비스 제공자에게 직접 지급하는 것을 허락합니다. 본인은 본인 또는 환자에게 제공된 치료 및 서비스에 대해 제삼자 출처로부터 병원을 통해 수령되지 않은 모든 공동 보험, 본인부담금 또는 기타 금액에 대한 재정적 책임을 인정합니다.

본인은 Johns Hopkins 에서 제공한 서비스에 대해 본인의 건강 플랜이 Johns Hopkins 를 네트워크 비소속 제공자로 취급할 수 있음을 이해합니다. 이러한 경우, 본인의 코페이 또는 본인부담금이 네트워크 소속 시설이나 연구소에서 서비스가 제공되었을 경우보다 더 클 수 있습니다. 본인은 네트워크 비소속 혜택의 결과로 더 높은 본인부담금 또는 코페이를 포함해 모든 코페이 또는 건강 플랜에서 본인이 지급해야 한다고 명시한 청구서의 기타 부분을 지급해야 함을 이해합니다. 본인은 치료를 받기 전에 이를 지급해야 할 수 있음을 알고 있습니다.

클리닉에서 진료받았거나 외래 진료를 받은 환자는 여러 개의 청구서를 받을 수 있습니다. 병원은 외래 방문에 대하여 병원 시설 또는 공간, 클리닉, 물품, 검사, 시술, 장비 및 외과의가 아닌 진료의사의 서비스에 국한되지 않는 진료의사의 서비스등의 사용에 흔히 "시설비"로 불리는 수수료를 청구할 수 있습니다.본인은 의사의 모든 전문 서비스가 병원 청구서와 별도로 청구됨을 이해합니다. 본인은 본인의 치료에 관련한 모든 의사의 비용에 책임이 있음을 이해합니다.

본인은 메릴랜드주에 위치한 병원들에 대한 병원 요금이 본인의 외래 치료 과정 중 통지 없이 변경될 수 있음을 이해합니다. 이 사실은 컬럼비아 특별구에 위치한 병원인 Sibley Memorial Hospital 에는 적용되지 않습니다.

본인은 Maryland 병원에서 다음과 같이 신속 지급(Prompt Payment) 병원 할인을 받을 권리가 있음을 이해합니다. 지급이 서비스 당일 또는 그 전에 이루어진 경우 2% 또는 지급이 첫 번째 청구서 날짜 또는 퇴원일 30 일 이내(둘 중 이른 날짜)에 이루어진 경우 1%. 이러한 할인은 컬럼비아 특별구에 위치한 병원인 Sibley Memorial Hospital 에는 적용되지 않습니다.

외래 환자 계약서

Patient Identification Information

2/2 페이지

본인은 플랜에서 병원 또는 의사에게 비용을 지급하지 않을 경우 본인이 지급해야 함을 이해하고 동의합니다. 본인의 계정이 징수 기관으로 넘어가는 경우 본인은 지급해야 할 금액을 징수하는 데 필요한 모든 합당한 수수료를 지급하는 데 동의합니다. 이러한 수수료에는 법원 비용, 청구된 요금의 15% 변호사 수수료 및 재판이 시작되면 법정 이율의 이자가 있을 수 있습니다.

개인 계약: 본인은 법에 따라 다음 상황 중 어느 하나의 경우 Johns Hopkins 가 본인에게 책임을 물을 것임을 이해합니다. 본 양식 외에도 개인 계약 양식을 검토하고 서명하도록 요청받게 됩니다.

- (1) 본인이 본인의 건강 플랜이 보장하지만 필요한 의뢰서 또는 건강 플랜의 승인을 확보하지 못한 서비스를 선택한 경우.
- (2) 본인이 본인의 건강 플랜을 사용하지 않기로 선택하고 서비스에 대해 본인이 부담하는 데 동의한 경우.
- (3) 본인의 건강 플랜이 본인이 원하거나 필요한 서비스에 대해 Johns Hopkins 에 참여하지 않으며 본인의 치료에 본인이 부담하는 데 동의한 경우.
- (4) 본인의 건강 플랜에서 보장하지 않는 서비스를 받는 경우.

ERISA: 본인의 건강 플랜이 ERISA(미국 법에 따른 종업원퇴직소득보장법[Employee Retirement Income Security Act])의 대상이 되는 경우 본인은 Johns Hopkins 가 본인을 대신하여 본인의 혜택을 확보할 것을 요청한 경우 그렇게 하는 데 동의합니다. 본인은 또한 건강 플랜이 본인의 치료에 대해 비용을 지급하지 않을 것이라고 하는 경우 Johns Hopkins 가 본인을 위해 항소할 수 있음에 동의합니다. 본인은 본인의 직원 혜택 플랜에서 정한 정책 및 절차를 준수해야 함을 이해합니다.

