



Mount Sinai

Mount Sinai醫療系統患者權利、 責任與參考

請保留本指南，作為您的醫療權利與醫院程序參考。

請注意，「Mount Sinai」指Mount Sinai醫療系統中的所有Mount Sinai醫院及相關診所。

目錄

內容	頁碼
患者權利清單	3
家長權利清單	4
患者責任	5
隱私權慣例做法通告	6
關於醫療護理委託書	21
醫療護理委託書表格說明	22
預設醫療指示政策概要	23
患者疼痛管理資訊	24
家庭暴力——受害者權利通知	26
家庭暴力——孕產婦患者通知	28
Mount Sinai HIE及Healthix情況說明書	30
附錄	32
附錄A——關於醫院護理的擔憂、問題及投訴	33
附錄B——如果您認為您過早被要求出院	34
附錄C——基因資訊的保密	35
紐約州醫療護理委託書	38
關於支付護理費用的重要資訊	42

患者權利清單

作為紐約州醫院患者，您依法享有以下權利：

1. 理解並行使這些權利。如果您因任何原因無法理解或需要幫助，醫院必須提供協助，包括提供口譯人員。
2. 在不受種族、膚色、宗教、性別、民族、殘障、性取向、付款來源或年齡歧視的情況下接受治療。
3. 在乾淨、安全、無不必要限制的環境中接受周到細緻的護理。
4. 在需要時接受緊急護理。
5. 知道醫院中負責您的護理的醫生姓名及職務。
6. 知道參與您的護理的任何醫院職員的姓名、職務及職能，以及有權拒絕接受他們的治療、檢查或觀察。
7. 無煙病房。
8. 獲得關於您的診斷、治療及預後的完整資訊。
9. 獲得針對任何擬定程序或治療做出知情同意需知的所有資訊。這些資訊應當包括程序或治療的潛在風險及益處。
10. 獲得針對拒絕心肺復甦術命令做出知情同意需知的所有資訊。您還有權指定在您病情過重無法自己做出同意時給予此同意的人員。欲知更多資訊，請索取一份「做出醫療護理決定——患者與家屬指南」手冊。
11. 拒絕治療並被告知拒絕治療對您健康狀況的潛在影響。
12. 拒絕參加研究。在決定是否參加時，您有權獲得完整的解釋。
13. 住院期間的隱私權及與您的護理有關的所有資訊及記錄的保密權。
14. 參與關於您的治療及出院的所有決定。醫院必須向您提供書面出院計劃以及如何對出院提出申訴的書面說明。
15. 免費查看您的病歷。如需取得病歷副本，醫院可就此收取合理費用。醫院不會僅僅因為您無力付費而拒絕提供副本。
16. 獲得明細帳單及所有收費的說明。
17. 不懼報復地就您獲得的護理和服務進行投訴，並讓醫院作出答覆，並且如果您要求，醫院應書面答覆。如果您不滿意醫院的答覆，可以向紐約州衛生部投訴。醫院必須向您提供州衛生部的電話號碼。
18. 授權家人及其他具有優先探視權的成年人按照您接受探視的能力進行探視。
19. 表達您關於解剖捐贈的意願。您可以在醫院提供的醫療護理委託書或捐贈卡上記錄您的意願。

《公共衛生法》2803 (1)(g)患者權利，10NYCRR，405.7、405.7(a)(1)、405.7(c)

家長權利清單

作為在醫院接受護理的小兒患者的家長、合法監護人或有決定權的人士，您依法享有以下權利：

1. 向醫院告知您孩子的初級保健醫師的姓名（如果知道），並由醫院將該資訊記錄在您孩子的病歷上。
2. 確認醫院接收小兒患者會按照自身能力，根據小兒患者的獨特需求，提供合格的職員、空間和規模適當的設備。
3. 允許至少一位家長或監護人全程陪護您的孩子，滿足您孩子的健康和​​安全需求。
4. 您孩子在住院或急診期間完成的所有檢驗結果均應由熟悉您孩子當前病情的醫師、醫師助理或執業護士審核。
5. 合理預計會得出重大結果的任何檢驗由醫師、醫師助理和/或執業護士審核並與您或其他決策人士及您孩子（如適當）溝通前，您的孩子不必離開醫院或急診室。重大結果指表明生命垂危或需要立刻治療的其他重大情況。
6. 在您或您的孩子（如適當）收到書面出院計劃並口頭與您和您的孩子或其他醫療決策人士溝通前，您的孩子不必離開醫院或急診室。書面出院計劃會具體說明在您的孩子住院期間安排的化驗或其他診斷檢驗的重大結果，還會說明尚未得出結果的任何其他檢驗。
7. 獲得您孩子的重大檢驗結果及出院計劃，提供的方式應能夠合理確保您、您的孩子（如適當）或其他醫療決策人士理解所提供的健康資訊以做出適當的醫療決定。
8. 您孩子的初級保健醫師（如果知道）應獲得住院或急診期間的所有檢驗結果。
9. 要求瞭解護理期間考慮的診斷結果或潛在診斷結果、可能出現的併發症及與您孩子的初級保健醫師來往的資訊。
10. 在您的孩子出院或離開急診部時，獲得在您的孩子出現併發症或問題時可致電諮詢的電話號碼。

NYCRR第19編第405節（醫院小兒護理）修正案，2014年3月

患者責任

本患者責任聲明旨在表明，互相尊重及相互配合是實現優質醫療護理服務的基礎。

作為患者，您負有以下責任：

1. 提供有關過往疾病、住院、用藥及其他健康相關事宜的準確、完整資訊。
2. 在不理解您的治療或自己應該做什麼時，告訴您的醫生或護士。
3. 在病情發生變化或治療過程中出現問題時告訴您的醫生或護士。
4. 作為住院病人及出院後作為門診病人時均遵照醫生建議的治療方案。
5. 提供有關保險或其他付款來源的準確資訊。患者有責任確保及時支付帳單。
6. 理解可能會需要將您轉移到另一床位或醫院的另一樓層。對因此可能造成的任何不便，我們深表歉意。
7. 對其他患者及醫院職員禮貌有加，體貼相待。患者應協助保持環境安靜，愛護醫院財產。
8. 遵守無煙政策。
9. 知曉坐診時間和政策。



