

## 患者註冊

MRN \_\_\_\_\_

| 患者資訊                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 名字                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             | 姓氏                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 中間名首字母                                                         | 偏好稱呼                                                                                                                                                                                                       |
| 地址                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             | 城市                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 州                                                              | 郵遞區號                                                                                                                                                                                                       |
| 出生日期                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             | 社會安全號碼                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 基層照護醫師                                                         |                                                                                                                                                                                                            |
| 宗教                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             | 偏好語言                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 需要口譯員<br>是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                            |
| 請勾選常用電話                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 手機 <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 家用電話 <input type="checkbox"/>                                  |                                                                                                                                                                                                            |
| 工作電話 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                            |
| 法定性別<br><input type="checkbox"/> 女性<br><input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 非二元性別<br><input type="checkbox"/> 未知<br><input type="checkbox"/> X                                                                                                                                                                                                                                       |                             | 性別認同<br><input type="checkbox"/> 不願透漏<br><input type="checkbox"/> 女性<br><input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 非二元性別<br><input type="checkbox"/> 其他<br><input type="checkbox"/> 跨性別女性<br><input type="checkbox"/> 跨性別男性                                                                                    |                                                                | 出生時指定性別<br><input type="checkbox"/> 不願透漏<br><input type="checkbox"/> 女性<br><input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 出生證明上未記錄<br><input type="checkbox"/> 不確定<br><input type="checkbox"/> 未知 |
| 性取向<br><input type="checkbox"/> 雙性戀<br><input type="checkbox"/> 不願透漏<br><input type="checkbox"/> 不知道<br><input type="checkbox"/> 男同性戀<br><input type="checkbox"/> 女同性戀<br><input type="checkbox"/> 酷兒或泛性戀<br><input type="checkbox"/> 其他<br><input type="checkbox"/> 異性戀                                                                                                                                |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                            |
| 族群<br><input type="checkbox"/> 柬埔寨裔<br><input type="checkbox"/> 華裔<br><input type="checkbox"/> 古巴裔<br><input type="checkbox"/> 菲律賓裔<br><input type="checkbox"/> 韓裔<br><input type="checkbox"/> 墨西哥裔、墨西哥裔美國人、奇卡諾人<br><input type="checkbox"/> 非西班牙裔<br><input type="checkbox"/> 其他西班牙裔、拉丁裔或西班牙裔人<br><input type="checkbox"/> 患者拒絕/無法提供<br><input type="checkbox"/> 波多黎各裔<br><input type="checkbox"/> 越南裔 |                             | 種族<br><input type="checkbox"/> 美洲原住民或阿拉斯加土著<br><input type="checkbox"/> 亞裔<br><input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人<br><input type="checkbox"/> 不只單一種族<br><input type="checkbox"/> 夏威夷原住民<br><input type="checkbox"/> 其他<br><input type="checkbox"/> 太平洋島民<br><input type="checkbox"/> 患者拒絕/無法提供<br><input type="checkbox"/> 白人 |                                                                | 婚姻狀況<br><input type="checkbox"/> 已婚<br><input type="checkbox"/> 單身<br><input type="checkbox"/> 離婚<br><input type="checkbox"/> 分居<br><input type="checkbox"/> 鰥寡<br><input type="checkbox"/> 同居伴侶           |
| 人稱代名詞<br><input type="checkbox"/> 他<br><input type="checkbox"/> 她<br><input type="checkbox"/> 其他<br><input type="checkbox"/> 他們<br><input type="checkbox"/> 未知                                                                                                                                                                                                                                          |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                            |

MRN \_\_\_\_\_

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：

|                                           |       |
|-------------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 電話               | 電話號碼： |
| <input type="checkbox"/> 手機/簡訊            | 電話號碼： |
| <input type="checkbox"/> 語音信箱留言           | 電話號碼： |
| <input type="checkbox"/> 電子郵件：            |       |
| <input type="checkbox"/> 透過電子郵件（MyChart）： |       |
| <input type="checkbox"/> 郵寄郵件，地址：         |       |

[illegible]

| 姓名與關係 | 電話號碼 | 選項                                                                                                 | 緊急聯絡人                                                    | 僅限兒科患者                                                          |
|-------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
|       |      | <input type="checkbox"/> 帳單資訊<br><input type="checkbox"/> 預約資訊<br><input type="checkbox"/> 醫療/健康資訊 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 家長/監護人<br><input type="checkbox"/> 同住戶 |
|       |      | <input type="checkbox"/> 帳單資訊<br><input type="checkbox"/> 預約資訊<br><input type="checkbox"/> 醫療/健康資訊 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 家長/監護人<br><input type="checkbox"/> 同住戶 |
|       |      | <input type="checkbox"/> 帳單資訊<br><input type="checkbox"/> 預約資訊<br><input type="checkbox"/> 醫療/健康資訊 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 家長/監護人<br><input type="checkbox"/> 同住戶 |
|       |      | <input type="checkbox"/> 帳單資訊<br><input type="checkbox"/> 預約資訊<br><input type="checkbox"/> 醫療/健康資訊 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 家長/監護人<br><input type="checkbox"/> 同住戶 |

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/責任方姓名 (請用正楷填寫)