재정 지원: 본인은 Johns Hopkins 에 재정 지원 정책이 있으며 특정 상황에서 환자에게 재정 지원 및 지급 플랜을 제공할 수 있음에 이해합니다. 본인은 Johns Hopkins 재정 지원에 관한 정보를 Johns Hopkins 의 고객 서비스부에 443-997-3370 또는 1-855-662-3017 번으로 연락하여 요청할 수 있음에 이해합니다. 본인은 이에 따라 Johns Hopkins 가 본인이 재정 지원 또는 지급 플랜 자격이 되는지를 결정하는 데 사용하기 위해 본인에 대한 신용 평가 보고서를 실행할 수 있도록 허락합니다. 본인은 또한 다음 웹사이트에서 온라인으로 정보를 얻을 수 있음에 이해합니다.

www.hopkinsmedicine.org/patient_care/pay_bill/payment_assistance.html

의사는 자체적인 재정 지원 정책을 가지고 있으며 환자는 이에 대해 알아보려면 의사 사무실로 연락해야 합니다.

중재 합의(메릴랜드만 해당): 본인은 메릴랜드주에 위치한 모든 Johns Hopkins 기관에서 의사, 간호사 및 기타 의료 서비스 제공자로부터 제공된 치료로 인해 발생할 수 있는 모든 클레임은 메릴랜드주의 법의 지배를 받는다는 사실을 이해합니다. 본인은 소송을 제기하기 전에 본인의 클레임을 중재를 통해 해결하도록 노력할 것임을 동의합니다. 중재는 중립적인 제삼자가 클레임을 해결하기 위해 당사자들을 돕는 과정입니다. 중재 절차에서 본인의 클레임을 해결하지 못한 경우 본인은 소송을 제기할 권리를 포기하지 않습니다. 본인은 모든 중재 또는 법원 조치가 메릴랜드에서 취해져야 한다는 사실에 동의합니다. 본 합의는 본인 및 본인을 위해 클레임을 하는 사람에게 구속력이 있습니다.

Johns Hopkins Medicare Advantage MD 플랜: 본인은 이에 본 외래 환자 방문 중 Johns Hopkins 가 본인에게 제공한 치료에 대해 본인의 Johns Hopkins Medicare Advantage 플랜에 따라 지급 가능한 혜택에 대한 모든 권한, 소유권 및 이권을 Johns Hopkins 에게 변경할 수 없도록 양도 및 이전합니다. 본 취소 불가능 양도 및 이전은 이러한 플랜에 따라 Johns Hopkins 에게 재산에 대한 항소 및/또는 요청, 결정에 대한 법률적 검토 및 혜택 거부에 대한 기타 모든 항소 권리 등을 포함하지만 이에 국한하지 않는 독립된 권한을 부여하기 위한 목적이어야 하며, Johns Hopkins 는 항소와 관련되었거나 보장되지 않은 비용에 대해 플랜에서 정해진 비용 부담 외에 회원의 모든 변제권을 면제할 것을 동의합니다.

Johns Hopkins 개인정보 보호 관행 고지: 본인은 Johns Hopkins 의 개인정보 보호 관행 고지의 사본을 받았습니다.

사전 의료 지시서(Advance Directives): 사전 의료 지시서란 의무기록에 나와 있는 의료 서비스에 관한 희망 사항의 서면 또는 구두 진술서를 의미할 수 있습니다. 사전 의료 지시서는 귀하의 의료 서비스 제공자에게 귀하가 자신의 의견을 말할 수 없게 되었을 경우 누가 귀하를 대변해야 하며 이들이 어떤 결정을 내려야 하는지를 알려줍니다. 그 예로는 의료 서비스 기관 지정, 의료 서비스 지침/치료 선호 사항(예: "생존 유서"), 구두 사전 의료 지시서 및/또는 정신 건강 서비스에 대한 사전 의료 지시서가 있습니다. 귀하에게 서면 사전 의료 지시서가 있는 경우 등록 담당자, 간호사 또는 의사에게 그 사본을 제시하십시오. 구두 사전 의료 지시서를 작성할 원하시거나 기존의 사전 의료 지시서를 취소하거나 변경하길 원하시면, 등록 담당자, 간호사 또는 의사에게 알려십시오.

