

患者資訊			
名字		姓氏	中間名首字母
地址		城市	州
請檢查主要電話	家用電話 <input type="checkbox"/>	工作電話 <input type="checkbox"/>	手機 <input type="checkbox"/>
法定性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 非二元性別	性別認同 <input type="checkbox"/> 男跨女 <input type="checkbox"/> 女跨男 <input type="checkbox"/> 其他	社會安全號碼	首選語言
婚姻狀況 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 人生伴侶	首選聯絡人 <input type="checkbox"/> 郵件 <input type="checkbox"/> 家用電話 <input type="checkbox"/> 日間電話 <input type="checkbox"/> 手機 <input type="checkbox"/> 患者入口網站 <input type="checkbox"/> (myChart)	族群 <input type="checkbox"/> 柬埔寨裔 <input type="checkbox"/> 古巴裔 <input type="checkbox"/> 菲律賓裔 <input type="checkbox"/> 墨西哥裔、墨西哥裔美國人、奇卡諾人 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔 <input type="checkbox"/> 其他西班牙裔 <input type="checkbox"/> 患者拒絕/無法提供 <input type="checkbox"/> 波多黎各裔	種族 <input type="checkbox"/> 美洲原住民或阿拉斯加土著 <input type="checkbox"/> 亞裔 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人 <input type="checkbox"/> 不只單一種族 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 太平洋島民 <input type="checkbox"/> 患者拒絕/無法提供 <input type="checkbox"/> 白人
基層照護醫師		宗教	
請問您是透過什麼管道了解我們的？			
責任方			
名字		姓氏	中間名首字母
地址		城市	州
請檢查主要電話	家用電話 <input type="checkbox"/>	工作電話 <input type="checkbox"/>	手機 <input type="checkbox"/>
與患者的關係：		駕照	
緊急聯絡人（未成年兒童，此欄位可用於填寫另一位家長的資料）			
名字		姓氏	中間名首字母
請檢查主要電話	家用電話 <input type="checkbox"/>	工作電話 <input type="checkbox"/>	手機 <input type="checkbox"/>
偏好語言		關係	
<p>我/我們特此同意並授權，MemorialCare Medical Foundation 關聯醫療團體的醫師及工作人員對本人或上述由本人擔任父母或法定監護人的未成年者，施行其認為適當的所有治療、手術及醫療服務。我在此證明，據我所知，本文所有陳述皆屬實。我瞭解，無論保險覆蓋範圍如何，我直接承擔本人及受扶養人所產生的全部醫療服務費用，惟有效預付 HMO 合約下的授權服務除外。我同意支付為追討本人所欠款項而產生的法定利息、催收費用及律師費。我同時授權我所屬的 MemorialCare Medical Foundation 關聯醫療團體，向保險公司及/或其代表提供其所要求的資訊。我完全理解本協議，且本同意書將持續有效，直至我以書面形式撤銷為止</p>			
患者/責任方簽名		日期	
患者姓名/責任方（請用正楷填寫）		與患者的關係	



病歷號： \_\_\_\_\_

## 與您進行通訊

為了就您的醫療資訊與您進行通訊，我們請您填寫此表格，說明最適合向您提供機密資訊的方式。我們可能會透過郵件、電子郵件、簡訊及/或電話與您聯絡。

請勾選所有允許 MemorialCare 用來與您通訊的選項：

- 電話：電話號碼： \_\_\_\_\_
- 手機/簡訊：電話號碼： \_\_\_\_\_
- 語音信箱留言：電話號碼： \_\_\_\_\_
- 電子郵件： \_\_\_\_\_
- 透過電子郵件（MyChart）： \_\_\_\_\_
- 郵寄郵件，地址： \_\_\_\_\_

請列出您希望能夠查閱您的帳單、預約或健康資訊的人員，例如您的父母、配偶、照顧者或其他家庭成員。在發布與精神科服務及/或 HIV 檢測結果相關資訊前，我們將另行徵求您的同意。

名字	電話號碼	關係	選項
1.			<input type="checkbox"/> 帳單資訊 <input type="checkbox"/> 預約資訊 <input type="checkbox"/> 醫療/健康資訊
2.			<input type="checkbox"/> 帳單資訊 <input type="checkbox"/> 預約資訊 <input type="checkbox"/> 醫療/健康資訊
3.			<input type="checkbox"/> 帳單資訊 <input type="checkbox"/> 預約資訊 <input type="checkbox"/> 醫療/健康資訊
4.			<input type="checkbox"/> 帳單資訊 <input type="checkbox"/> 預約資訊 <input type="checkbox"/> 醫療/健康資訊

此要求取代我之前可能提出的任何資訊通訊要求。

\_\_\_\_\_  
患者/責任方簽名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
患者姓名/責任方（請用正楷填寫）

