

患者信息			
名字	姓氏	中间名缩写	出生日期
地址	城市	州	邮政编码
请勾选主要联络电话	家庭电话 <input type="checkbox"/>	工作电话 <input type="checkbox"/>	手机 <input type="checkbox"/>
法定性别 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 非二元性别	性别认同 <input type="checkbox"/> 男/女 <input type="checkbox"/> 女/男 <input type="checkbox"/> 其他	社保号 (SSN)	首选语言
驾照号码			
婚姻状况 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 同居	首选联系方式 <input type="checkbox"/> 邮寄 <input type="checkbox"/> 家庭电话 <input type="checkbox"/> 日间电话 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 患者门户网站 <input type="checkbox"/> (myChart 电子病历系统)	族裔 <input type="checkbox"/> 柬埔寨裔 <input type="checkbox"/> 古巴裔 <input type="checkbox"/> 柬埔寨裔 <input type="checkbox"/> 墨西哥人、墨西哥裔美国人、奇卡诺人 <input type="checkbox"/> 非西语裔 <input type="checkbox"/> 其他西语裔 <input type="checkbox"/> 患者拒绝/无法提供 <input type="checkbox"/> 波多黎各裔	种族 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 多种族 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 患者拒绝/无法提供 <input type="checkbox"/> 白人
初级保健医生	宗教信仰		
您是如何得知我们机构的?			
责任方信息			
名字	姓氏	中间名缩写	出生日期
地址	城市	州	邮政编码
请勾选主要联络电话	家庭电话 <input type="checkbox"/>	工作电话 <input type="checkbox"/>	手机 <input type="checkbox"/>
与患者的关系	驾照号码		
紧急联系人 (如患者为未成年人, 可填写另一方家长)			
名字	姓氏	中间名缩写	
请勾选主要联络电话	家庭电话 <input type="checkbox"/>	工作电话 <input type="checkbox"/>	手机 <input type="checkbox"/>
首选语言	关系		
<p>我/我们特此同意并授权由 MemorialCare 医疗基金会附属医疗团体的医生和工作人员为我或上述未成年人 (我作为其父母或法定监护人) 实施其认为适宜的所有治疗、手术和医疗服务。我特此证明, 据我所知, 本表中的所有陈述均属实。我明白, 对于我自己和我的受抚养人所接受的医疗服务产生的所有费用, 无论保险承保与否, 我都要直接负责, 但根据有效的预付费 HMO 合同提供的授权服务除外。此外, 我进一步同意支付为追讨我可能欠下的任何款项而产生的法定利息、催收费用和律师费。并且, 我还特此授权我的 MemorialCare 医疗基金会附属医疗团体向保险公司和/或其代表披露所要求的信息。我完全理解, 在我书面取消之前, 本协议和同意书将继续有效</p>			
患者/责任方签名		日期	
患者/责任方姓名 (请使用正楷字体填写)		与患者的关系	



病历号 (MRN): _____

沟通方式

为了针对您的医疗信息与您沟通，我们请您填写此表格，以确定向您提供保密信息的最佳方式。我们可能会通过邮寄、电子邮件、短信和/或电话与您联系。

请勾选所有允许 MemorialCare 用于与您沟通的选项：

- 固定电话：电话号码： _____
- 手机/短信：电话号码： _____
- 语音信箱留言：电话号码： _____
- 普通电子邮件： _____
- MyChart 电子邮件： _____
- 邮寄，地址： _____

请列出您希望其有权查看您的账单、预约或健康信息的人员，例如：您的父母、配偶、护理人员或其他家庭成员。在披露与精神科服务和/或 HIV 检测结果有关的信息之前，我们将另行征得您的同意。

姓名	电话号码	关系	选项
1.			<input type="checkbox"/> 账单信息 <input type="checkbox"/> 预约信息 <input type="checkbox"/> 医疗/健康信息
2.			<input type="checkbox"/> 账单信息 <input type="checkbox"/> 预约信息 <input type="checkbox"/> 医疗/健康信息
3.			<input type="checkbox"/> 账单信息 <input type="checkbox"/> 预约信息 <input type="checkbox"/> 医疗/健康信息
4.			<input type="checkbox"/> 账单信息 <input type="checkbox"/> 预约信息 <input type="checkbox"/> 医疗/健康信息

