



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.
- 귀하에게 진단받은 장애가 있거나 이 장애로 인하여 지원이나 도움이 계속 필요하다면 지정된 도움을 받습니다.
- 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.org에 접속하여 이 웹사이트 홈페이지에서 "Action Center(액션 센터)"를 이용하여 접촉할 수 있습니다.

귀하가 보기에 인종, 피부색, 출신국, 연령, 종교, 문화, 성별, 성 정체성 또는 이것의 표현, 성취향, 결혼상태, 장애, 군 경험, 임신 또는 출산, 또는 관련된 의학적 상태를 근거로 Inova가 이러한 서비스들을 제공하지 않거나 제공에서 차별을 행하였다고 생각한다면, 불만 내용은 703-205-2175로 전화하여 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

KOREAN

IAH IFH IFOH ILH IMVH

Outpatient Location: _____



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 접종한다는 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.
- 안전과 관련하여 예상되는 모든 사항을 준수하기 위하여, Inova는 다음 사항에 대해서는 무관용 원칙을 지킵니다:
 - 환자 또는 방문객이 행하는 편견적, 인종주의, 혹은 차별적인 언어 또는 행동.
 - 파괴적이거나 상대를 존중하지 않는 환자 또는 방문객.
 - 환자 또는 방문객이 반입하는 모든 종류의 밀매품 또는 무기. 여기에는 다음에 국한하지는 않으나 불법 물질, 약물 도구, 규제 대상 물질, 총포류, 도검류, 또는 면도칼, 날카로운 날, 박스 커터 등의 날카로운 물질 또는 기타 상해를 유발하는 도구 등이 포함됩니다.

전염성 질병 검사에 관한 간주된 동의:

버지니아 법률 섹션 32.1-45.1에 의거, 보건 의료 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 본인에게, 또는 본인의 미성년자 자녀, 또는 아래 이름이 적힌 환자에게 보건 의료 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