\_\_\_\_\_  
與患者的關係



**手術史 – 請確認您是否曾接受過以下手術，並註明手術年份。**

手術程序	年份	手術程序	年份
<input type="checkbox"/> 無		僅限男性	
<input type="checkbox"/> 血管成形術		<input type="checkbox"/> 攝護腺切片	
<input type="checkbox"/> 血管成形術 (置放支架)		<input type="checkbox"/> TURP (經尿道攝護腺切除術)	
<input type="checkbox"/> 闌尾切除術			
<input type="checkbox"/> 膝關節鏡手術		<input type="checkbox"/> 輸精管結紮	
<input type="checkbox"/> 背部手術		<input type="checkbox"/> 其他	
<input type="checkbox"/> 冠狀動脈繞道手術 (心臟繞道手術)		<input type="checkbox"/> 其他	
<input type="checkbox"/> 腕隧道釋放手術			
<input type="checkbox"/> 白內障摘除手術		僅限女性	
<input type="checkbox"/> 膽囊切除術		<input type="checkbox"/> 隆乳手術	
<input type="checkbox"/> 結腸切除術		<input type="checkbox"/> 雙側輸卵管結紮術	
<input type="checkbox"/> 結腸造口術		<input type="checkbox"/> 乳房切片	
<input type="checkbox"/> 胃繞道手術		<input type="checkbox"/> 剖腹產	
<input type="checkbox"/> 疝氣修補手術		<input type="checkbox"/> 子宮刮除術	
<input type="checkbox"/> 髖關節置換手術		<input type="checkbox"/> 子宮切除術	
<input type="checkbox"/> 膝關節置換手術		<input type="checkbox"/> 乳房切除術	
<input type="checkbox"/> 雷射角膜屈光手術		<input type="checkbox"/> 肌瘤切除術	
<input type="checkbox"/> 肝臟切片		<input type="checkbox"/> 縮乳手術	
<input type="checkbox"/> 心律調節器		<input type="checkbox"/> 全子宮切除合併雙側輸卵管及卵巢 切除術	
<input type="checkbox"/> 小腸切除術		<input type="checkbox"/> 陰道子宮切除術	
<input type="checkbox"/> 甲狀腺切除術		<input type="checkbox"/> 其他	
<input type="checkbox"/> 扁桃腺切除術		<input type="checkbox"/> 其他	

**健康維護 – 請確認您是否接受以下檢查及最近一次檢查日期。**

檢查	日期	檢查	日期
<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 婦科檢查	
<input type="checkbox"/> 乳房檢查		<input type="checkbox"/> 流感疫苗	
<input type="checkbox"/> 心臟壓力測試		<input type="checkbox"/> 血脂檢測	
<input type="checkbox"/> 大腸鏡檢查		<input type="checkbox"/> 乳房攝影	
<input type="checkbox"/> 骨密度檢查掃描		<input type="checkbox"/> 子宮頸抹片檢查	
<input type="checkbox"/> 心臟超音波		<input type="checkbox"/> 身體檢查	
<input type="checkbox"/> 心電圖		<input type="checkbox"/> 肺炎鏈球菌疫苗	
<input type="checkbox"/> 眼科檢查		<input type="checkbox"/> 肺功能測試	
<input type="checkbox"/> 糞便潛血檢查 (FOBT)		<input type="checkbox"/> 乙狀結腸鏡檢查	
<input type="checkbox"/> 足部檢查		<input type="checkbox"/> 破傷風疫苗	

**家族史 – 請確認是否有任何家庭成員曾患有以下任何一種疾病。**

診斷	母親	父親	哥哥/弟弟	姐姐/妹妹	其他	其他	其他
<input type="checkbox"/> 領養							
酗酒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
過敏	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
阿茲海默症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
氣喘	<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"/>
心肌梗塞 (心臟病發作)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
癌症 – 類型:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腦血管意外 (中風)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
憂鬱症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
發展遲緩	<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"/>