隱私權慣例做法通告

引言

本通告規定了您的醫療資訊將如何使用及披露，以及您可以如何獲取該等資訊。
請仔細閱讀。

生效日期：2013年9月

包括Mount Sinai Beth Israel (MSBI)、Mount Sinai Beth Israel Brooklyn (MSBIB)、Mount Sinai St. Luke's (MSSL)、Mount Sinai Roosevelt (MSRH)、New York Eye and Ear at Mount Sinai (NYEE)、Mount Sinai Hospital (MSH)、Mount Sinai Queens (MSQ)、Icahn School of Medicine at Mount Sinai (ISM)（含其Doctors Faculty Practice (DFP) 以及North Shore Medical Group (NSMG)、Mount Sinai Doctors Brooklyn Heights (DBH) 等自有的醫師上門看診診所）及Mount Sinai Cares（在本隱私權慣例做法通告中統稱為「Mount Sinai」）在內的Mount Sinai醫療系統依法必須保護您的健康資訊隱私。Mount Sinai還應向您提供本隱私權慣例做法通告（通告）副本，其中規定了Mount Sinai的健康資訊隱私權慣例做法，並應遵守可能不時修訂的通告條款。

我們保留修改本通告的權利。在您接受護理的地方，其接待處始終張貼有Mount Sinai現行通告的副本。您還可以造訪我們的網站<http://www.mssm.edu/HIPAA>、撥打辦公室電話獲取一份或下次就診時索要一份。

如您對本通告有任何疑問或欲知更多資訊，請撥打212-241-4669聯絡我們的隱私辦公室。

參與方

Mount Sinai與醫師及其他醫療保健專業人士和組織共同為患者提供醫療保健服務。以下各方將遵守本通告中規定的隱私權慣例做法：

- ◆ 在Mount Sinai任一服務點為您治療的任何醫療保健專業人士；
- ◆ Mount Sinai任一服務點的所有員工、醫療職員、實習生、學生或志願者；
- ◆ Mount Sinai的任何業務夥伴（如下所規定）及其分包商。

這些隱私權慣例做法在與上述所有Mount Sinai機構關聯的護理服務點都將得到遵守。隨附目前服務點的名單，增加新服務點或刪除舊服務點時網站上將進行更新。（附件E）。這些機構和人士將為進行本通告規定的治療、付款及醫療保健營運而在必要情況下彼此共享保護的健康資訊 (PHI)。



IMPORTANT SUMMARY INFORMATION

重要概要資訊 哪些健康資訊受到保護。我們致力於保護我們在提供健康相關服務時收集的與您相關之資訊隱私。PHI的例子包括：與以下資訊共同出現時：人口統計資訊（如您的姓名、地址或保險狀態）；可能識別您身份的特別號碼（如社會保障號、電話號碼或駕駛證編號）；基因資訊（見附件D）；及可能識別您身份的其他資訊類型，表明您是Mount Sinai患者的資訊；關於您健康狀況的資訊（如您可能患有的疾病）；關於您已接受或將來可能接受的醫療保健產品或服務的資訊（如手術）；或關於您在某一保險計劃下所享有醫療保健福利的資訊（如某一處方是否受保）。請注意，患者去世後50年，PHI不再受保護。

個人代表。如果某人依法有權代您決定您的醫療保健事宜（「個人代表」），對於您的PHI，Mount Sinai將對個人代表採取與對您一樣的做法。家長和監護人通常是未成年人的個人代表，除非法律允許未成年人代表自己行事。

書面授權要求。我們在使用您的PHI或與Mount Sinai外部的其他方共享PHI前將徵得您的書面授權，下文規定者除外。您也可以填寫書面授權書，要求將您的記錄轉給其他人。如果您向我們提供了書面授權，您可隨時撤銷此等書面授權，除非我們已依授權行事。如需撤銷書面授權，請寫信至：

MSBI Health Information Management (HIM)

Petrie Campus- First Avenue at 16th Street, NY, NY 10003

Phillips Ambulatory Care Center -10 Union Square East, NY, NY 10003

Beth Israel Brooklyn — 3201 Kings Highway, Brooklyn, NY 11234

MSH HIM - One Gustave L. Levy Place, NY, NY 10029, Box 1111

MSQ HIM - 25-10 30th Avenue, Long Island City, NY 11202

MSRH HIM 1000 Tenth Avenue, NY, NY 10019 MSSL HIM 1111 Amsterdam Avenue, NY, NY 10025

NYEE at MS HIM — 310 East 14th Street, NY, NY 10003

ISMDFP Administration — One Gustave L. Levy Place, Box 1061, NY, NY 10029

PHYSICIAN PRACTICES —見附件E

如果州法律要求必須先提供疫苗接種證明方可接受學生入學，有口頭授權即可向學校披露此等資訊。

HIV、酒精及藥物濫用、精神健康及基因資訊的特別保護特別隱私保護適用於HIV相關資訊、酒精及藥物濫用治療資訊、精神健康資訊及基因資訊。本通告部分內容可能不適用於這類資訊。解釋Mount Sinai將如何保護這類資訊的通告見附件A-D。