與患者的關係：

## 保險給付轉讓/資格認證

|               |                             |                               |          |                               |
|---------------|-----------------------------|-------------------------------|----------|-------------------------------|
| 主要保險計畫        |                             |                               |          |                               |
| 患者姓名          |                             | 出生日期                          |          |                               |
| 保險計畫          |                             | 團體編號                          | 會員編號     |                               |
| 醫療理賠地址        |                             | 電話號碼                          |          |                               |
| 投保人姓名         |                             | 與患者的關係：                       |          |                               |
| 投保人社會安全號碼     |                             | 投保人出生日期                       |          |                               |
| 投保人電話號碼       |                             | 雇主電話號碼                        |          |                               |
| 投保人雇主         |                             | 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                          | 會員編號     |                               |
| 醫療理賠地址        |                             | 電話號碼                          |          |                               |
| 投保人姓名         |                             | 與患者的關係                        |          |                               |
| 投保人社會安全號碼     |                             | 投保人出生日期                       |          |                               |
| 投保人電話號碼       |                             | 雇主電話號碼                        |          |                               |
| 投保人雇主         |                             | 雇主地址                          |          |                               |
| 財務責任人（僅限兒科病患） |                             |                               |          |                               |
| 名字            |                             | 姓氏                            | 中間名首字母   | 出生日期                          |
| 地址            |                             | 城市                            | 州        | 郵遞區號                          |
| 請勾選常用電話       | 手機 <input type="checkbox"/> | 家用電話 <input type="checkbox"/> |          | 工作電話 <input type="checkbox"/> |
| 與患者的關係        |                             |                               |          |                               |

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。

- 所有患者都必須出示付款證明及附照片的身分證件。提供您的保險卡副本並不代表您的保障已生效、給付可用，或所提供的服務會由您的保險公司承保。您有責任提供所有保險（包括主要、次要及第三順位保險計畫）之完整且正確的資訊。
- 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。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。
- 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的保險。參與保險計劃並不保證所有服務均獲承保或支付。
- 我們將在治療前嘗試確認您的保險保障範圍。然而，保險保障範圍確認並非付款保證。您的保險公司就資格、給付、授權要求、醫療必要性及服務付款具有最終決定權。
- 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。理賠處理時間因保險公司及理賠情況而異。
- 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。我們會向您提供一份帳單，您可以將其提交給保險公司，以依據您的計畫給付申請可能的理賠。
- 在服務提供前所提供的任何估算，均基於當時可取得的資訊，並不作為最終應付金額的保證。
- 除非法律或合約義務另有禁止，否則您需負責保險給付除外、保險計畫不給付或保險公司拒絕給付之服務費用。
- 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。若您使用網路外給付，由於部分負擔較高、共同保險費率較高、自付額較高、給付項目有限，或保險公司之理賠金額較低，您的財務責任可能遠高於使用網路內給付。
- 我們不接受「共享計畫」，因為它們不是保險。病患共享計畫視同自費。費用應於服務提供時支付，並可能適用即時付款折扣。

## 財務責任協議 (續)

MRN \_\_\_\_\_

- 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。若您的健康保險公司認定受傷或疾病與工作相關，可能會拒絕理賠。若工傷補償或其他責任方拒絕承擔責任或付款，您可能須負擔保險公司未給付之服務費用。

### 給付轉讓：

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、Medicare 與 Medicaid 服務中心、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。

我已閱讀財務政策，並在下方簽名以確認我清楚理解自己的財務責任。本人瞭解，本人須負擔適用之部分負擔、共同保險、自付額、非給付服務，以及保險公司依本人給付計畫判定為本人應負擔之任何金額。

\_\_\_\_\_  
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：

## 治療同意書

MRN \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
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

MRN \_\_\_\_\_

這裡提供一個連結至聯邦 Medicare 與 Medicaid 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□□□□□□□□□□。Open Payments 資料庫是一個聯邦工具，可用於□□□□□□□□□□醫師及教學醫院支付的款項。詳見 [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 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) Open Payments Search 工具的通知。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。

病患姓名：\_\_\_\_\_

簽名：\_\_\_\_\_

與患者的關係：\_\_\_\_\_

收到日期：\_\_\_\_\_ 收到時間：\_\_\_\_\_

## 收件確認

MRN \_\_\_\_\_

### 隱私權實務聯合聲明

您於本表格上之姓名與簽名，表示您已於下方所示日期及時間，收到 MemorialCare 之《隱私權實務聯合聲明》副本。

若您對 MemorialCare 《隱私權實務聯合聲明》中所含資訊有任何疑問，請致電 (714) 377-3218 聯絡 MemorialCare 的首席合規官。

病患姓名：\_\_\_\_\_

簽名：\_\_\_\_\_

與患者的關係：\_\_\_\_\_

收到日期：\_\_\_\_\_ 收到時間：\_\_\_\_\_

#### 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
- ☐ \_\_\_\_\_

註冊代表簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

## 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 設施」）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□□□□□□□□□□□□□□□□□□ 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□□ X 光等各種事項。我們也可能在您離開

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。

[illegible]

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。若您不希望將您的疫苗接種或結核病 (TB) 紀錄與其他登記系統使用者共享，請將「拒絕或開始共享／疫苗接種資訊請求表」傳真至 CAIR 客服專線 1-888-436-8320，或電郵至 [CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov](mailto:CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov)。該表格可於 CAIR 網站取得：<https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DCDC/CAIR/Pages/CAIR-records-forms.aspx>。

**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□□□□□□□□□□□□□□□□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。

第 11 頁/共 14 頁





## 本聲明變更

申訴

## 本聲明涵蓋的 MemorialCare 設施

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