家族史 - 待續							
診斷	母親	父親	哥哥/弟弟	姐姐/妹妹	其他	其他	其他
濕疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
聽力障礙	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高血脂血 (高膽固醇)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高血壓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腸躁症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
學習障礙	<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"/>
結核病	<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"/>
骨關節炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
骨質疏鬆症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
周邊血管疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腎臟疾病	<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"/>
成人患者社會史							
職業			雇主				
您有小孩嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		幾位？		女性		男性	
菸草使用	<input type="checkbox"/> 每日 <input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 少量			<input type="checkbox"/> 嚼菸 <input type="checkbox"/> 菸斗		<input type="checkbox"/> 雪茄 <input type="checkbox"/> 香菸	
<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 曾使用/戒除年份：			<input type="checkbox"/> 無煙菸草品牌：			
酒精使用	<input type="checkbox"/> 每日 <input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 少量			<input type="checkbox"/> 啤酒 <input type="checkbox"/> 葡萄酒		<input type="checkbox"/> 酒精飲料 <input type="checkbox"/> 其他：	
<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 曾使用/戒除年份：						
體能活動	<input type="checkbox"/> 中等強度 <input type="checkbox"/> 高強度 <input type="checkbox"/> 久坐少動			睡眠模式：			
	天/週：			<input type="checkbox"/> 變動		<input type="checkbox"/> 不變	
咖啡因使用	<input type="checkbox"/> 每日 <input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 少量			<input type="checkbox"/> 巧克力 <input type="checkbox"/> 咖啡		<input type="checkbox"/> 汽水 <input type="checkbox"/> 茶	
<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 曾使用/戒除年份：			<input type="checkbox"/> 錠劑		<input type="checkbox"/> 其他：	
兒科患者							
患者居住對象：	主要	<input type="checkbox"/> 母親	<input type="checkbox"/> 父親	<input type="checkbox"/> 雙親	<input type="checkbox"/> 其他：		
	次要	<input type="checkbox"/> 母親	<input type="checkbox"/> 父親	<input type="checkbox"/> 其他：			
母親職業			父親職業				
父母關係			托育				
<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶			<input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 分居			<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 祖父母	
						<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 保姆	
						<input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 托兒所	
菸草接觸： 家中有吸菸者：			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		患者目前吸菸嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		



收件確認  
隱私權實務聯合聲明

您在此表格上簽名及書寫姓名，即表示您已於下文所示日期及時間，收到一份 **MemorialCare** 的《隱私權實務聯合聲明》。

若您對 MemorialCare 《隱私權實務聯合聲明》所載之資訊有任何疑問，請致電 (714) 377-3218 聯絡 MemorialCare 合規長。

正楷姓名： \_\_\_\_\_

簽名： \_\_\_\_\_

與患者的關係： \_\_\_\_\_

收件日期： \_\_\_\_\_ 收件時間： \_\_\_\_\_

設施專用

我們曾嘗試就患者已收到本院 《隱私權實務聯合聲明》取得書面確認，但因以下原因未能獲得患者確認：

- 個人拒絕簽收
- 發生緊急狀況，因而無法簽收
- 患者要求上述人士代其簽收
- 其他（請說明） \_\_\_\_\_

獲授權人員簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

收件確認  
隱私權實務聯合聲明

## 保險給付轉讓/資格認證

病歷號： \_\_\_\_\_

主要保險計畫		
患者姓名	出生日期	
保險計畫	團體編號	保單號
保險公司地址	電話號碼	
投保人姓名	與患者的關係：	
投保人證明/社會安全號碼	投保人出生日期	
投保人雇主	雇主電話號碼	
雇主地址		
Medicare 患者專用		
健康保險理賠號碼	A 部分生效日期	B 部分生效日期
患者其他保險保障		
患者姓名	出生日期	
保險計畫	團體編號	保險計畫
保險公司地址	電話號碼	
投保人姓名	與患者的關係：	
投保人證明/社會安全號碼	投保人出生日期	
投保人雇主	雇主電話號碼	
雇主地址		
<input type="checkbox"/> 本人特此授權並要求，將授權的 Medicare/其他保險公司給付款項支付給 MemorialCare Medical Foundation，用以支付其關聯醫療團體為本人或本人家庭成員提供的任何醫療或手術服務。本人亦授權任何持有關於本人的醫療或其他資訊者，向社會安全署、醫療照護融資管理、其代理人或承運人，或保險公司提供本項或相關 Medicare/其他保險給付所需的任何資訊，以確認給付金額或相關服務應支付的給付款項。本人瞭解必須通知醫療提供者或其他任何可能負責支付我治療費用的相關方。	<input type="checkbox"/> 本人瞭解我有資格透過 HMO 保單申請福利。本人瞭解，我所選擇用於給付的指定 IPA/醫療團體為上述列出的 MemorialCare Medical Foundation 關聯醫療團體。本人瞭解，如果上述資訊不正確，本人（或對本人負財務責任者）將需自行負擔所有與本人接受的醫療服務相關之費用。本人同意，如上述資訊不正確，本人（或對本人負財務責任者）將全額支付所有此類費用。	
<p>_____</p> <p>患者/負責人簽名日期</p>		
<p>_____</p> <p>患者/責任人姓名（請用正楷填寫）</p>		
<p>_____</p> <p>與患者的關係</p>		

