

Name: _____
DOB: _____
MRN: _____

入院確認書

治療：

本人在此同意並授權 Mount Sinai Health System (MSHS)、醫師、護理師和其他臨床人員為本人提供照護，其中可能包括維持本人的照護和健康所需的治療、檢測和醫療程序。本人瞭解，本人可能會獲得受訓人員在受監督情況下提供的照護，除非本人另有要求且本人的主治醫師確定即便沒有這些團隊成員也可保證安全。

觀察人員和廠商：

本人瞭解，技術或廠商支援人員可能會加入本人的醫療照護團隊。

暴露期間的血液檢測：

本人瞭解，如果參與本人照護和治療的人員接觸到某些體液，可能會導致血源性疾病的傳播，本人需要接受人類免疫缺乏病毒 (Human Immunodeficiency Virus, HIV)、B 型肝炎和 C 型肝炎血液檢測，以確定是否有暴露風險。

患者 HIV 檢測：

一般 HIV 資訊：

- HIV 是引起後天免疫缺乏症候群 (Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS) 的病毒，可透過無保護性行為、共用針頭、分娩或母乳餵養傳播。
- 如果本人的檢測結果呈陽性，本人可獲得 HIV/AIDS 治療，以幫助本人保持健康和延長壽命。
- HIV/AIDS 感染者可採用安全措施來保護他人免受感染。
- 因任何人感染 HIV 而對其加以歧視是非法行為。

根據《紐約州公共衛生法》(NYS Public Health Law) 第 27F 條的要求，醫院需要向患者提供 HIV 檢測相關資訊，具體如下：

- 醫療保健提供者必須為所有年滿 13 歲的患者提供 HIV 檢測。
- 檢測屬於自願性質，且所有 HIV 檢測結果均會予以保密 (不公開)。
- 某些公共檢測站點提供匿名 HIV 檢測 (不會透露您的姓名)。
- 本人可隨時以口頭或書面形式撤銷同意。

本人已閱讀上述內容，如果本人有任何疑問或想瞭解更多資訊，本人會通知本人的照護提供者。

患者* 或合法授權代表**

疫苗接種：

本人瞭解，MSHS 可能會在紐約州疫苗接種資訊系統 (New York State Immunization Information System, NYSIIS) 中與紐約市市衛生署 (New York City State Department of Health) 分享本人的疫苗接種資訊。這樣做的目的是確保本人的醫療保健提供者瞭解本人的相關醫療資訊，以便其與本人合作，為本人提供必要的疫苗接種。

其他治療資訊：

本人瞭解，如果本人即將分娩，則作為新生兒標準照護程序的一部分，照護團隊會為本人的孩子施用維他命 K 和紅黴素眼藥膏。

攝像和錄音：

本人瞭解，作為本人照護的一部分，醫院可能會出於臨床或品質改善的目的而進行攝像和錄音 (錄製內容)。出於安全目的，醫院可能會對臨床和公共區域進行攝像監控。

錄製內容 (例如簡報、會議或刊物) 可能會用於教育目的，前提是圖片或隨附說明不會揭露本人的身分。如果用於教育目的的錄製內容中存在可識別身分的資訊，則在使用前，須獲得本人的明確授權。

本人瞭解，本人有權隨時撤銷同意將有關本人的錄製內容用於教育或研究目的，且此類撤銷不會影響本人獲得照護的權利或本人所接受照護的品質。

正楷姓名

簽名

日期

時間

關係

* 除非患者未滿 18 歲或無行為能力，否則必須取得患者的簽名。

** 法院指定的監護人、醫療保健代理人或《家庭醫療保健決定法》(Family Health Care Decisions Act) 所規定的代理人