

患者的權利及醫生所有權

通知

作為 ENDOSCOPY CENTER OF THE SOUTH BAY 的患者，您有權在手術日期之前獲得以下資訊。

患者權利書：

每位患者均有權作為個體而享有對其權利的尊重。中心及醫療人員已採納以下患者權利清單：

患者的權利：

- 在接受治療時不會因為種族、膚色、宗教、性別、民族起源、殘疾或資金來源受到歧視。
- 在接受護理、治療、手術、外科手術及/或服務時受到尊敬、體諒及尊嚴的對待。
- 在提供患者護理服務期間，自身及隨身財物享有隱私及安全。
- 以其能夠理解的術語獲得其醫生提供的有關其疾病、治療過程以及康復前景的資訊。
- 根據自身需要獲得有關任何擬議治療或手術的盡可能多的資訊，以便在任何手術或治療之前做出知情同意。
- 在因醫學原因無法向患者提供上述資訊時，將上述資訊提供給患者指定的人士或是經過法律授權的人士。
- 就醫生推薦的醫療護理做出決定。相應地，患者可以接受或是拒絕任何推薦的醫學治療。如果拒絕治療，患者有權瞭解這一做法可能對其健康產生的影響，同時應將原因報告給醫生並在病歷中加以記錄。
- 不受精神及身體虐待、不被利用並且不受約束。不得使用藥物及其他藥物方法對患者進行處罰或是為中心工作人員提供方便。
- 充分考慮涉及其醫療護理計劃的隱私。病例討論、諮詢、檢查及治療應該保密並應分別進行。

- 秘密處理涉及其護理及住院的所有通訊及記錄。在向與其護理沒有直接關係的任何人士提供其病歷之前，必須獲得其書面同意。中心已建立管理查閱及複製患者記錄的各種政策。
- 有權離開醫療中心，即使這一行為違反醫囑。
- 合理的連續護理，並且事先知道約診的時間、地點以及提供護理的醫生。
- 由其醫生或醫生代表告知對其出院後之後續健康護理的要求。
- 瞭解為其提供服務之人士的身份及專業水準，瞭解主要負責協調其護理的醫生的姓名。
- 瞭解其作為患者期間適用於其行為的醫療中心規則及政策。
- 擁有法定責任可以代表患者做出有關醫療護理決定的人士，可以享受患者的所有權利。所有工作人員應該遵守這些患者權利。
- 瞭解任何研究或試驗治療或藥物，並且可以在不影響患者正常護理的情況下拒絕參加試驗。應該獲得患者對於參加研究的書面同意並將其保留在患者記錄中。
- 不論資金來源如何，均可審查並獲得有關費用的說明。
- 對疼痛進行適當的評估及控制。

如您需要翻譯

如您需要翻譯，請告訴我們，我們將為您提供一位翻譯。如果有人能夠為您翻譯秘密、醫療及財務資訊，請安排其在您的手術日一同前往。

財產及人身方面的權利及尊重

患者有權：

- 在不受歧視或報復的情況下行使其權利。
- 就已經或未能提供的治療或護理提出投訴。
- 事前充分瞭解治療或手術及其預期結果。
- 對個人醫療資訊保密。

隱私及安全

患者有權：

- 享有個人隱私
- 在安全的環境中接受護理
- 不受任何形式的虐待或騷擾

預先指示

您有權瞭解中心有關預先指示的政策。

本中心內部不會執行預先指示。如果出現危及生命的情況，本中心將進行醫療急救手術。患者病情穩定之後將被轉往醫院，由醫生及家人決定繼續或是終止急救措施。

如果患者或患者代表希望執行預先指示，患者將被安排在能夠執行其願望的其他中心接受護理。

如您提出要求，我們將為您提供本州的正式「預先指示表格」

投訴的提交及調查

您有權提交口頭或書面投訴，要求進行相關調查並獲得中心決定的書面通知。

您可以聯絡以下人士及/或機構：

Elaine Campos – RN/ Center Director
23560 Madison Street, Suite 114,
Torrance, Ca – 90505
Telephone: 310-325-6331

您可以聯絡州的代表提出投訴：www.cdc.gov/mmwr/about.html

MEDICAL BOARD OF CALIFORNIA
Central Complaint Unit
2005 Evergreen Street, Suite 1200
Sacramento, CA – 95815
1-800-633-2322

州網站：www.mbc.ca.gov

提供監管機構地址及電話號碼的網站：

Medicare 監察員網站：www.medicare.gov/Ombudsman/resources.asp

Medicare : www.medicare.gov 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
檢察長辦公室 : <http://oig.hhs.gov>

患者的權利及醫生所有權通知

第 4 頁

醫生的經濟利益及所有權

中心部份屬醫生所有。推薦您前往該中心的醫生以及將會為您手術的醫生可能擁有經濟及所有權利益。患者有權在其選擇的其他健康護理機構接受治療。我們依據聯邦規章進行這一披露。

在下方簽字表明，您或您的法律代表承認您已在手術日期之前收到、閱讀並瞭解此資訊（口頭及書面）並且決定在此中心進行手術。

患者或患者法律代表簽字 _____(SIGNATURE)

日期 _____(DATE)

請在手術當日帶來此表格

Label for Medical Records