您獲取並管理您的健康資訊的權利

您對您的醫療資訊享有以下權利：

查看及/或獲取記錄副本的權利

您有權查看可能用於做出有關您及您的治療之決定的您的任何PHI並獲取其電子版或紙質版，只要我們的記錄中保有此等資訊。可行的情況下我們將按您要求的特定電子格式製作記錄。此等記錄包括醫療及帳單記錄。如需查看或獲取您的PHI副本，請提交您的書面要求至：

MSBI Health Information Management (HIM)

Petrie Campus- First Avenue at 16th Street, NY, NY 10003

Phillips Ambulatory Care Center -10 Union Square East, NY, NY 10003

Beth Israel Brooklyn — 3201 Kings Highway, Brooklyn, NY 11234

MSH HIM - One Gustave L. Levy Place, Box 1111 NY, NY 10029

MSQ HIM - 25-10 30th Avenue, Long Island City, NY 11202

MSRH HIM 1000 Tenth Avenue, NY, NY 10019 MSSL HIM 1111 Amsterdam Avenue, NY, NY 10025

NYEE at MS HIM — 310 East 14th Street, NY, NY 10003

ISMDFP Administration — One Gustave L. Levy Place, Box 1061, NY, NY, 10029

PHYSICIAN PRACTICES —見附件E

如果您索取資訊副本，我們可能依法收取一定費用，支付複印、郵寄或我們用於滿足您要求的其他用品的成本。此等費用通常必須在我們將副本交給您之前或之時支付。

我們將在10日內回覆您查看記錄的要求。通常情況下，如果相關資訊保留在辦公室，我們將在30日內回覆索取副本的要求，如果保留在辦公室以外場所，我們將在60日內回覆。如果我們需要更多時間回覆索取副本的要求，我們將在上述時限內書面通知您，解釋推遲原因以及您預計何時可獲得所要求事宜的最終答覆。

在某些極少情形下，我們可能拒絕您查看或獲取資訊副本的要求。如果我們拒絕了，作為替代，我們將為您提供資訊概要。我們還將提供一份書面說明，解釋僅提供概要的原因，以及您要求重審該決定之權利的完整說明。此等通知中還將提供關於如何向Mount Sinai或美國衛生及公共服務部民權辦公室 (OCR) 主任投訴這類事宜的資訊。如果我們有理由拒絕您的部分要求，我們將完整提供其餘部分資訊。

修改記錄的權利

如果您認為我們所擁有的您的PHI資訊不正確或不完整，您可以要求我們修改資訊。只要相關資訊仍保留在我們的記錄中，您均有權要求修改。如果您想修改您的PHI，請向相關聯絡人索取修改要求表：



***MSBI、MSBIB、MSSL、MSRH、NYEE at MS、MSH、ISMDFP及醫生上門看診診所——Mount Sinai Privacy Office, One Gustave L. Levy PI, Box 1016, NY, NY 10029
MSQ HIM - 25-10 30th Avenue, Long Island City, NY 11202***

您的要求中應提供您認為我們應修改資訊的理由。通常我們將在60日內回覆您的要求。如果我們需要更多時間才能回覆，我們將在60日內書面通知您，解釋推遲原因並告知您預計何時可獲得所要求事宜的最終答覆。

如果我們拒絕部分或全部要求，我們將提供書面通知，解釋理由。您有權要求將與您所要求修改相關的某些資訊加入您的記錄中。例如，如果您不同意我們的決定，您可以提交一份聲明，解釋您為什麼不同意，我們將把聲明放到您的記錄中。我們還將提供如何向我們或OCR提出投訴的資訊。這些程序將在寄送給您的任何書面拒絕通知中進一步詳細解釋。

要求披露解釋的權利

您有權要求「披露解釋」，這是一個列表，其中列出了您的PHI如何披露給Mount Sinai外部其他方的資訊（透過Mount Sinai Health Information Exchange (HIE) 披露者除外（見下文第6頁））。解釋列表中不包括：

- 我們向您或您的個人代表所做的披露；
- 我們根據您的書面授權所做的披露；
- 我們為治療、付款或業務營運所做的披露；
- 來自患者目錄的披露；
- 向參與您的護理或護理付款的您的朋友家人所做的披露；
- 您PHI獲許可使用及披露附帶的披露（例如，資訊被路過的其他人無意中聽到）；
- 為研究、公眾健康或我們業務營運所披露的不會直接識別出您的健康資訊的有限部分；
- 向聯邦官員為國家安全及情報活動所做的披露；
- 向懲教所或執法人員所做的有關囚犯的披露；
- 2007年9月1日前所做的披露。

如需索取該列表，請寫信至：

***Mount Sinai Privacy Office
One Gustave L. Levy Place, Box 1016
New York, NY 10029***



您的要求中必須指明您希望過去六年中我們提供其間所做披露的時間段。例如，您可以要求2008年1月1日至2009年1月1日期間我們所做的披露列表。您有權免費獲得每個12個月期間的一份列表。不過，如果要提供同一12個月期間的多份列表，我們可能要向您收取成本費用。我們將始終通知您所涉的任何成本，您可以選擇在任何成本產生前撤銷或修改要求。

通常我們將在60日內回覆您的解釋列表要求。如果我們需要更多時間編製您要求的解釋列表，我們將書面通知您推遲原因及您可預期收到解釋列表的日期。在極少數情況下，因為執法人員或政府機構的指示，我們可能要拒絕為您提供解釋列表，且不另行通知您。

要求更多隱私保護的權利

您有權要求我們進一步限制我們為治療您的疾病、收取此等治療的款項或開展業務營運使用及披露您的PHI的方式。您還可要求我們限制我們披露您治療相關資訊的方式。如需要限制，請寫信至：