此请求取代我之前可能提出的任何有关信息沟通的请求。

患者/责任方签名

日期

患者/责任方姓名（请使用正楷字体填写）

与患者的关系

手术史 - 如您曾接受以下手术, 请勾选并填写手术年份。							
手术名称	年份	手术名称	年份				
<input type="checkbox"/> 无		仅限男性					
<input type="checkbox"/> 血管成形术		<input type="checkbox"/> 前列腺活检					
<input type="checkbox"/> 支架植入血管成形术		<input type="checkbox"/> 经尿道前列腺电切术 (TURP)					
<input type="checkbox"/> 阑尾切除术							
<input type="checkbox"/> 膝关节镜		<input type="checkbox"/> 输精管结扎术					
<input type="checkbox"/> 背部手术		<input type="checkbox"/> 其他					
<input type="checkbox"/> 冠状动脉搭桥术 (CABG)		<input type="checkbox"/> 其他					
<input type="checkbox"/> 腕管松解术		仅限女性					
<input type="checkbox"/> 白内障摘除术		<input type="checkbox"/> 隆胸术					
<input type="checkbox"/> 胆囊切除术		<input type="checkbox"/> 双侧输卵管结扎术					
<input type="checkbox"/> 结肠切除术		<input type="checkbox"/> 乳腺活检					
<input type="checkbox"/> 结肠造口术		<input type="checkbox"/> 剖宫产					
<input type="checkbox"/> 胃旁路手术		<input type="checkbox"/> 刮宫术					
<input type="checkbox"/> 疝修补术		<input type="checkbox"/> 子宫切除术					
<input type="checkbox"/> 髋关节置换		<input type="checkbox"/> 乳房切除术					
<input type="checkbox"/> 膝关节置换		<input type="checkbox"/> 子宫肌瘤剔除术					
<input type="checkbox"/> 近视激光手术 (LASIK)		<input type="checkbox"/> 乳房缩小术					
<input type="checkbox"/> 肝活检		<input type="checkbox"/> 全子宫双附件切除术 (TAH/BSO)					
<input type="checkbox"/> 起搏器植入		<input type="checkbox"/> 经阴道子宫切除术					
<input type="checkbox"/> 小肠切除术		<input type="checkbox"/> 其他					
<input type="checkbox"/> 甲状腺切除术		<input type="checkbox"/> 其他					
<input type="checkbox"/> 扁桃体切除术							
健康体检与预防 - 如您曾接受以下检查, 请勾选并填写最近一次检查日期。							
检查	日期	检查	日期				
<input type="checkbox"/> 无		<input type="checkbox"/> 妇科检查					
<input type="checkbox"/> 乳腺检查		<input type="checkbox"/> 流感疫苗					
<input type="checkbox"/> 心脏负荷试验		<input type="checkbox"/> 血脂检查					
<input type="checkbox"/> 结肠镜		<input type="checkbox"/> 乳腺钼靶					
<input type="checkbox"/> 骨密度检查 (DEXA)		<input type="checkbox"/> 宫颈抹片检查 (PAP)					
<input type="checkbox"/> 超声心动图		<input type="checkbox"/> 全面体检					
<input type="checkbox"/> 心电图 (EKG)		<input type="checkbox"/> 肺炎球菌疫苗					
<input type="checkbox"/> 眼科检查		<input type="checkbox"/> 肺功能检查					
<input type="checkbox"/> 粪便隐血试验 (FOBT)		<input type="checkbox"/> 乙状结肠镜					
<input type="checkbox"/> 足部检查		<input type="checkbox"/> 破伤风疫苗					
家族病史 - 如您的家人曾患有以下疾病, 请在对应亲属栏勾选。							
<input type="checkbox"/> 被收养 (无家族病史信息)							
疾病	母亲	父亲	兄弟	姐妹	其他	其他	其他
酗酒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
过敏	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
阿尔茨海默病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
哮喘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血液疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
冠心病/心梗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
癌症 - 类型:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
中风 (CVA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
抑郁症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
发育迟缓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