## 財務責任協議

感謝您選擇我們作為您的醫療提供者。我們致力為所有患者提供優質的照護與服務。以下是我們的財務政策聲明，請在接受任何治療前閱讀並同意所載條款。

- 請理解，帳單付款是治療過程中不可或缺的一部分。服務提供時需繳納費用。我們接受現金、支票、信用卡，以及我們作為簽約醫療提供者且被指定為初級照護醫師 (PCP) 的事先授權之保險（如適用）。
- 您有責任瞭解自身的保險給付，包括我們是否為您保險公司的簽約醫療提供者、您的保障範圍及保單中的任何排除項目，以及保險公司可能要求的任何事先授權。
- 我們將在治療前嘗試確認您的保險保障範圍。您有責任提供最新且正確的保險資訊，包括任何保障範圍的更新或變更。若未能提供此資訊，您將需自行承擔相關費用。
- 若我們與您的保險公司簽有合約，我們將先向保險公司請款（扣除任何共同支付額或自付額），再向您收取任何確認為您應負擔的費用。這個流程通常從理賠收到保險公司起計，需時 45 至 60 天。
- 若我們未與您的保險公司簽約，您將必須於就診結束時支付所有服務費用。我們會提供帳單，供您交給保險公司申請理賠。
- 所有患者都必須出示付款證明及附照片的身分證件。我們會要求您影印身分證件和保險卡以供記錄。提供您的保險卡副本並不代表您的保障已生效，或所提供的服務會由您的保險公司承保。
- 請注意，有些保險的網外保障可能會收取共保費用、較高的自付額，且年度給付有限。如果您接受的服務屬於網外保障，您需自行承擔的費用可能會高於網內費率。
- 若為工傷補償相關的受傷或疾病，需取得您的雇主授權方可治療。若雇主未提供授權，我們將依照以下說明，與您的健康保險公司協商理賠事宜。若保險公司認定受傷或疾病原因屬工傷補償範疇，可能不會支付治療費用。您將需自行承擔費用。

我已閱讀上述財務政策，並在下方簽名以確認我清楚理解自己的財務責任。我明白，若我的保險公司拒絕承保和/或支付我所接受服務之費用，我將自行承擔相關費用，並全額支付所有此類費用。

\_\_\_\_\_  
患者/責任方簽名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
患者/責任方姓名（請用正楷填寫）

\_\_\_\_\_  
與患者的關係



## 收件確認

這裡提供一個連結至聯邦醫療保險與醫療補助服務中心 (CMS) Open Payments 網頁，供參考之用。依據聯邦《醫師報酬陽光法案》，藥品、醫療器材及生物製劑製造商向醫師及教學醫院支付超過十美元（\$10）的款項或其他有價值給付資訊，需公開揭露。Open Payments 資料庫是一個聯邦工具，可用於查詢藥品及醫療器材公司向醫師及教學醫院支付的款項。該文章請見 [openpaymentsdata.cms.gov](https://openpaymentsdata.cms.gov)。

您在此表單上的姓名與簽名表示您已收到美國醫療保險與醫療補助服務中心 (CMS) Open Payments Search 的通知。如果您對 Open Payments 計畫有任何疑問，請將電子郵件寄至 [openpayments@cms.hhs.gov](mailto:openpayments@cms.hhs.gov) 的客服中心。如需即時協助，請致電 Open Payments 客服 1-855-326-8366。

正楷姓名： \_\_\_\_\_

簽名： \_\_\_\_\_

與患者的關係： \_\_\_\_\_

簽收日期： \_\_\_\_\_ 簽收時間： \_\_\_\_\_



## 隱私權實務聯合聲明

本聲明說明您的醫療資訊之具體使用及揭露方式，以及您如何取得這些資訊。

請仔細審閱本聲明。

### 誰會遵守本聲明

MemorialCare（以下簡稱「**MemorialCare**」或「我們」）透過其關聯醫院及設施（「**MemorialCare Facility**」）以及各 MemorialCare 設施的員工與工作人員，與其他醫療提供者及其他組織共同為患者提供醫療服務。本聲明適用於以下同意受本聲明約束的人士及實體：

- 每家 MemorialCare 設施，以及所有可能需要存取您資訊以執行工作職責的 MemorialCare 員工、工作人員及其他人員。
- 各 MemorialCare 設施的醫療人員，以及在該設施提供醫療服務的其他醫療專業人員。
- 在您接受治療期間，我們允許協助您的任何志工團體成員。

本聲明適用於所有與您在 MemorialCare 設施中提供並由該機構產生的醫療相關記錄，無論是由 MemorialCare 人員或您的個人醫療提供者所製作皆然。您的個人醫療提供者，對於在其辦公室或診所中建立或保存的醫療資訊之使用與揭露，可能另有不同的政策或聲明。您應查閱醫療提供者的聲明，瞭解醫療提供者在 MemorialCare 設施之外如何處理您的醫療資訊。

