

**개인정보 보호관행에 대한 치료, 지불 및 고지 동의**  
(병원 외 이동 서비스 사용)

**치료를 위해:**

나 자신 (또는 아래에 명시된 환자) 은 이에 동의하고 Advocate Aurora Health의 의사 또는 기타 적절한 제공자가 나에게 조언하고 의학적으로 필요하다고 간주하는 검사, 치료 및 진단 절차의 수행을 포함할 수 있는 의학적 치료에 승인합니다. 본인은 교육 중인 의료 서비스 제공자가 적정 직원의 감독 하에 본인의 치료에 참여할 수 있음을 이해합니다.

**정보 공개:**

본인은 Advocate Aurora Health가 보험금 청구 처리에 필요하다고 판단되는 의료 정보 (약물 남용, 알코올 남용 또는 정신 질환의 치료와 관련된 정보 포함) 를 공개할 권한을 부여합니다.

**지불 승인:**

나는 또한 Advocate Aurora Health에게 나 또는 내 부양가족에게 제공되는 서비스에 대한 직접 모든 건강 보험 급부금의 지급을 승인합니다. 이 승인은 서비스가 제공된 시점에 유효했던 모든 보험 급부에 적용됩니다.

**지불:**

본인은 이에 따라 합리적인 변호사 비용을 포함할 수 있는 Advocate Aurora Health 지불 및 신용 옹호 정책에 따라 본인 계좌의 모든 잔액을 지불하는 데 동의합니다. 만기 잔액에는 본인 보험사에서 정한 지급액, 공제액, "보통적이고 관례적인" 수당 등의 조항이 포함되어 있습니다. Advocate Aurora Health는 수수료 및 정책을 예고 없이 변경할 권리를 보유합니다.

**독립 의료 제공자 서비스:**

본인은 Advocate Aurora Health로 명확히 밝혀진 의사/의료 제공자만이 Advocate Aurora Health의 대리인이라는 것을 인정하고 완전히 이해합니다. 비고용 의사/제공자는 의료 서비스 및 치료를 제공하기 위해 Advocate Aurora 시설을 사용할 수 있는 독립적인 서비스 제공자입니다. 이러한 독립적인 의사/의료 제공자는 본인을 치료하거나 전문적인 서비스를 제공하는 데 있어 그들 자신의 의학적 판단을 합니다. 본인은 본인 주치의의 고용 상태에 대해 궁금한 점이 있으면 물어보아야 한다는 것을 알고 있습니다. 진료를 받기로 한 본인의 결정은 본인에게 의료 서비스와 치료를 제공하는 의사/의료 제공자가 병원 또는 Advocate Aurora Health의 직원 또는 대리인이라는 이해, 진술, 광고, 미디어 캠페인, 추론, 추정 또는 의존을 기반으로 하지 않습니다.

**개인정보 보호관행 및 권리와 책임에 대한 공지:**

Advocate Aurora Health가 개인 정보 보호 방침 안내에 대한 사본을 제공했다는 것을 인정합니다. 본인은 본 공지사항에 환자 건강 정보의 사용 및/또는 공개와 관련된 Aurora Aurora's 의 개인 정보 보호 관행이 설명되어 있음을 이해합니다. 본인은 본인의 권리와 의무에 대해 구두와 서면으로 통지를 받은 것을 인정합니다.

*아래에 서명함으로써, 본인은 독립 의사 서비스와 관련된 특정 언어를 포함하여 본 동의서의 조항을 읽었으며 그에 구속되는 것에 동의한다는 것을 인정합니다. 본인은 질문을 할 기회를 가졌고, 모든 질문에 만족스러운 답변을 받았습니다.*

일자 (Date)	시간 (Time)	환자 서명 (Patient Signature)	
일자 (Date)	시간 (Time)	법적 대리인 (Legal Representative)	환자와의 관계 (Relationship to Patient)

Interpreter Assistance: If an interpreter assisted, please complete the following: Language: \_\_\_\_\_

Date Time Interpreter Name ID#