家族病史 (续)							
疾病	母亲	父亲	兄弟	姐妹	其他	其他	其他
湿疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
听力障碍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高脂血症 (高胆固醇)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高血压	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肠易激综合征	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
学习障碍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
精神疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肺结核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肥胖症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
骨关节炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
骨质疏松症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
外周血管疾病 (PVD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肾脏疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
其他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
其他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
成人患者的社会生活史							
职业				雇主			
您是否有孩子? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		有多少个孩子?		女		男	
吸烟行为 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 每天 <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 更少 <input type="checkbox"/> 已戒烟/戒烟年份:			<input type="checkbox"/> 咀嚼烟草 <input type="checkbox"/> 雪茄 <input type="checkbox"/> 无烟烟草品牌:		<input type="checkbox"/> 烟斗 <input type="checkbox"/> 香烟	
饮酒行为 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 每天 <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 更少 <input type="checkbox"/> 已戒酒/戒酒年份:			<input type="checkbox"/> 啤酒 <input type="checkbox"/> 烈酒		<input type="checkbox"/> 葡萄酒 <input type="checkbox"/> 其他:	
锻炼活动	<input type="checkbox"/> 中等强度 <input type="checkbox"/> 高强度 <input type="checkbox"/> 久坐少动 每周运动天数:			睡眠状况: <input type="checkbox"/> 有变化 <input type="checkbox"/> 无变化			
咖啡因摄入 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 每天 <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 更少 <input type="checkbox"/> 已停用/停用年份:			<input type="checkbox"/> 巧克力 <input type="checkbox"/> 汽水 <input type="checkbox"/> 咖啡因片		<input type="checkbox"/> 咖啡 <input type="checkbox"/> 茶 <input type="checkbox"/> 其他:	
适用于儿童患者							
患者与谁同住:	主要	<input type="checkbox"/> 母亲	<input type="checkbox"/> 父亲	<input type="checkbox"/> 父母双方	<input type="checkbox"/> 其他:		
	次要	<input type="checkbox"/> 母亲	<input type="checkbox"/> 父亲	<input type="checkbox"/> 其他:			
母亲职业				父亲职业			
父母婚姻状况 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 丧偶				儿童照护 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 保姆 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 托儿所			
接触烟草烟雾: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 家中有吸烟者: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				患者目前是否吸烟? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			



回执确认
隐私惯例联合通知

您在此表格上的姓名及签名，表明您已在以下所述日期和时间收到 **MemorialCare** 的《隐私惯例联合通知》。

如果您对 MemorialCare 的《隐私惯例联合通知》中包含的信息有任何疑问，请致电 (714) 377-3218 联系 MemorialCare 首席合规官。

正楷姓名： _____

签名： _____

与患者的关系 _____

签收日期： _____ 签收时间： _____

仅供医疗设施使用

我们尝试让患者书面确认收到我们的《隐私惯例联合通知》，但由于以下原因，我们无法获得患者的确认：

- 当事人拒绝签名
- 因紧急情况无法签名
- 患者委托上述人员代为签名
- 其他（请注明） _____

登记人员签名： _____ 日期： _____

回执确认
隐私惯例联合通知

保险福利转让/资格认证

病历号 (MRN): _____

主要保险计划		
患者姓名	出生日期	
保险计划	团体编号	保单编号
保险公司地址	电话号码	
投保人姓名	与患者的关系	
投保人证件号/社保号	投保人出生日期	
投保人雇主	雇主电话号码	
雇主地址		
仅限 Medicare 患者		
医疗保险索赔编号	Part A 生效日期	Part B 生效日期
患者的其他保险		
患者姓名	出生日期	
保险计划	团体编号	保险计划
保险公司地址	电话号码	
投保人姓名	与患者的关系	
投保人证件号/社保号	投保人出生日期	
投保人雇主	雇主电话号码	
雇主地址		
<input type="checkbox"/> 我特此授权并要求以我的名义直接向 MemorialCare 医疗基金会支付经授权的 Medicare / 其他保险公司赔付金，用于支付其附属医疗团体为我或我的家庭成员提供的任何医疗或手术服务。我授权有关我的医疗信息或其他信息的任何持有者向社保局、医疗保健财政管理局、其代理机构或承保机构、或保险公司提供处理本索赔、或相关 Medicare / 其他保险索赔所需的任何信息，以确定这些赔付金或相关服务的应付赔付金。我明白，必须将任何可能负责支付我的治疗费用的其他方告知医疗保健服务提供者。	<input type="checkbox"/> 我明白，我符合资格通过我的 HMO 保单获取赔付金。我明白，为我的赔付金所选择的指定 IPA / 医疗团体是上述 MemorialCare 医疗基金会附属医疗团体。我明白，如果上述情况不属实，我（或对我负有经济责任的人员）将承担向我提供的服务的所有相关费用。我同意，如果上述情况不属实，我（或对我负有经济责任的人员）将全额支付所有此类费用。	
_____ 患者/责任方签名	_____ 日期	
_____ 患者/责任方姓名（请使用正楷字体填写）	_____ 与患者的关系	

财务责任协议

感谢您选择我们作为您的医疗保健服务提供者。我们致力于为所有患者提供优质的护理和贴心的服务。以下是我们的财务政策声明；我们要求您在接受任何治疗前阅读并同意这些财务政策声明。