### 我們關於醫療資訊的承諾

我們瞭解，關於您和您的健康狀況的醫療資訊屬於個人隱私。保護您的醫療資訊很重要。在您接受我們照護期間，我們會建立您所接受照護與服務的記錄。我們需要這份記錄以為您提供優質照護，並符合特定法規要求。本聲明將告知您我們可能如何使用及揭露您的醫療資訊。本聲明同時說明您的權利，以及我們對使用及揭露您的醫療資訊之特定義務。根據法律規定，我們必須：

- 妥善保管可識別您身分的醫療資訊；
- 提供您本聲明，說明我們對您醫療資訊的法律義務及隱私措施；以及
- 遵循目前生效之聲明條款。

## 我們如何使用及揭露您的醫療資訊

以下分類說明我們使用及揭露醫療資訊的不同方式。針對每個類別的使用或揭露，我們將解釋其含義，並嘗試舉例說明。我們不會列出類別中的所有使用或揭露資訊。然而，我們獲准使用與揭露資訊的所有方式，均屬於以下其中一類。

**治療。**我們可能會使用您的醫療資訊來為您提供醫療治療或服務。我們可能會向負責照護您的醫療提供者揭露您的醫療資訊。例如：治療您骨折的醫師可能需要知道您是否患有糖尿病，因為糖尿病可能會延緩癒合過程。此外，醫師可能需要告知營養師您是否患有糖尿病，以便安排適當的餐食。**MemorialCare** 設施內的其他醫療專業人員也可能分享您的醫療資訊，以便協調您需要的處方、實驗室檢查及 X 光等各種事項。我們也可能在您離開 **MemorialCare** 設施後，向可能參與您醫療照護的人員揭露您在非該設施的醫療資訊。

**付款。**我們可能會使用並揭露您的醫療資訊，以便就您所接受的治療及服務，向您、保險公司或第三方開立帳單，並向其收取費用。例如，我們可能需要向您的健康計畫提供您在 **MemorialCare** 設施接受手術的相關資訊，以便您的健康計畫向我們支付手術費用，或向您退還手術費用。我們也可能告知您的健康計畫您將接受的治療，以取得事前核准或確認您的保險是否承保該治療。

**醫療保健作業。**我們可能會為了醫療保健作業之目的，使用並揭露您的醫療資訊。這些使用與揭露是確保所有患者都能獲得優質照護，並維持每家 **MemorialCare** 設施運作之必要條件。例如：我們可能會利用醫療資訊來複核治療與服務，並評估員工照護您的表現。我們也可能向醫師、護理師、技術員、醫學生及其他人員揭露資訊，供審查與學習之用。我們亦可能將我們持有的醫療資訊與其他機構的醫療資訊加以整合，藉此比較我們的表現，並找出我們在照護與服務方面可改進之處。我們可能會從這組醫療資訊中刪除能夠識別您身份的資訊，以便他人在不知道患者具體身份的情況下，將其用於研究醫療保健及醫療服務交付。我們可能會將您的醫療資訊揭露給您曾就診的其他醫療專業人員，以便他們能改善醫療服務品質或降低醫療成本。

**健康資訊交流 (HIE)。****MemorialCare** 可能會將您的個別醫療資訊提供給地方、區域及/或全國性的健康資訊交流機構 (HIE)，包括但不限於國家健康資訊網路 (NHIN)。HIE 是一項由州政府和/或聯邦政府支持的倡議，為我們社區的醫療提供者提供一種以電子方式分享資訊的機制，所有這些措施的共同目標是提升患者的照護品質，同時保護您醫療資訊的隱私與安全。例如：如果您在週末於 **MemorialCare** 醫院急診部接受治療，且下週要回診您的主治醫師，醫師可以在您就診時取得並查看您的急診記錄。這種存取方式能讓您的醫師掌握最新的照護與治療資訊。

**MemorialCare** 只會出於治療、支付或醫療保健營運之目的，或依法要求，將您的醫療資訊傳輸給 HIE。目前依法需額外簽署授權才能公開的個人健康資訊，未經您的同意或依法律或法規要求，將不會傳送給 HIE。

**加州免疫登記處。** MemorialCare 可能會將您的免疫接種或結核病 (TB) 篩檢記錄分享給加州免疫登記處 (CAIR)，這是一個全州範圍、安全且保密的患者免疫資訊資料庫。CAIR 由醫療專業人員、機構及學校使用，用於追蹤您接種的所有疫苗與結核病 (TB) 檢測，並可提供開始托育、就學或新工作所需的免疫接種證明。若您不希望您的免疫或結核病記錄與其他登記使用者分享，請傳真或透過電子郵件傳送[拒絕或開始分享/ 免疫資訊申請表](#)，該表單可於 CAIR 網站 <http://cairweb.org/cair-forms/> 取得，或聯絡 CAIR 客服中心，電話 1-888-436-8320 或 [CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov](mailto:CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov)。

