



**환자의 권리와 의무:**

다음 목록과 같은 권리와 의무가 모든 내용을 포괄하는 것으로 간주되지는 않지만, 이는 귀하에 대한 저희들의 관심을 표명하는 것이며 이러한 권리와 책임 준수의 필요성을 강조하기 위한 것입니다.

**환자로서, 귀하의 권리는...**

- 안전한 환경에서 사려 깊고 존중받는 돌봄을 받으며, 모든 형태의 학대, 추행, 또는 차별을 받지 않습니다.
- 귀하의 진료 계획의 수립과 실행 과정에 참여하며, 귀하의 보건의로 관련 결정에 활동적으로 참여합니다. 여기에는 법이 허용하는 범위 내에서 이뤄지는 치료의 요청/거부 권리도 포함됩니다.
- 귀하가 요청할 경우, 귀하가 시설에 입원하면 그 직후에 가족 구성원, 선택한 대리인 그리고/또는 담당 의사에게 알려드립니다.
- 귀하가 합법적으로 권한부여한 대리인이 자진하여 충분한 능력으로 이해하여 동의하지 않는 한 어떤 절차도 진행되지 않습니다.
- 귀하의 질병, 가능한 치료, 그리고 일어날 수 있는 결과(예기치 못한 결과 포함)에 대한 정보를 충분히 제공받고, 의사와 이러한 정보에 관해 논의합니다. 귀하는 이러한 정보를 자신을 대리하여 받을 수 있도록 누군가를 지명할 권리가 있습니다.
- 귀하는 지명된 대리인에게 자신의 일상 진료와 관련된 모든 최신 정보를 청취하도록 할 수 있습니다. 귀하는 응급 상황이지만 의사결정 능력이 없고 긴급하게 치료를 해야 할 경우, 귀하를 대리하는 다른 사람이 이 정보를 받을 수 있습니다. 더 높은 단계의 진료로 전환시켜야 하거나 예기치 않은 응급 진료가 필요할 경우처럼 귀하의 상태가 중요하게 변경될 경우, 저희들은 임상 진료 허용 범위 내에서 최대한 빨리 귀하의 지명 대리인과 대화할 것입니다.
- 사전의사결정서(의료진료 위임, 장기 기증 또는 생전 유언 같은 것)를 작성할 수 있으며, Inova는 법과 시설 정책 허용 범위 내에서 이러한 의사결정 취지를 정성껏 수행할 것입니다.
- 귀하가 정보 공개를 허용한 것이거나 법정 신고 의무 사항이 아닌 이상 귀하의 치료 기록은 대외비로 처리됩니다.
- 담당 의사의 권유에 반하더라도 귀하는 시설에서 나갈 수 있습니다.
- 귀하에 대한 진료, 치료, 또는 서비스에 우선적인 책임이 있는 담당 의사, 임상 전문가, 또는 기타 전문가의 이름을 알 수 있습니다.
- 시설에서 받는 진료가 더 이상 적절하지 않을 경우, 대안을 청취할 수 있습니다.
- 담당 의사에게서 귀하가 시설에 방문하거나 퇴원한 이후의 후속 보건의로 조치에 관한 정보를 받습니다.
- 통역 서비스에 대한 무료 접근.
- 귀하 의료 정보의 개인정보 보호. 귀하에 관한 공개 행위 시, 귀하의 의료정보 사용과 공개에 관한 귀하의 권리와 저희들의 의무는 저희 개인정보관행 통지 내용을 준수합니다.
- 귀하는 또한 자신의 선택에 의하여, Virginia Department of Health, Office of Licensure and Certification, 9960 Mayland Drive, Suite 401, Richmond, VA 23233에 연락하거나 800-955-1819에 전화할 수도 있습니다. 아울러, 귀하는 Office of Quality Monitoring, The Joint Commission, One Renaissance Blvd., Oakbrook Terrace, IL 60181에 연락하거나, [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org)에 접속하여 이 웹사이트 홈페이지에서 "Action Center(액션 센터)"를 이용하여 접촉할 수 있습니다.

Inova가 이러한 서비스를 제공하지 않았다고 생각하거나 다른 방식으로 인종, 피부색, 출신국, 나이, 장애 또는 성별을 기준으로 차별한다고 생각하신다면 703-205-2175에 전화하여 불만을 제기할 수 있습니다. 직접 방문하거나, 우편발송, 팩스 또는 이메일을 보내서 불만을 제기할 수 있습니다. 불만 제기에 관한 도움이 필요하다면 환자 관리부 직원 또는 매니저가 도와드릴 수 있습니다.

**환자로서 귀하의 책임은:**

- 귀하의 과거 질병, 시설 입원, 약 복용과 기타 귀하의 건강과 관련된 내용을 포함하여 귀하의 건강에 관한 완전하고 정확한 정보를 제공합니다.
- 귀하의 진료에 관해서, 또는 자신의 예상되는 행위에 관해서 들었지만 이해하지 못 할 경우 질문합니다.