- 请理解，支付您的账单被视为治疗流程的一部分。费用在提供服务时即到期应付。我们接受的付款方式包括：现金、支票、信用卡、以及我们作为其签约服务提供者且为其指定初级保健机构（PCP）的预批准保险（如果适用）。
- 您有责任了解自己的保险福利，包括我们是否为您保险公司的签约医疗保健服务提供者、您的承保福利和保险单中的任何除外责任、以及您保险公司的任何预先授权要求。
- 在您接受治疗之前，我们将尽力确认您的保险承保范围。您有责任提供最新且准确的保险信息，包括保险承保范围的任何更新或变化。如果您未能提供这些信息，您将承担相应的经济责任。
- 如果我们已与您的保险公司签订合同，我们将首先向您的保险公司开具账单，扣除任何共付额或免赔额，然后向您开具应由您承担的任何费用的账单。从保险公司收到索赔申请之时起，这个过程通常需要 45 至 60 天。
- 如果我们未与您的保险公司签订合约，在就诊结束时，您需支付所有服务费用。我们将为您提供一份账单；您可以将其提交给您的保险公司以申请报销。
- 所有患者均需提供支付凭证和带照片的身份证件。我们会要求复印您的身份证和保险卡，以作记录。提供您的保险卡副本并不能证实您的保险依然有效，也不能证实所提供的服务将由您的保险公司承保。
- 请理解，某些保险计划中包含的网络外福利可能涉及共同保险费用、更高的自付额，且年度保障额度有限。如果您所接受的服务属于网络外福利的一部分，您的财务责任部分可能会高于网络内费率。
- 工伤/职业病需要雇主的治疗授权。如果您的雇主未能提供授权，我们将与您的医疗保险公司合作，按以下规定报销费用。如果保险公司认为，该类伤害/疾病的原因与工伤赔偿有关，保险公司可能不会承保该类治疗。您将承担财务责任。

我已阅读上述财务政策，并且，我在下方签名，即表示我已清楚了解自己的财务责任。我理解，如果我的保险公司拒绝承保和/或支付向我提供的各项服务，我将承担财务责任并全额支付所有此类费用。

患者/责任方签名

日期

患者/责任方姓名（请使用正楷字体填写）

与患者的关系



回执确认

此处提供联邦 Medicare 与 Medicaid 服务中心 (CMS) 的“Open Payments (公开支付数据库)”网页的链接, 仅供参考。联邦《医生支付阳光法案》(Physician Payments Sunshine Act) 规定, 药品、医疗器械和生物制品制造商向医生和教学医院支付的超过拾美元 (10 美元) 的款项及其他有价值付款的详细信息, 均必须向公众公开。“Open Payments”数据库是一项联邦工具, 可用于查询药品和医疗器械公司向医生和教学医院支付款项的情况。该网站的网址为: openpaymentsdata.cms.gov

您在本表格上的姓名及签名, 表明您已收到 Medicare 与 Medicaid 服务中心 (CMS) 关于“Open Payments”搜索工具的通知。如果您有任何与“Open Payments”计划相关的问题, 请向服务台发送电子邮件进行查询: openpayments@cms.hhs.gov。如需现场协助, 请拨打 1-855-326-8366 联系 Open Payments 服务台支持团队。

正楷姓名: _____

签名: _____

与患者的关系: _____

签收日期: _____ 签收时间: _____



隐私惯例联合通知

本通知说明您的医疗信息将如何使用和披露、以及您如何获取这些信息。

请仔细阅读。

哪些人将受本通知约束

MemorialCare（以下简称“**MemorialCare**”或“**我们**”）通过其附属医院和设施（以下简称“**MemorialCare 设施**”）以及每家 MemorialCare 设施的员工和工作人员、与其他医疗服务提供者和其他组织一起为患者提供医疗服务。本通知适用于同意受本通知约束的以下个人和实体：

- 可能需要访问您的信息以履行其工作职能的每个 MemorialCare 设施以及所有 MemorialCare 员工、职员和其他人员。
- 每个 MemorialCare 设施的医务人员、以及在 MemorialCare 设施提供医疗服务的其他专业医护人员。
- 在您接受护理期间，我们允许其向您提供帮助的志愿者团体的任何成员。

本通知适用于 MemorialCare 设施向您提供的、由适用的 MemorialCare 设施生成且与您的健康护理相关的所有记录，无论该类记录由 MemorialCare 人员还是您的个人医疗保健服务提供者制作。对于由医疗保健服务提供者办公室或诊所创建或维护的您的医疗信息，您的个人医疗保健服务提供者可能会针对其使用和披露制定不同的政策或通知。您应查看医疗保健服务提供者的通知，了解医疗保健服务提供者在 MemorialCare 设施之外如何处理您的医疗信息。

我们对医疗信息的承诺

我们了解，有关您和您的健康的医疗信息属于个人隐私。保护您的医疗信息至关重要。我们会将您在接受我们诊疗期间所接受的各项护理和服务记录在案。我们需要这份记录来为您提供优质的医疗服务，并遵守某些法规要求。本通知将向您介绍我们如何使用和披露您的医疗信息。此外，本通知还会说明您的权利、以及我们在使用和披露您的医疗信息方面的某些义务。根据法律规定，我们必须：