**預約提醒。** 我們可能會使用並揭露醫療資訊，以聯絡提醒您在 MemorialCare 設施有治療或醫療照護預約。

**治療替代方案。** 我們可能會使用並揭露醫療資訊，告知或推薦您可能感興趣的治療選項或替代方案。

**健康相關福利與服務。** 我們可能會使用並揭露醫療資訊，告知您可能感興趣的健康相關福利或服務。

**設施名錄。** 若您是 MemorialCare 醫院的患者，我們可能會在該醫院的設施名錄中包含某些有限的資訊。這些資訊可能包括您的姓名、醫院所在地以及您的整體狀況（例如：一般、良好等）。除非您另有明確的書面要求，否則此名錄資訊也可透露給詢問您姓名的人。透露此資訊是為了讓您的親友能夠來醫院探望您，並大致了解您的病情狀況。若您希望「退出」設施名錄，請聯絡您正在接受治療的 MemorialCare 醫院的住院登記處，並要求不要將您的資訊列入該設施名錄。

**參與您照護或支付您照護費用的個人；賑災行動。** 我們可能會將您的醫療資訊透露給參與您醫療照護的親友。我們也可能將資訊提供給協助支付您醫療費用的人。除非您另有明確的書面要求，否則我們也可能將您的病情告知您的親友。此外，我們可能會向協助賑災的機構揭露您的醫療資訊，以便向您的家人告知您的病情、狀態及所在地。

**研究。** 在某些情況下，我們可能會基於研究目的使用並揭露您的醫療資訊。例如，研究計畫可能涉及比較針對同一病症接受某一種藥物治療的所有患者，與接受另一種藥物治療的患者之健康狀況與復原情形。然而，所有研究計畫皆須經過特別審核程序。此程序評估擬議的研究計畫及其對醫療資訊的使用，試圖兼顧研究需求與患者對醫療資訊隱私的需求。在我們使用或揭露醫療資訊以進行研究之前，該計畫已通過此研究核准程序獲得核准，但我們可能會向準備進行研究計畫的人揭露您的醫療資訊，例如協助他們尋找有特定醫療需求的患者，前提是他們審查的醫療資訊不流出我們的網站即可。若研究人員將可存取您的姓名、地址或其他可辨識您身分的資訊，或將在 MemorialCare 設施中參與您的照護，我們通常會先取得您的明確同意。

**商業夥伴。** 我們組織透過與外部組織（也稱為商業夥伴）簽訂合約，為我們組織提供一些服務。例如帳單服務，協助您向保險公司提交理賠申請，將醫院中照護您的醫療專業人員口述報告轉錄為文字的服務，以及影印您的健康記錄副本服務。這些服務由商業夥伴執行時，我們可能會向業務夥伴揭露您的資訊，以便他們執行我們所委託的工作。

依法律規定。聯邦、州或地方法律有所要求時，我們會揭露您的醫療資訊。

**避免嚴重的健康或安全威脅。**必要時，我們可能會使用並揭露您的醫療資訊，以免對您本人或公眾或其他人的健康安全造成嚴重威脅。然而，任何此類揭露僅適用於能夠協助防止該威脅的人員。

**行銷與銷售。**大多數出於行銷目的使用或揭露醫療資訊之情形，以及構成醫療資訊銷售的揭露，皆需您的授權。

**募款活動。**未來我們可能會利用您的某些資訊（包括人口統計資料及您接受服務的日期）來聯絡您，以籌集 MemorialCare 設施的資金。我們亦可能基於相同目的，將相同資訊揭露給與 MemorialCare 相關聯的慈善基金會。所募得的資金將用於擴展及改善我們為社群提供的服務與計畫。若您不希望我們為了募款工作而聯絡您，請務必通知您接受治療的基金會主任或 MemorialCare 設施的經理。能以書面形式（包括電子郵件）、致電告知或親自通知。

### 特殊情況

**器官與組織捐贈。**我們可能會向負責器官取得或器官、眼角膜或組織移植的機構，或器官捐贈庫提供醫療資訊，以利進行器官或組織捐贈與移植。

**軍人與退伍軍人。**如果您是武裝部隊成員，我們可能會依軍事指揮權要求而提供您的醫療資訊。我們也可能向相關外國軍隊提供外國軍事人員的醫療資訊。

**勞工補償。**我們可能會公布您的醫療資訊，用於勞工補償或類似計畫。這些計畫提供與工作相關的傷害或疾病福利。

**健康監督活動。**我們可能會向健康監督機構揭露醫療資訊，用於法律授權之活動。這些監督活動包括稽核、調查、檢查及執照發放等。這些活動對政府監督醫療系統、政府計畫及遵守民權法至關重要。

**訴訟與爭議。**如果您捲入訴訟或爭議，我們可能會根據法院或行政命令，揭露您的醫療資訊。我們亦可能因涉及爭議的其他當事人提出之傳票、證據開示要求或其他合法程序，而揭露您的醫療資訊，但前提是已採取措施通知您該項要求（可能包括向您發出書面通知），或已取得保護所請求資訊的法院命令。

