



患者的权利和责任:

以下权利和责任列表并不能包含所有内容, 而是为了表示我们对您的关注, 并强调必须遵守这些权利和责任。

作为患者, 您有权...

- 在安全的环境中提供周到和尊重的护理, 不受任何形式的虐待, 骚扰或歧视。
- 参与护理计划的制定和实施, 并积极参与有关医疗护理的决策。在法律允许的范围内, 这包括请求和/或拒绝治疗的权利。
- 根据您的要求, 请您的家庭成员, 选定的代表和/或您自己的医生迅速通知您入院。
- 除非您或您的合法授权代表给予自愿, 有能力和理解的同意书, 否则不能进行任何手术。
- 充分了解您的疾病, 可能的治疗方法以及可能的护理结局 (包括意料之外的结局), 并与医生讨论此信息。您有权指定某人代表您接收此信息。
- 有指定的代表在场, 以提供有关您常规护理的任何更新讯息。在紧急情况下, 当您缺乏决策能力并且迫切需要治疗时, 该信息将提供给代表您其他人。我们会在您的状态发生任何重大变化时通知您的指定代表, 例如, 在临床护理允许的情况下, 尽快转移到更高级别的护理或需要计划外的紧急手术。
- 制定预先指示 (例如卫生保健代理, 器官捐赠或生前遗嘱), 并期望Inova会在法律和设施政策允许的范围内兑现指示的意图。
- 治疗记录的机密性, 除非您已获准发布信息或法律允许或要求报告。
- 即使违背医生的建议下也要离开机构。
- 了解负责协调您的护理, 治疗或服务的主要医师, 临床心理学家或其他从业人员的姓名。
- 当不再需要机构护理时, 应告知其他选择。
- 在您访问该机构或从该机构出院后, 您的医师将告知持续的医疗保健要求。
- 免费提供口译服务。
- 您的医疗信息的隐私。有关您, 您的权利以及我们对使用和披露您的医疗信息的义务的披露是根据我们的《隐私惯例通知》进行的。
- 如果您选择, 还可以与Virginia Department of Health, Office of Licensure and Certification, 9960 Mayland Drive, Suite 401, Richmond, VA 23233, 或致电800-955-1819。此外, 您可以联系Office of Quality Monitoring, The Joint Commission, One Renaissance Blvd., Oakbrook Terrace, IL 60181, 或访问www.jointcommission.org使用网站主页上的“行动中心”。

如果您认为Inova未能提供这些服务或由于种族, 肤色, 国籍, 年龄, 残疾或性别而以其他方式加以歧视, 请致电703-205-2175提出申诉。您可以亲自提出申诉, 也可以通过邮件, 传真或电子邮件提出申诉。如果您需要提出申诉的帮助, 则患者关系部门的工作人员或经理可以为您提供帮助。

作为患者, 您有责任:

- 提供有关您健康的完整和准确的信息, 包括过去的疾病, 住宿, 药物的使用以及与您的健康有关的其他事项。
- 当您不了解所告知的有关您的护理或预期要做的事情时询问问题。
- 遵守为您制定的护理, 服务或治疗计划。

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Medical Record # _____

Gender: Male Female

Inova

患者权利和责任

Patient Rights and Responsibilities

IAH IFH IFOH ILH IMVH

IMG: _____ Other: _____

SIMPLIFIED MANDARIN



作为患者，您有责任：（继续）

- 请注意，未经Inova事先许可，患者不得在Inova机构内拍摄，录像，录制或拍摄任何人或做法。这也适用于您的访客。
- 认识到您在医疗机构内服用的所有药物均由医生开具处方，由医疗机构药房分配，并由护士或治疗师管理。
 - 除非机构规程允许，否则患者不得自行服用药物。
 - 患者不能在他们的床边保存药。
- 告诉医生您是否认为无法遵循您的治疗计划，并在决定不遵循建议的治疗计划时了解可能的结果。
- 向机构提供准确的联系方式和账单信息。
- 了解您的健康保险范围，包括免赔额共付额和网络覆盖。
- 尊重员工。这也适用于您的访客。
- 尊重其他患者和机构财产，并遵守机构规则和规定。这也适用于您的访客。
- 认识到该机构不承担任何个人财产责任。

视为同意接受传染病检测的通知：

弗吉尼亚州法典第32.1-45.1节规定，如果提供医疗保健的人或患者直接暴露于另一人的体液中，并可能传播人类免疫缺陷病毒（HIV）或B型或C型肝炎病毒，则该另一人被视为已同意测试这些病毒并将测试结果发布给暴露的人，因此无需实际同意。

同意治疗：

- 我特此授权由医生，临床人员和技术人员安排医疗工作，以照顾我的未成年子女或下列患者。
- 我授权我的治疗提供者订购任何辅助服务，例如实验室或放射学检查，或为我的护理和安全所必需的任何其他服务或治疗。实验室检测可能包括对HIV的检测，并且我了解我有权拒绝对HIV的检测。
- 我了解Inova使用电子病历系统。
- 我授权从任何药房或药物监测机构向我的Inova医师发布我的处方历史。
- 通过在下方签名，我承认并接受上述患者的权利和责任并同意接受治疗。

患者/监护人/等。（签署）
(Patient/Guardian/etc. (signature))

患者/监护人/等。（打印名）
(Patient/Guardian/etc. (print name))

日期
(Date)

时间
(Time)

与患者的关系（如果未由患者签名）
(Relationship to Patient (if not signed by patient))

见证人（签署）
(Witness (signature))

见证人（打印名）
(Witness (print name))

日期
(Date)

时间
(Time)

译员信息（由 Inova 员工完成，如果适用）： 无需翻译

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

患者权利和责任

Patient Rights and Responsibilities

SIMPLIFIED MANDARIN