- 对可识别您身份的医疗信息予以保密；
- 向您提供本通知，说明我们针对您的医疗信息所需承担的法律责任和所要采取的隐私保护措施；以及
- 遵守当前有效的通知条款。

我们可能如何使用和披露您的医疗信息

以下类别说明了我们使用和披露医疗信息的方式。对于每类使用或披露，我们都将解释其含义，并尝试举例说明。我们无法详尽列出每个类别中的每项使用或披露情形。但是，我们获准使用和披露信息的所有方式都属于其中某一类。

治疗。我们可能会使用您的医疗信息为您提供治疗或服务。我们可能会向参与护理您的医疗保健服务提供者披露您的医疗信息。例如，为您治疗腿部骨折的医生可能需要知道您是否患有糖尿病，因为糖尿病可能会减缓愈合过程。此外，医生可能需要告知营养师您是否患有糖尿病，以便我们安排适当的膳食。在 **MemorialCare** 设施内，不同医疗保健专业人员也可能共享您的医疗信息，以协调您所需的各项服务，如处方、化验和 X 光检查。我们还可能在您离开 **MemorialCare** 设施后，向为您提供治疗的 **MemorialCare** 设施以外可能参与您的医疗护理的人员披露您的医疗信息。

付款。我们可能会使用和披露您的医疗信息，以便向您本人、保险公司或第三方收取您所接受治疗和服务的费用。例如，我们可能需要向您的医疗保险计划提供您在 **MemorialCare** 设施接受手术的相关信息，以便您的医疗保险计划向我们支付或报销手术费用。此外，我们还可能将您要接受的治疗告知您的医疗保险计划，以获得事先批准或确定您的保险是否承保该项治疗。

医疗保健业务。我们可能会出于医疗保健业务运营的目的使用和披露您的医疗信息。这些使用和披露是确保我们的所有患者都能获得优质护理以及运营每家 **MemorialCare** 设施的必要条件。例如，我们可能会使用医疗信息来审查我们的治疗和服务，并评估我们的员工在为您提供护理方面的表现。我们还可能向医生、护士、技师、医科学生和其他人员披露信息，以用于审查和学习之目的。我们还可能将所掌握的医疗信息与其他医疗设施的医疗信息结合起来，以比较我们的工作情况，并找出我们在提供护理和服务方面可以改进的地方。我们可能会从此类医疗信息中删除能识别您身份的信息，以确保其他人员在不知道具体患者身份的情况下使用这些信息来研究医疗保健和医疗保健服务的提供情况。我们可能会将您的医疗信息透露给您就诊过的其他医疗保健专业人员，以便他们提高医疗质量或降低医疗成本。

健康信息交换 (HIE)。**MemorialCare** 可能会将您的个人医疗信息提供给当地、地区和/或全国性的健康信息交换平台 (“HIE”)，包括但不限于国家健康信息网络 (“NHIN”)。HIE 是州政府和/或联邦政府发起的一项倡议，旨在为我们社区的医疗服务提供者提供一个以电子方式共享信息的机制；其共同目标是提高患者护理质量，同时保护您的医疗信息的隐私和安全。例如，如果您上周末在 **MemorialCare** 医院的急诊科接受治疗，而下周您要到私人医生的诊室复诊，那么，医生就可以在您就诊时访问并查看您的急诊科记录。这种访问方式可确保您的医生能够获取有关您的护理和治疗的最新信息。

MemorialCare 仅会出于治疗、付款或医疗保健业务等目的或法律要求而将您的医疗信息传输至 HIE。除非经过您的同意、或根据法律或法规要求，否则，目前法律规定需要额外签名授权才能发布的个人健康信息不会传输到 HIE。

加州免疫登记处。 MemorialCare 可能会与加州免疫登记处 (CAIR) 共享您的免疫接种或肺结核 (TB) 筛查测试记录；CAIR 是一个全州范围内的患者免疫接种信息安全保密数据库。CAIR 可供医疗保健专业人员、机构和学校使用，以记录您所接种的所有疫苗和所进行的肺结核测试，并可提供开始儿童保育、入学或新入职所需的免疫接种证明。如果您不希望与其他注册用户共享您的免疫接种或肺结核记录，请将《[拒绝或开始共享/ 免疫接种信息申请表](#)》（可从 CAIR 网站获取：<http://cairweb.org/cair-forms/>）**传真或通过电子邮件发送至 CAIR 服务台：1-888-436-8320 或 CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov。**