**公共衛生風險。**我們可能會為公共衛生活動之目的，揭露您的醫療資訊。這些活動通常包括以下內容：

- 回報對藥物的反應或產品問題；
- 通知民眾他們可能正在使用之產品的召回資訊；
- 通知可能曾接觸某種疾病，或可能有感染或傳播某種疾病或病症風險之人士；
- 若我們認為患者遭受虐待、疏忽或家暴，應通知相關政府機關。我們僅在您同意或法律授權時才會揭露此資訊；
- 預防或控制疾病、傷害或殘疾；
- 回報出生與死亡；
- 回報兒童、長者及受扶養成人的虐待或疏忽事件；
- 在遵守州和聯邦法律的必要範圍內，通知緊急應變人員可能接觸到 HIV/AIDS 之情形。

**執法部門。**若適用法律允許，我們可在執法人員要求時公開醫療資訊：

- 回應法院命令、傳票、搜查令、傳票或類似程序；
- 識別或尋找嫌疑人、逃犯、重要證人或失蹤人口；
- 在特定且有限的情況下，如我們無法取得當事人同意，得揭露與犯罪受害者相關的資訊；
- 關於我們認為可能是犯罪行為導致的死亡事件；
- 關於醫院內的犯罪行為；以及
- 在緊急情況下，回報犯罪、犯罪地點或受害者；或犯罪者的身分、描述或所在地。

**驗屍官、法醫和喪葬承辦者。**我們可能會向驗屍官或法醫提供醫療資訊。例如：這可能是為了辨識死者或確定死因。我們也可能在必要時向喪葬承辦者提供患者的醫療資訊，以履行其職責。

**總統保護服務、國家安全與情報活動。**我們可能會向授權的聯邦官員公開您的醫療資訊，以便他們保護總統、其他授權人員或外國國家元首，或進行特別調查，或用於法律授權的情報、反情報及其他國家安全活動。

**囚犯。**如果您是懲教設施的囚犯或正由執法機關人員羈押，若有必要，我們可能會向懲教設施或執法機關人員提供您的醫療資訊，前提是 (1) 該設施為您提供醫療照護；(2) 保護您本人或他人的健康與安全；或 (3) 為了懲教設施的安全與保障。

**跨領域人事團隊。**我們可能會向跨領域人事團隊揭露與預防、識別、管理或治療受虐兒童及其父母，或長者虐待與疏忽相關的健康資訊。

**關於其他限制的說明。**請注意，對於我們對您的醫療資訊之具體使用及揭露方式，某些聯邦或州法律可能有更嚴格的要求。若有更嚴格的要求，即使是基於上述目的，我們不會在未經您書面同意或依法律允許或要求的方式下，公開您的醫療資訊。例如，除非州法律允許，否則我們不會在未經書面同意前揭露您的 HIV 檢測結果。根據法律規定，對於涉及精神疾病、酒精或藥物濫用等特定病症的治療資訊，我們可能受到限制，必須取得您的書面許可方可使用和揭露。

## 您對自身醫療資訊的權利

您對我們所保存的關於您的醫療資訊享有以下權利：

**查閱及複製權。**您有權查閱及複製我們所持有、可能用於就您及您的照護事宜作出決定的相關資訊，包括您的醫療紀錄及帳單紀錄。在某些非常有限的情況下，我們可能會拒絕您的查閱及複製申請。若要查閱並複製可能用於就您作出決定的相關資訊，您必須以書面方式向您接受醫療服務的 **MemorialCare** 設施之病歷檔案部提交申請。如果您申請獲取該資訊的副本，我們可能會收取與您的申請相關的影印費、郵寄費或其他耗材費用。

**更正權。**如果您認為我們持有的關於您的資訊有誤或不完整，則可以要求我們更正相關資訊。只要該資訊由您接受治療的 **MemorialCare** 設施保存或代為保存，您即有權申請更正。修正申請必須以書面形式提出，並提交至您接受治療的 **MemorialCare** 設施之病歷檔案部。此外，您必須提供支持該申請的理由。若您的更正申請未以書面形式提出，或未附上支持該申請的理由，我們可能會拒絕您的申請。此外，若您要求我們更正以下資訊，我們可能會拒絕您的申請：

- 並非由我們建立的資訊，除非建立該資訊的人員或機構已無法進行更正；
- 不屬於您接受治療的 **MemorialCare** 設施所保存或代為保存的醫療資訊；
- 不屬於您可查閱和複製的資訊；或
- 準確且完整。