Mount Sinai Privacy Office, One Gustave L. Levy Pl, Box 1016, NY, NY 10029

您的要求中應包含：(1) 您希望限制的資訊；(2) 您希望限制我們使用該資訊的方式還是我們與其他方共享的方式還是兩者皆限制；(3) 您希望限制適用的對象。

我們並非始終應同意您的限制要求，在某些情況下您要求的限制可能不為法律所允許，但如果我們同意了，我們將受我們之間協議的約束，除非為了向您提供急救或依法需要提供此等資訊。然而，如果您指示我們不與您的保險公司共享關於您計劃自行支付且確實自行支付的某一服務的特定PHI，我們必須遵守您的要求。不過，您有責任告知可能獲得您的Mount Sinai記錄副本的其他提供者不可與您的保險公司共享此等資訊。

要求保密溝通的權利

您有權要求我們以替代方式或在具體地點與您溝通您的醫療事宜。例如，您可以要求我們在您在家時與您聯絡，而不是在上班時。如需要更多保密溝通，請寫信至：

Mount Sinai Privacy Office—One Gustave L. Levy Place, Box 1016, NY, NY 10029

我們不會詢問您提出此等要求的原因，並將努力滿足所有合理要求。請在要求中說明您希望我們怎樣或在哪裡與您聯絡。

其他披露的通知：

如果您的PHI被披露給無權接收此等資訊的人士或被此等人士獲取，您將在60日內收到通知，除非我們認定PHI陷於不利情形的可能性很小。

如何提出投訴。如果您認為您的隱私權受到侵犯，您可向Mount Sinai隱私權辦公室或OCR提出投訴。如需提出投訴，請聯絡：

Mount Sinai Privacy Office - One Gustave L. Levy Place, Box 1016, NY, NY 10029 Department of Health and Human Services/OCR: www.hhs.gov/ocr/hipaa

無論如何您都不會因提出投訴受到處罰或遭受報復。



在哪些情況下我們可能未經您書面授權使用及披露 您的健康資訊

治療。我們可能與參與您護理的醫療保健提供者共享您的PHI，他們可能使用此等資訊為您診斷或治療。我們還可能透過Health Information Exchange (HIE) 向您在Mount Sinai外部就診的提供者提供您的PHI，HIE是一個可實現以電子方式共享資訊的電子網路，但是，未經您的同意，我們不會允許任何人透過HIE獲取此等資訊，緊急情況除外（除非您另行指示我們）。這意味著，如果您的非Mount Sinai私人醫師使用的HIE是由Mount Sinai營運的或Mount Sinai參與其中，他/她將能夠獲取您在任何Mount Sinai住院或門診護理過程中產生的PHI。此外，您在Mount Sinai所接受護理的特定資訊可能自動發送給您指定為初級保健醫師的人士及將您轉介到Mount Sinai的醫師。如果您的私人醫師在Mount Sinai上班且在他/她的辦公室使用Mount Sinai電子健康檔案 (EHR)，那麼在Mount Sinai護理您的任何人將能夠直接獲取您的私人醫師病歷。

透過HIE共享的PHI除您的人口統計及臨床資訊外可能還包括本通知附件A（HIV相關資訊）、附件B（酒精及藥物濫用治療資訊）、附件C（精神健康資訊）及附件D（基因資訊）中描述的受特別保護的健康資訊。由非Mount Sinai的其他提供者使用及向其披露是爲了確保他們掌握您在Mount Sinai所接受護理的最新完整資訊。如果您參與Mount Sinai的負責任護理組織Mount Sinai Cares或Mount Sinai健康之家，經您同意，這些機構的職員將能夠獲取您的PHI，協助協調您的護理。

付款。我們可能使用您的PHI或與其他方共享，獲得您醫療保健服務的款項支付。例如，我們可能在爲您提供治療後與您的健康保險公司共享您的資訊以獲得報銷或確定保險公司是否將承保您的治療。您可指示我們不要與您的保險公司共享關於您計劃自行支付且確實自行支付的某一服務的特定PHI。不過，您有責任告知可能獲得您的Mount Sinai記錄副本的其他提供者不可與您的保險公司共享此等資訊。我們可能還需告知您的健康保險公司您的健康狀況，以獲得治療的預先批准，如接收您入院接受特定手術。最後，我們可能與其他醫療保健提供者、付款人及其業務夥伴共享您的PHI以便他們付款，第5頁上規定者除外。

業務營運。我們可能使用或與其他方共享您的PHI以開展業務營運。例如，我們可能使用您的PHI評估我們的職員在對您的護理上表現如何，訓練我們的職員以改進他們爲您提供的護理，或爲學生、實習生及其他醫療保健執業者開展訓練課程。最後，如果所提供資訊與其他醫療保健提供者或付款人目前或以前與您保持的關係相關，或如果提供者或付款人應保護您的PHI隱私，我們可能與其他醫療保健提供者及付款人爲其特定業務營運共享您的PHI。



預約提醒、治療選擇、福利及服務。在為您提供治療的過程中，我們可能使用您的PHI與您聯絡，提醒您在我們機構有治療或服務預約。我們還可能使用您的PHI建議可能的治療選擇或您可能感興趣的健康相關福利及服務。如果我們收取報酬向您發送治療資訊，我們將如實相告，並為您提供不接收此等通訊的權利。

籌資。為支援我們的業務營運，我們可能使用您的人口統計資訊，包括您的年齡、出生日期及性別、您生活或工作所在地、您投保的保險類型及有限臨床資訊，包括您接受治療的日期、為您提供服務的科室與醫師及效果資訊，以聯絡您進行籌資，幫助我們改善機構及專案。未經您授權，我們不會出售您的PHI。您可以隨時透過以下方式選擇不接收任何籌資通訊：寄送電子郵件至 philanthropyoptout@mountsinai.org，撥打212-659-8500或寫信至 Mount Sinai Office Development Office, One Gustave L. Levy Place, Box 1049, New York, N.Y. 10029-6574聯絡我們。