预约提醒。 我们可能会使用和披露医疗信息，以便与您联系，提醒您在 MemorialCare 设施有治疗或医疗护理预约。

治疗替代方案。 我们可能会使用和披露医疗信息，以向您介绍或推荐您可能感兴趣的治疗方案或替代选择。

与健康相关的福利和服务。 我们可能会使用和披露医疗信息，以向您介绍您可能感兴趣的健康相关福利或服务。

设施目录。 当您在 MemorialCare 医院就诊时，我们可能会将您的某些有限信息纳入该医院的设施目录。这些信息可能包括您的姓名、病房位置和大致情况（如一般、良好等）。除非您以书面形式明确提出相反要求，否则，本目录信息也可透露给按姓名查询您信息的人员。披露这些信息是为了方便您的家人和朋友去医院探望您，并大致了解您的情况。如果您希望“退出”设施目录，请联系您在其中接受治疗的 MemorialCare 医院住院部，要求不将您的信息纳入设施目录。

参与您的护理或为您的护理付款的个人；救灾援助。 我们可能会将您的医疗信息透露给参与您医疗护理的朋友或家人。我们还可能将信息提供给为您支付护理费用的人员。除非您有明确的书面要求，否则，我们也可能将您的病情告诉您的家人或朋友。此外，我们可能会向协助救灾的机构披露您的医疗信息，以将您的病情、状况和所在位置通知您的家人。

医学研究。 在某些情况下，我们可能会出于研究目的使用和披露您的医疗信息。例如，某个研究项目可能涉及比较接受某种药物和接受另一种药物治疗同一疾病的所有患者的健康和康复情况。但是，所有研究项目都必须经过特别审批程序。该程序会对拟议的研究项目及其对医疗信息的使用进行评估，并尝试在研究需求与患者对其医疗信息隐私的需求之间取得平衡。在我们出于研究目的而使用或披露医疗信息之前，该项目已通过研究审批程序获得批准；但是，我们可能会向准备开展研究项目的人员披露您的医疗信息，例如，帮助他们寻找具有特殊医疗需求的患者，但前提是，他们审查的医疗信息不得离开我们的场所。如果研究人员将接触到您的姓名、地址或其他会暴露您身份的信息、或将参与您在 MemorialCare 设施的护理，我们几乎总是会征得您的特别许可。

业务合作伙伴。 本组织通过与外部设施（也称为业务合作伙伴）签订合同来提供某些服务。例如，向保险公司提交索赔要求获得付款的账单服务、转录在医院为患者提供护理的医院医护人员口述报告的转录服务、以及复印健康记录的复印服务。如果这些服务由业务合作伙伴提供，我们可能会向业务合作伙伴披露您的信息，以便他们完成我们要求他们完成的工作。

法律规定。当联邦、州或地方法律有强制要求时，我们会披露您的医疗信息。

避免健康或安全受到严重威胁。为了防止您的健康和公共安全或公众或他人的健康和公共安全受到严重威胁，我们可能会在必要时使用和披露您的医疗信息。但是，任何信息都将仅透露给能够帮助防止威胁的人员。

营销和销售。出于营销目的使用和披露医疗信息、以及构成医疗信息销售的披露行为，大多数都需要您的授权。

筹款活动。我们可能会在将来使用您的某些信息（包括人口统计信息和您接受服务的日期）与您联系，以便为 MemorialCare 设施筹款。我们还可能出于同样的目的向 MemorialCare 附属慈善基金会披露此类信息。所筹集到的资金将用于扩大和改善我们为社区提供的服务和计划。如果您不希望我们出于筹款工作之目的而与您联系，您必须通知基金会主任或您在其中接受治疗的 MemorialCare 设施的经理。您可以通过书面形式（包括电子邮件）、电话或当面等形式提供通知。

特殊情况

器官和组织捐赠。在必要时，我们可能会将医疗信息透露给负责器官获取或器官、眼球或组织移植的机构、或器官捐献库，以促进器官或组织捐献和移植。

军人和退伍军人。如果您是武装部队成员，我们可能会根据军事指挥机构的要求公开您的医疗信息。我们还可能将外国军事人员的医疗信息提供给相应的外国军方。

工伤赔偿。我们可能向为工伤赔偿或类似计划提供您的医疗信息。这些计划为工伤或职业病提供赔付金。

卫生监督活动。我们可能会向卫生监督机构披露医疗信息，以开展法律授权的活动。此类监督活动包括审计、调查、检查和许可等。此类活动是政府监督医疗保健系统、政府计划和民权法律的遵守情况的必要条件。