기타 검사: 병원의 직원 중 누군가가 본인의 치료 과정 중 체액 노출을 당하는 일이 생기는 경우, 본인은 HIV 검사에 동의하며 병원이 본인에 대한 이 HIV 검사 결과를 노출된 의료 서비스 직원 및 담당 의사에게 공개하는 것을 허락합니다. 본인은 불이익 없이 검사를 거부할 권리가 있음에 이해합니다. **허락합니다 허락하지 않습니다**

본인은 상기 명시된 항목에 동의하고 보증을 포함하여 제공된 모든 정보가 정확하며 본인이 아는 한 사실임을 증명합니다.

날짜: _____ 시간: _____ 환자 서명: _____

의료 서비스 기관 / 보호자 / 대리 / 부모 / 배우자(하나에 동그라미), 본인 _____ 이름 인체)은(는) 환자의 대리인입니다.

날짜: _____ 시간: _____ 대리인의 서명: _____ *플래이트:* _____

환자와의 관계: _____

날짜: _____ 시간: _____ 병원 대리인 서명 _____

병원 대리인 이름(인체) _____

JOHNS HOPKINS 공지사항

다음 공지 사항은 전달되었으며 환자 또는 환자 대리인이 어떤 조항을 거부하더라도 무효화할 수 없습니다

조직 및 부산물: Johns Hopkins 는 시술 중 제거한 조직 또는 부산물을 처리할 수 있으며, 본인의 허락 없이 내부 교육 및 품질 향상 목적을 위해 이러한 조직, 부산물 또는 관련 정보를 보관, 보존, 사용 및 공유할 수 있으며(이러한 조직, 부산물 또는 관련 정보로 본인의 신원을 특정할 수 있더라도), 본인의 허락 하 또는 이러한 활동을 보호하는 연방 법의 지배를 받는 검토 위원회의 승인에 따라 본인의 신원을 확인할 수 있는 조직, 부산물 또는 관련 정보를 연구에 사용 또는 공유할 수 있습니다. 조직, 부산물 또는 관련 정보로 본인의 신원을 특정하지 못하는 경우, Johns Hopkins 는 본인의 허락 또는 검토 위원회의 조치 없이 과학(연구) 목적을 위해 이들을 사용할 수 있습니다.

개인 소지품: 환자는 개인 소지품에 대한 책임이 있으며 모든 현금과 귀중품을 집에 남겨두는 것이 권장됩니다. Johns Hopkins 는 현금, 틀니, 안경, 보청기, 개인 전자 장치 및 문서를 포함하지만 이에 국한하지 않고 환자가 시설에 가져온 개인 재산의 분실 또는 손상에 대한 책임을 지거나 법적 책임을 지지 않습니다.

재정 지원: 본인은 Johns Hopkins 에 재정 지원 정책이 있으며 특정 상황에서 환자에게 재정 지원 및 지급 플랜을 제공할 수 있음에 이해합니다. 본인은 Johns Hopkins 재정 지원에 관한 정보를 Johns Hopkins 의 고객 서비스부에 443-997-3370 또는 1-855-662-3017 번으로 연락하여 요청할 수 있음에 이해합니다. 본인은 이에 따라 Johns Hopkins 가 본인이 재정 지원 또는 지급 플랜 자격이 되는지를 결정하는 데 사용하기 위해 본인에 대한 신용 평가 보고서를 실행할 수 있도록 허락합니다. 다음 웹사이트에서 온라인으로 정보를 얻을 수 있음에 이해합니다. www.hopkinsmedicine.org/patient_care/pay_bill/payment_assistance.html

의사는 자체적인 재정 지원 정책을 가지고 있으며 환자는 이에 대해 알아보려면 의사 사무실로 연락해야 합니다.

사전 의료 지시서(Advance Directives): 사전 의료 지시서란 의무기록에 나와 있는 의료 서비스에 관한 희망 사항의 서면 또는 구두 진술서를 의미할 수 있습니다. 사전 의료 지시서는 귀하의 의료 서비스 제공자에게 귀하가 자신의 의견을 말할 수 없게 되었을 경우 누가 귀하를 대변해야 하며 이들이 어떤 결정을 내려야 하는지를 알려줍니다. 그 예로는 의료 서비스 기관 지정, 의료 서비스 지침/치료 선호 사항(예: "생존 유서"), 구두 사전 의료 지시서 및/또는 정신 건강 서비스에 대한 사전 의료 지시서가 있습니다. 귀하에게 서면 사전 의료 지시서가 있는 경우 등록 담당자, 간호사 또는 의사에게 그 사본을 제시하십시오. 구두 사전 의료 지시서를 작성할 원하시거나 기존의 사전 의료 지시서를 취소하거나 변경하길 원하시면, 등록 담당자, 간호사 또는 의사에게 알려십시오.