業務夥伴。我們可能向需要相關資訊以便協助我們獲得付款或開展業務營運的合約商、代理及其他業務夥伴披露所必需的最少量的PHI。例如，我們可能與幫助我們獲得您的保險公司付款的開票公司共享您的PHI，或者與保險公司、會計師事務所、律師事務所或風險管理機構共享，獲得他們對我們營運的建議。如果我們向業務夥伴披露您的PHI，我們將與他們訂立書面合約，要求業務夥伴及其任何分包商保護您的PHI隱私。聯邦法律也另行要求他們及其分包商保護您的資訊。

住院患者名錄。如果您不反對，在您作為任一Mount Sinai機構的住院患者或門診手術患者期間，我們將把您的姓名、您在我們機構中的位置、您的總體情況（如正常、穩定、危急等）及您的宗教信仰加入我們的患者名錄中。除宗教信仰外的此等名錄資訊可提供給憑姓名尋找您的人。如果您不反對，您的宗教信仰資訊可提供給神職人員，如牧師或拉比，即使他或她並沒有憑姓名尋找您。如果您希望免去或限制對任何此等資訊的獲取，請在任一Mount Sinai機構登記住院或門診手術服務時告知我們。

參與您護理的家人朋友。如果您不反對，我們可能與參與您的護理或護理付款的家人、親屬或好友共享您的PHI。在某些情況下，我們可能需要與災難救援組織共享您的PHI，幫助我們通知這些人士。

法律要求。我們可能應法律要求使用或披露您的PHI。如果法律要求通知，我們還將通知您此等使用及披露。

公共衛生活動。我們可能向經授權的公共衛生官員（或與此等官員合作的外國政府機構）披露您的PHI，以便他們開展公共衛生活動。例如，我們可能與負責控制疾病、傷害或殘疾的政府官員共享您的PHI。如果法律允許，我們還可向可能接觸了某一傳染病或有感染或傳播該疾病風險的人士披露您的PHI。最後，如果您的雇主聘用我們為您提供體檢，而我們發現您患有遵照勞動法雇主必須知曉某種工作相關傷害或疾病，



虐待、忽視或家庭暴力受害者。我們可向有權接收虐待、忽視或家庭暴力報告的公共衛生機構提供您的PHI。例如，如果我們合理認為您曾是此等虐待、忽視或家庭暴力的受害者，我們可向政府官員報告您的PHI。我們會盡一切努力在提供此等資訊前徵得您的許可，但在某些情況下，我們可能必須或有權不經您的許可而採取行動。

衛生監管活動。我們可向有權對我們機構開展審計、調查及視察的政府機構提供您的PHI。這些政府機構監管Medicare、Medicaid等政府福利計劃，以及對政府監管計劃及民權法律的遵守情況。我們必須向聯邦Medicare與Medicaid服務中心 (CMS) 提供總計資料（不會識別出任何具體患者的概要資訊），證明我們遵守了有意義使用法規，因為我們使用EHR改進護理品質，提高群眾的總體健康水平，提高效率。

產品監督、修補及召回我們可為以下目的向受美國食品藥品監督管理局監管的人士或公司披露您的PHI：(1) 報告或追蹤產品缺陷或問題；(2) 修補、替換或召回缺陷產品或危險產品或 (3) 在某一產品獲批可由公眾使用後監控產品表現。

訴訟及爭議。如果處理某一訴訟或其他爭議的法院或行政法庭命令，我們可向其披露您的PHI。

執法。我們可出於以下原因向執法人員披露您的PHI：

- 遵守我們必須遵循的法院命令或法律；
- 協助執法人員識別或搜尋嫌疑犯、逃犯、證人或失蹤人士；
- 如果您曾是某一犯罪行為的受害者，且我們認定：(1) 由於事出緊急或您的無能為力，我們無法獲得您的同意；(2) 執法人員需要立即獲得此等資訊以履行其執法義務；及 (3) 根據我們的專業判斷，向此等人士披露符合您的最佳利益；
- 如果我們懷疑犯罪行為導致死亡；
- 如果屬報告在我們場所發生的犯罪所必需；或
- 如果屬報告機構外醫療急救過程中發現的犯罪所必需（例如，犯罪現場被急救醫療技術人員發現）。

避免對健康或安全迫在眉睫的重大威脅。屬避免對您的健康或安全或對他人或公眾的健康或安全迫在眉睫的重大威脅所必需時，我們可能使用您的PHI或與其他方共享。如果您告知我們您參與了某一暴力犯罪，可能對他人造成了嚴重身體傷害，如果我們認定您逃脫了合法羈押（如監獄）或從精神健康機構逃出，我們還可向執法人員或其他方披露您的PHI。



國家安全與情報活動或保護服務。我們可向開展國家安全與情報活動或為總統或其他重要官員提供保護服務的經授權的聯邦官員披露您的PHI。

現役軍人及退伍軍人。如果您在武裝部隊服役，我們可向適當軍事指揮機關披露您的PHI，用於他們認為屬開展軍事任務所必需的活動。我們還可向適當外國軍事機關披露外國軍事人員的PHI。

囚犯及懲教所。如果您是囚犯或由執法人員拘留，必要時我們可向監獄官員或執法人員披露您的PHI，以為您提供醫療保健，或維護您拘禁所在地的安全及良好秩序。這包括共享屬保護其他囚犯或參與監管或運送囚犯之人士健康安全所必需的資訊。