诉讼和纠纷。如果您卷入诉讼或纠纷，我们可能会根据法院或行政命令披露您的医疗信息。我们也可能会根据传票、取证要求或争议所涉的其他人员所提起的其他合法程序披露您的医疗信息，但前提是，我们已尽力将该要求告知您（可能包括向您发出书面通知）或已尽力获取保护所要求信息的命令。

公共卫生风险。我们可能会出于公共卫生活动之目的披露您的医疗信息。这些活动一般包括：

- 报告药物不良反应或产品问题；
- 通知人们其可能正在使用的产品的召回情况；
- 通知可能已接触某种疾病、或有可能感染或传播某种疾病或病症的人员；
- 如果我们认为患者属于虐待、忽视或家庭暴力的受害者，我们会通知相关政府部门。只有在您同意或经法律要求或授权的情况下，我们才会进行披露；
- 预防或控制疾病、伤害或残疾；
- 报告出生和死亡；
- 举报虐待或忽视儿童、老人和被扶养成人的行为；
- 按照州和联邦法律的要求，通知应急响应人员可能接触到艾滋病毒/艾滋病的情况。

执法。在适用法律允许的情况下，如果执法人员要求我们披露医疗信息，我们可能会进行披露：

- 依据法院命令、传票、搜查令、传唤令或类似程序；
- 辨认或查找嫌疑人、逃犯、重要证人或失踪人员；
- 在特定有限情况下，当无法征得犯罪受害者的同意时，我们会披露有关犯罪受害者的信息；
- 我们认为可能属于犯罪行为导致的死亡的信息；
- 医院内的犯罪行为的信息；以及
- 在紧急情况下报告犯罪、犯罪地点或受害者，或嫌疑人的身份、描述或地点等信息。

验尸官、法医和殡葬管理者。我们可能会向验尸官或法医披露医疗信息。例如，这些信息可能是确认死者身份或确定死因所必需的信息。在必要时，我们还可能将患者的医疗信息透露给殡葬管理者，以便他们履行职责。

出于总统保护服务、国家安全和情报活动之目的。我们可能会向获授权的联邦官员披露您的医疗信息，以便他们为总统、其他获授权人员或外国元首提供保护，或进行特别调查，或为法律授权的情报、反情报及其他国家安全活动提供支持。

在押人员。如果您是惩教机构的在押人员或处于执法官员的监管之下，我们可能会向该惩教机构或执法官员披露您的医疗信息，但前提是，该类披露对于以下情况属于必要要求：(1) 便于该机构向您提供医疗保健服务；(2) 保护您或他人的健康和安全；(3) 保障惩教机构的安全和秩序。

多学科人员团队。我们可能会向与预防、识别、管理或治疗受虐儿童及其父母或虐待和忽视老年人相关的多学科人员团队披露健康信息。

关于其他限制的说明。请知悉，某些联邦或州法律可能对我们如何使用和披露您的医疗信息提出更严格的要求。如果有更严格的要求，即使是出于上述目的，除非相关法律另有许可或要求，否则，我们也绝不会在未获得您书面许可的情况下披露您的医疗信息。例如，除非州法律允许，否则，在未获得您的书面许可的情况下，我们不会披露您的艾滋病病毒检测结果。根据法律规定，对于某些特定情况，如精神疾病、酗酒或药物滥用等治疗相关的信息，我们可能还须获得您的书面许可才能使用和披露您的此类信息。

您对个人医疗信息享有的权利

对于我们保存的关于您的医疗信息，您享有以下权利：

查阅权和复制权。您有权查阅和复制我们所掌握的、可能用于对您及您的护理做出决策的信息，包括您的医疗记录和账单记录。在某些非常有限的情况下，我们可能会拒绝您的查阅和复制请求。若要查阅和复制可能用于对您作出决定的相关信息，您必须以书面形式向您在其中接受医疗服务的 MemorialCare 设施的医疗记录部门提出请求。如果您要求获得信息副本，我们可能会收取与您的要求相关的复印、邮寄或其他用品的费用。

修改权。如果您认为我们掌握的关于您的信息不正确或不完整，您可以要求我们修改该类信息。只要您在其中接受治疗的 MemorialCare 设施保留您的信息，您就有权要求修改。若要请求修改，您必须以书面形式向您在其中接受治疗的 MemorialCare 设施的医疗记录部门提出请求。此外，您必须提供支持您请求的理由。如果您的修改请求并非以书面形式提出，或没有提供支持该请求的理由，我们可能会拒绝您的请求。此外，如果您要求我们修改以下信息，我们可能会拒绝您的请求：

- 并非由我们创建的信息，除非创建该信息的个人或实体已无法进行修改。
- 不属于您在其中接受治疗的 MemorialCare 设施所保留的医疗信息的一部分；
- 不属于您有权查阅和复制的信息；或
- 准确和完整的信息。