您也可以要求我們為您的記錄添加增補說明，每項您認為錯誤或不完整的項目最多可達 **250** 字。請將您的增補申請提交至您接受治療的 **MemorialCare** 設施之病歷檔案部。

**揭露記錄查詢權。**您有權申請「揭露記錄查詢」。以下是我們針對您的醫療資訊所進行的揭露清單，不包括為特定目的（例如上文所述的治療、付款及醫療保健營運等用途）所做的揭露，亦不包括您已明確授權的任何揭露。如需索取此清單或揭露記錄查詢，您必須以書面形式向您接受治療的 **MemorialCare** 設施之病歷檔案部提出申請。您的申請必須說明期限，期限不得超過六 (6) 年或三 (3) 年，視 **MemorialCare** 設施實施電子健康記錄 (EHR) 的日期而定。您在 12 個月內申請的第一份清單將免費提供。若您需取得其他清單，我們可能會向您收取提供清單所產生的費用。我們會通知您相關費用，您可以在費用產生前選擇撤回或修改申請。

此外，當您未受保護的健康資訊遭到外洩時，我們也會依法通知您。

**限制申請權。**您有權申請限制或約束我們為治療、付款或醫療保健營運目的而使用或揭露的關於您的醫療資訊。您也有權申請限制我們向參與您照護或支付您照護的人（如親友）揭露的關於您的醫療資訊。我們無須同意您的請求，但若您或代表您的人士（不包括健康計畫或保險公司）已全額自費支付該項物品或服務的費用，且您要求我們限制向健康計畫或保險公司揭露資訊（用於付款或醫療保健營運之目的），則不在此限。即使您申請此項特別限制，我們仍可出於治療目的，向健康計畫或保險公司揭露該資訊。若我們同意另一項特別限制，除非提供緊急治療所需資訊，否則我們會配合您的要求。

要申請限制，您必須以書面形式向您接受治療的 **MemorialCare** 設施之病歷檔案部提出申請。在您的申請中，您必須告知：(1) 您希望限制哪些資訊；(2) 您是否想限制我們的使用、揭露還是兩者皆限；以及 (3) 您希望限制適用於哪些對象。

**機密通訊申請權。**您有權要求我們以特定方式或在特定地點與您通訊。例如，您可以要求我們只在工作時或透過郵件聯絡您。若要申請機密通訊，您必須以書面方式向您尋求治療的 **MemorialCare** 設施之病歷檔案部提出申請。我們不會詢問您提出此申請的原因。我們會配合所有合理的申請。您的申請必須說明您希望透過何種方式或於何處與您聯繫。

**授權或拒絕授權他人使用及揭露醫療資訊之權利。**其他未受本聲明或適用法律涵蓋的醫療資訊使用及揭露，僅需經您書面授權。如果您授權我們使用或揭露您的醫療資訊，您可以隨時以書面形式撤銷該授權。如果您撤銷授權，我們將不再基於您書面授權所涵蓋之理由，使用或揭露您的醫療資訊。您理解，我們無法撤回經您授權後已揭露的任何資訊，且我們有義務保留為您提供照護的相關紀錄。

**索取本聲明紙本副本的權利。**您有權取得本聲明的紙本副本。即使您同意以電子方式接收本聲明，您仍有權取得本通知的紙本副本。您可以在我們的網站（[www.memorialcare.org](http://www.memorialcare.org)）取得本聲明副本。本聲明紙本亦可於所有 MemorialCare 設施的住院登記處或掛號櫃檯取得。

## **本聲明變更**

我們保留變更本聲明的權利。我們保留修訂或變更本聲明的權利，修訂或變後的聲明對我們已掌握的以及未來收到的您的醫療資訊均有效。我們將在每個 MemorialCare 設施及我們的網站（[www.memorialcare.org](http://www.memorialcare.org)）發布最新聲明副本。該聲明的第一頁左下角將載明生效日期。

## **申訴**

如果您認為隱私權遭到侵犯，可以向我們及美國衛生與公共服務部部長提出申訴。如需向我們提出申訴的資訊，請聯絡 MemorialCare 合規長/隱私長，電話 (714) 377-3218，瞭解如何提出申訴。所有申訴必須以書面形式提交。我們不會對您採取行動，您提出申訴也不會受到懲罰。

## **本聲明涵蓋的 MemorialCare 設施**

本聲明涵蓋的 MemorialCare (MC) 設施名單可於 [www.memorialcare.org](http://www.memorialcare.org) 查詢，或透過以下地址或電話聯絡 MC 合規長取得。

### **MC 合規長/隱私長聯絡資訊：**

合規長/隱私長

MemorialCare

17360 Brookhurst Avenue

Fountain Valley, CA 92708

(714) 377-3218 電話

(714) 377-3225 傳真