勞工賠償。我們可為勞工賠償或為工傷提供救濟金的類似計劃披露您的PHI。

驗屍官、法醫及殯儀員。我們可使用PHI識別死者或確定死亡原因或為此等目的將PHI披露給驗屍官或法醫。我們還可向殯儀員披露其履行職責所必需的PHI。

器官及組織捐贈。如果您是可能的器官捐贈人，我們可為研究捐贈或移植是否可能之目的使用您的PHI或向摘取或保存器官、眼睛或其他組織的其他機構披露您的PHI。

研究。大多數情況下，我們為開展研究使用您的PHI或與其他方共享前會先徵得您的書面授權。然而，在某些情形下，如果ISM人體試驗審查委員會適用特定標準後認定某一研究計劃對您的隱私構成的風險極低，我們可不經您書面授權即使用及披露您的PHI。然而，無論如何我們都不會允許研究人員未經您授權公開使用您的姓名或身份。我們還可未經您書面授權向籌備未來研究專案的人士提供您的PHI，前提是可識別您身份的任何資訊不流出我們的機構。我們還可與使用死亡未滿50年人士之資訊開展研究的人士共享PHI，只要他們同意不從我們機構移出可識別死者身份的任何資訊。

完全去識別化或部分去識別化資訊。

我們移除了可能識別您身份的任何資訊，使健康資訊「完全去識別化」後，我們可使用及披露您的健康資訊。我們還可為研究、公共衛生及特定醫療保健營運使用及披露您的「部分去識別化」健康資訊，條件是將要接收資訊的人簽署一份保護資訊隱私的協議。部分去識別化健康資訊將去除所有直接識別要素，但可能包括郵編、出生日期、入院及出院記錄。

附帶披露。

雖然我們採取合理措施保護您的PHI隱私，在我們另行按許可使用或披露您的PHI過程中可能發生某些PHI披露，或此等披露是此等按許可使用或披露無法避免的結果。例如，在治療過程中，治療區的其他患者可能看到或聽到關於您PHI的討論。



附件A HIV相關資訊的保密

生效日期：2013年9月

Mount Sinai保留的HIV相關資訊的隱私及保密受聯邦及州的法律法規保護。這些保護超越Mount Sinai通用「隱私權慣例做法通告」（通告）中規定的保護。如您對本通告有任何疑問或欲知更多資訊，請聯絡：**Mount Sinai Privacy Office - 212-241-4669**

我們建議您花點時間閱覽Mount Sinai通告，瞭解Mount Sinai通常會如何使用及披露您的受保護健康資訊 (PHI)。若通告與本附件有任何衝突之處，本附件中規定的保護將適用。

保密HIV相關資訊指可表明您接受過HIV相關檢測（即使檢測結果是陰性）、患有HIV相關疾病或愛滋病或患有HIV相關感染的任何資訊以及可合理識別出您接受過HIV感染測試或感染HIV的任何資訊。

根據紐約州法律，保密HIV相關資訊僅可提供給法律允許獲得此等資訊的人士或您簽署書面授權書允許其獲得此等資訊的人士。披露時將附帶一份聲明，要求不可再披露HIV相關資訊。

Mount Sinai內部人士可能按需使用您的保密HIV相關資訊，從而為您提供直接護理或治療、處理帳單或報銷記錄、監控或評估醫院所提供護理的品質。（見通告第6-7頁）

Mount Sinai通常不可向外部人士透露機構在為您提供治療的過程中獲得的保密HIV相關資訊，除非：

- Mount Sinai獲得您的書面授權；請注意，如果您提供書面授權加入Health Information Exchange (HIE)，您的所有記錄將可訪問，包括HIV相關資訊。如果您不同意此等披露，您不應同意加入HIE。
- 向有權代表您作出醫療保健決定的人士披露，所披露資訊是該人士作出決定所必需；
- 為治療或付款披露給其他醫療保健提供者或付款人；
- 披露給在存在HIV傳播風險的情形下履行工作或專業職責時與您接觸的職員、雇員或志願者等醫療護理提供者；
- 披露給需要該資訊為您提供直接護理或治療的機構的第三方，披露給需要該資訊以協助我們獲得付款或開展我們業務營運的業務夥伴或為監管或評估Mount Sinai所提供護理品質而披露。在此等情況下，Mount Sinai將與第三方訂立協議，確保您的保密HIV相關資訊按聯邦及州保密法律法規要求得到保護，無須禁止再披露的聲明。
- 法律或法院命令要求披露；
- 披露給摘取身體部位用於移植的機構；



- 您接受聯邦、州或當地政府機構監管或監督的計劃項下的服務，監督、監控、管理或提供計劃服務合理必需時披露給此等政府機構或機構的其他雇員或代理；
- 聯邦或州法律規定Mount Sinai必須向衛生官員披露；
- 出於公共衛生目的必須披露；
- 您是懲教所囚犯，向此等機構的醫療主任披露保密HIV相關資訊是主任履行其職能所必需；
- 患者死亡，披露給負責死者遺體、在正常業務過程中從死者死亡證明上獲知保密HIV相關資訊的殯儀員；
- 爲了向適當州或地方機關報告虐待或忽視兒童做出披露。

機構違反這些隱私權規定可受到民事或刑事處罰。涉嫌違法行爲可根據聯邦及州法律報告給相應機關。如需提出投訴，請完整填寫DOH-2865表（指控違反第27-F條的投訴報告）後郵寄至：

NYS Department of Health/AIDS Institute/Special Investigation Unit
5 Penn Plaza,
New York, New York 10001，
表格可在DOH網站 (<http://www.health.ny.gov>) 獲取。
請參閱Mount Sinai完整通告獲取更多資訊。

附件B 酒精及藥物濫用治療資訊的保密

生效日期：2013年9月

Mount Sinai保留的酒精及藥物濫用治療記錄的保密受聯邦及州的法律法規保護。這些保護超越Mount Sinai通用「隱私權慣例做法通告」（通告）中規定的保護。如您對本通告有任何疑問或欲知更多資訊，請聯絡：**Mount Sinai Privacy Office - 212-241-4669**