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: \_\_\_\_\_  
 Date of Birth: \_\_\_\_\_ Medical Record # \_\_\_\_\_  
 Gender:  Male  Female

**Inova**

**환자의 권리와 의무**

**Patient Rights and Responsibilities**

IAH  IFH  IFOH  ILH  IMVH  
 IMG: \_\_\_\_\_  Other: \_\_\_\_\_

**KOREAN**



**환자로서 귀하의 책임은:** (계속됨)

- 귀하를 위해 마련한 진료, 서비스 또는 치료 계획을 따릅니다.
- 환자는 Inova 부지에서 이뤄지는 모든 사람이나 행위에 관하여, Inova의 허락이 없는 한 사진촬영, 비디오 촬영, 기록, 영상기록을 할 수 없습니다. 이 내용은 귀하의 방문자에게도 역시 적용됩니다.
- 시설에 있는 동안 복용하는 모든 약은 의사의 처방을 받아야 하며, 공급은 시설 약국에서 이뤄지며, 간호사 또는 치료사가 접중한다는 사실을 인지합니다.
  - 시설의 규약에서 허용되지 않는 이상 환자는 약을 자의적으로 복용할 수 없습니다.
  - 환자는 자신의 침상 옆에 약을 보관할 수 없습니다.
- 귀하가 치료 계획을 따를 수 없으며 권장된 치료 계획을 따르지 않는 결정에 따라 일어나는 결과를 이해한다고 믿는다면, 이를 담당 의사에게 알려줍니다.
- 자신의 정확한 연락처와 비용청구 정보를 시설에 제공합니다.
- 자기부담금, 공동부담금, 네트워크 포괄범위를 포함한 귀하의 건강보험 포괄범위에 관한 구체적인 정보를 제공합니다.
- 직원을 존중하여 대우합니다. 이 내용은 귀하의 방문자에게도 역시 적용됩니다.
- 다른 환자들, 직원, 시설 재산을 존중하여 대하고 병원의 규칙과 규제를 준수합니다. 이 내용은 귀하의 방문자에게도 역시 적용됩니다.
- 시설은 어떠한 개인 소유물도 책임질 수 없다는 사실을 인지합니다.

**전염성 질병 검사에 관한 간주된 동의:**

버지니아 법률 섹션 32.1-45.1에 의거, 보건의료 제공자 또는 환자가 인간 면역결핍증 바이러스 (HIV) 또는 B형, C형 간염을 옮길 수 있는 타인의 체액에 직접 노출될 경우, 이 경우의 타인은 이 바이러스에 대한 검사를 받는 것과, 노출된 사람에게 이 검사의 결과를 공개하는 것에 동의하는 것으로 간주되며, 이 경우에 동의서를 실제로 받을 의무는 없습니다.

**치료에 대한 동의:**

- 저는 이로써 해당 의사와 임상 담당자, 전문 담당 직원이 본인 또는 본인의 미성년자 자녀, 또는 아래 이름이 적힌 환자에게 보건의료 행위를 할 수 있는 권한을 부여합니다.
- 저를 치료하는 전문가에게 랩 시험 또는 방사선 검사와 같이 저의 진료와 안전에 필수적인 것으로 보이는 여하한 보조적 서비스를 명령할 권리를 부여합니다. 랩 시험에는 HIV를 위한 시험이 포함되며, 또한 제가 HIV 시험을 거부할 수 있음을 이해합니다.
- 저는 Inova가 전자 방식 의료기록 시스템을 사용한다는 것을 이해합니다.
- 저의 담당 Inova 의사가 여하한 약국 또는 약물 감시 당국으로부터 저의 처방전 이력을 제공받을 수 있는 권리를 부여합니다.
- 아래에 서명함으로써 저는 위에 기술된 환자의 권리와 책임을 접수했음을 확인하며 치료에 동의합니다.

\_\_\_\_\_  
**환자/부모/기타.** (서명)  
(Patient/Guardian/etc. (signature))

\_\_\_\_\_  
**환자/부모/기타.** (인쇄체로 된 이름)  
(Patient/Guardian/etc. (print name))

\_\_\_\_\_  
날짜  
(Date)

\_\_\_\_\_  
시간  
(Time)

\_\_\_\_\_  
**환자와의 관계** (없을 경우는 환자가 서명)  
(Relationship to Patient (if not signed by patient))

\_\_\_\_\_  
**증인** (서명)  
(Witness (signature))

\_\_\_\_\_  
**증인** (인쇄체로 된 이름)  
(Witness (print name))

\_\_\_\_\_  
날짜  
(Date)

\_\_\_\_\_  
시간  
(Time)

**통역 안내** (해당할 경우 Inova 담당자가 작성):  통역사는 필요하지 않음

**Interpreter Information** (To be completed by Inova staff, if applicable):  No Interpreter Required

In person  Telephonic  Video Interpreter name/ID number (if applicable) \_\_\_\_\_

Patient/Designated Decision Maker was offered and refused interpreter  Waiver signed

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Medical Record # \_\_\_\_\_

Gender:  Male  Female

**Inova**

**환자의 권리와 의무**

**Patient Rights and Responsibilities**

**KOREAN**