您还有权要求我们在您的记录中添加增补，对于您认为不准确或不完整的每一项，增补的字数可多达 250 个单词。请向您在其中接受治疗的 MemorialCare 设施的医疗记录部门提交增补请求。

要求说明披露情况的权利。您有权要求获得“披露说明”。这是一份我们对您的医疗信息进行披露的清单，但不包括出于某些特定目的（如治疗、支付和医疗保健运营目的，具体如上所述）而进行的披露，也不包括您已明确授权的任何披露。如需索取此披露清单或披露说明，您必须以书面形式向您在其中接受治疗的 MemorialCare 设施的病历部提出请求。您的请求必须说明期限，并且，根据 MemorialCare 设施实施电子健康记录 (EHR) 的日期，该期限不得超过六 (6) 年或三 (3) 年。对于在 12 个月内请求的第一份清单，我们将免费提供。对于后续清单，我们可能会向您收取提供清单的费用。我们将通知您所需费用；您可以选择在产生任何费用之前撤回或修改您的请求。

此外，若您的受保护健康信息未受安全保护而发生泄露，我们将会按照法律要求通知您。

请求限制的权利。您有权要求限制或约束我们出于治疗、付款或保健运营目的而使用或披露您的医疗信息。您还有权要求限制我们向与您的护理或护理费用付款相关的人员（如家人或朋友）披露您的医疗信息。除非您或代表您的其他人员（但不包括健康计划或保险公司）已全额支付费用，并且，您要求我们限制出于付款或医疗保健运营目的向医疗保险计划或保险公司披露信息，否则，我们没有义务同意您的请求。即使您要求这种特殊限制，我们也可以出于治疗您的目的向健康计划或保险公司披露信息。如果我们同意另一项特殊限制，我们将满足您的要求，除非需要这些信息来为您提供紧急治疗。

若要请求限制，您必须向您在其中接受治疗的 MemorialCare 设施的医疗记录部门提出书面请求。在您的请求中，您必须告诉我们：(1) 您希望限制哪些信息；(2) 您是否希望限制我们的使用、披露、或限制两者；(3) 您希望该类限制适用于哪些对象。

请求保密通信的权利。您有权要求我们以特定方式或在特定地点与您沟通。例如，您可以要求我们仅在工作时间联系您，或仅通过信件方式联系。若要申请保密通信，您必须向您在其中接受治疗的 MemorialCare 设施的病历部门提出书面请求。我们不会询问您提出请求的原因。我们将满足所有合理的要求。您的请求必须说明您希望我们以何种方式或在何处与您联系。

授权或拒绝授权医疗信息的其他使用和披露的权利。对于本通知未涵盖、或相关适用法律未作规定的其他医疗信息的使用和披露，均须经您书面授权方可进行。如果您授权我们使用或披露您的医疗信息，您可以在任何时候以书面形式撤销该授权。如果您撤销授权，我们将不再出于您书面授权的原因使用或披露您的医疗信息。您理解，对于经您授权而已经披露的信息，我们无法收回，而且我们有义务保留为您提供之医疗护理之记录。

获得本通知纸质副本的权利。您有权获得本通知的纸质副本。即使您已同意接收本通知的电子版，您仍有权获得本通知的纸质版。您可以从我们的网站（www.memorialcare.org）上获取本通知的副本。本通知的纸质版也可在所有 MemorialCare 设施的住院部或登记台索取。

本通知的变更

我们保留变更本通知的权利。我们保留权利将修订或变更后的通知适用于我们已掌握的、关于您的医疗信息以及未来收到的任何信息。我们将在每家 MemorialCare 设施以及我们的网站（www.memorialcare.org）上张贴最新的通知副本。通知的第一页左下角将包含生效日期。

投诉

如果您认为您的隐私权受到了侵犯，您可以向我们投诉，也可以向美国卫生与公众服务部部长投诉。如需了解向我们投诉的相关信息，请致电 (714) 377-3218 联系 MemorialCare 首席合规/隐私官，了解如何提出投诉。所有投诉必须以书面形式提交。我们不会针对您采取任何行动，并且，您也不会因投诉而受到处罚。

本通知涵盖的 MemorialCare 设施

本通知涵盖的 MemorialCare（MC）设施名单可在网址 www.memorialcare.org 找到，或者，也可以通过以下地址或电话号码联系 MC 首席合规官获取。

MC 首席合规/隐私官联系方式：

Chief Compliance Officer/Privacy Officer

MemorialCare

17360 Brookhurst Avenue

Fountain Valley, CA 92708

(714) 377-3218 电话

(714) 377-3225 传真