我們建議您花點時間閱覽Mount Sinai通告，瞭解Mount Sinai通常會如何使用及披露您的受保護健康資訊 (PHI)。Mount Sinai通告中提供了相關資訊，告知您可如何獲取包括酒精及藥物濫用治療記錄在內的您的PHI。若通告與本附件有任何衝突之處，本附件中規定的保護將適用，取代通告中規定的保護。

保密酒精及藥物濫用治療記錄包括可識別您曾被診斷爲酒精濫用、藥物濫用或藥物依賴、接受或轉介接受酒精濫用、藥物濫用或藥物依賴治療的任何資訊。



Mount Sinai內部人士可為履行向您提供酒精或藥物濫用診斷、治療或轉介治療職責而使用您的資訊。（見通告第6頁）此等使用將僅限於履行職責所需的最少量資訊。Mount Sinai通常不可向Mount Sinai外部人士透露可識別出您正接受酒精或藥物濫用治療的任何資訊，除非：

- Mount Sinai獲得您的書面授權；請注意，如果您提供書面授權加入Health Information Exchange (HIE)，您的所有記錄將可訪問，包括酒精及藥物濫用相關資訊。如果您不同意此等披露，您不應同意加入HIE。
- 法院命令允許及聯邦和州保密法律法規許可披露；
- 在醫療急救中披露給醫療人員；
- 當相關研究對您的隱私構成的風險極低時，不經您書面授權披露給合資格研究人員。如果法律要求，我們將促成研究人員同意保護您資訊的隱私和保密性；
- 披露給履行特定治療服務（如實驗室分析）的合資格服務機構或披露給需要該資訊協助我們獲得付款或開展我們業務營運的業務夥伴。Mount Sinai將促成合資格服務機構或業務夥伴書面同意根據聯邦及州法律保護您資訊的隱私和保密性；
- 披露給政府機構或其他合資格非政府人士對Mount Sinai開展審計或評估。Mount Sinai將促成任何非政府人士書面同意根據聯邦及州法律保護您資訊的隱私和保密性；
- 為報告患者在Mount Sinai或對在Mount Sinai工作的任何人實施的犯罪行為或報告實施此等犯罪行為的任何威脅做出披露；
- 披露給驗屍官及法醫以確定死亡原因；
- 為了向適當州或地方機關報告虐待或忽視兒童做出披露（根據法律要求）。

違反這些隱私權法規屬犯罪行為。涉嫌違法行為可根據聯邦及州法律報告給相應機關。請參閱Mount Sinai完整通告獲取更多資訊。

附件C 精神健康資訊及精神治療記錄的保密

生效日期：2013年9月

Mount Sinai保留的精神健康資訊及精神治療記錄的隱私及保密受聯邦及州的法律法規保護。這些保護超越Mount Sinai通用「隱私權慣例做法通告」（通告）中規定的保護。如您對本通告有任何疑問或欲知更多資訊，請聯絡：**Mount Sinai Privacy Office - 212-241-4669** 我們建議您花點時間閱覽Mount Sinai通告，瞭解Mount Sinai通常會如何使用及披露您的受保護健康資訊 (PHI)。通告中還提供相關資訊，告知您可如何獲取包括精神健康資訊在內



的您的PHI。若通告與本附件有任何衝突之處，本附件中規定的保護將適用，取代通告中規定的保護。

精神健康資訊的保密

Mount Sinai內部人士可為向您提供治療、獲得此等治療付款或開展Mount Sinai業務營運之職責而使用您的精神健康資訊。（見通告第6-7頁）。Mount Sinai通常不可向Mount Sinai外部的其他人士透露您的精神健康資訊，*以下情況除外*：

- Mount Sinai獲得您的書面授權；請注意，如果您提供書面授權加入Health Information Exchange (HIE)，您的所有記錄將可訪問，包括精神健康相關資訊。如果您不同意此等披露，您不應同意加入HIE。
- 向有權代表您作出醫療保健決定的個人代表披露；
- 向政府機構或私人保險公司披露，以獲得我們為您提供之服務的付款；
- 披露給履行特定治療服務（如實驗室分析）的合資格服務機構或披露給需要該資訊協助我們獲得付款或開展我們業務營運的業務夥伴。Mount Sinai將促成合資格服務機構或業務夥伴書面同意根據聯邦及州法律保護您資訊的隱私和保密性；
- 為遵守法院命令披露；
- 向有能力避免對您或他人的健康或安全迫在眉睫的重大威脅的適當人士披露；
- 根據聯邦及州保密法律許可，披露給適當政府機構，以搜尋失蹤人士或開展犯罪調查；
- 根據聯邦及州保密法律許可，披露給其他持照醫院急救服務；
- 披露給紐約州提供的精神衛生合法服務；
- 披露給在非自願住院訴訟中代理患者的律師；
- 為監控或評估醫院或其職員所提供護理的品質披露給經授權的政府官員；
- 當相關研究對您的隱私構成的風險極低時，不經您明確授權披露給合資格研究人員；
- 披露給驗屍官及法醫以確定死亡原因；及
- 如果您是囚犯，且懲教所證明需要此等資訊以為您提供醫療護理或保護您或懲教所中任何其他人的健康或安全，披露給懲教所。

精神治療記錄的保密

精神治療記錄指精神健康專業人士所做的記錄，其中記錄或分析私密諮詢會上或小組諮詢會、聯合諮詢會或家庭諮詢會上的對話內容。如果這些記錄與您的其他病歷分開保留，則僅可按以下方式使用及披露：

一般情況下，未經您書面授權，我們不可使用或披露精神治療記錄，創建記錄的精神健康專業人士在以下情形下的使用或披露除外：



- 為您提供進一步治療；
- 披露給在小組、聯合、家庭或單獨諮詢中受監督學習業務或提高技能的精神健康科學生、實習生或執業醫生；
- 在您或您的個人代表提起的法律訴訟中為自己或Mount Sinai辯護所必需時；
- 法律要求時；
- 為避免對您或他人的健康或安全迫在眉睫的重大威脅所必需時披露給適當政府機構；
- 美國衛生及公共服務部要求此等資訊以調查精神健康專業人士或Mount Sinai是否遵守聯邦隱私及保密法律法規時，披露給該機構；
- 必要時披露給法醫及驗屍官以確定死亡原因；
- 為了與監管精神健康專業人士相關的合法目的披露給衛生監管機構。

精神治療記錄的所有其他使用及披露均須您的特別書面授權。請參閱Mount Sinai完整通告獲取更多資訊。

附件D 基因資訊的保密

生效日期：2013年9月

Mount Sinai保留的基因資訊的隱私及保密受州及聯邦的法律法規保護。基因資訊指，對個人而言：(i) 個人的基因檢測；(ii) 個人之家人的基因檢測；(iii) 個人之家人疾病或紊亂的臨床表現；或 (iv) 個人或個人之任何家人請求或接受基因服務或參與含基因服務的臨床研究。這些保護超越Mount Sinai通用「隱私權慣例做法通告」（通告）中規定的保護。如您對本通告有任何疑問或欲知更多資訊，請聯絡：**Mount Sinai Privacy Office - 212-241-4669** 我們建議您花點時間閱覽Mount Sinai通告，瞭解Mount Sinai通常會如何使用及披露您的受保護健康資訊 (PHI)。Mount Sinai通告中還提供相關資訊，告知您可如何獲取包括保密基因資訊在內的您的PHI。

根據紐約州法律，特殊限制適用於：(1) 人體生物樣本的基因檢測及 (2) 向任何個人或組織披露從基因檢測中得出的資訊。基因檢測指任何DNA、染色體、基因或基因產品的實驗室檢測，檢測與某一基因疾病傾向相關聯的基因變異。不包括有臨床表現的疾病（主要根據症狀診斷的疾病）相關資訊或以基因檢測確認某一疾病時獲得的資訊。Mount Sinai不會對從您身上取得的生物樣本進行基因檢測，除非Mount Sinai根據紐約州法律徵得您的書面知情同意。經您知情同意，Mount Sinai可將您的基因檢測結果用於治療、付款及醫療保



健營運（見通告第6-7頁）。對您基因檢測結果的任何其他使用或披露通常需要您的書面授權。此等授權獨立於知情同意，不可與知情同意合併。以下情況不需授權：

- 向有權代表您作出醫療保健決定的人士披露，所披露資訊是該人士作出決定所必需；
- 披露給履行特定治療服務（如實驗室分析）的合資格服務機構或披露給需要該資訊協助我們獲得付款或開展我們業務營運的業務夥伴。Mount Sinai將促成合資格服務機構或業務夥伴書面同意根據聯邦及州法律保護您資訊的隱私和保密性；
- 法律或法院命令要求或允許披露；
- Mount Sinai人體試驗審查委員會決定允許披露從我們保存的您的組織的基因檢測中獲得的資訊，或將您與具體檢測結果關聯起來的資訊，且您已根據紐約《民權法》§§ 79-1 (3) (a)、79-1 (9) (d) 簽署研究授權書或公佈基因資訊同意書。

如果您提供書面授權加入Health Information Exchange (HIE)，您的所有記錄將可訪問，包括基因資訊。如果您不同意此等披露，您不應同意加入HIE。

Mount Sinai違反這些隱私權規定可受到民事或刑事處罰。涉嫌違法行為可根據聯邦及州法律報告給相應機關。

請參閱Mount Sinai完整通告獲取更多資訊。

關於醫療護理委託書

紐約州醫療護理委託書是一份重要的法律文件。簽署前您應明了以下事實：

1. 本表格授權您選擇的代理人為您做出所有醫療護理決定，包括移除或提供生命維持治療的決定，除非您在本表格中另行說明。「醫療護理」指診斷或治療您的身體或精神狀況的任何治療、服務或程序。
2. 除非您的代理人合理知曉您關於人工營養及水分補充（透過飼管或靜脈注射供應營養）的願望，否則他/她不得代您拒絕或同意這些事項。
3. **指定醫療護理代理人屬於自願行為。沒有人能強制您指定。**
4. 如果您的醫生確定您無法自行做出醫療護理決定，您的代理人將開始為您做出決定。
5. 您可以在本表格上寫下您不想接受的治療類型的例子及/或您希望確保得到的治療的例子。此等指示可用於限制代理人的決定權限。代理人為您做決定時必須遵照您的指示。
6. 您不需要由律師律師代為填寫本表格。
7. 您可以選擇包括家人或好友在內的任何成年人（年滿18歲或以上）作為您的代理人。如果您選擇醫生作為代理人，他或她可能將必須在您的代理人或您的主治醫生兩個身份之間做出選擇，因為醫生不可能同時擁有這兩個身份。此外，如果您是醫院、療養院或精神衛生機構的患者或居住者，指定在此等機構工作的人擔任代理人也有特殊限制。您可以請此等機構的職員解釋這些限制。
8. 指定某人擔任您的醫療護理代理人前，與其討論您的醫療護理意願及本表格，確保他或她願意擔任您的代理人。如果他們同意，確保為他們提供一份經簽署的醫療護理委託書。您的醫療護理代理人不能因出於善意做出的醫療護理決定而受到控告。
9. 如果您指定配偶作為您的醫療護理代理人，後來雙方離異或合法分居，根據法律，前任配偶不再作為您的代理人。如果您仍希望前配偶作為代理人，可在現有的表格上說明這點並標注日期或填寫一份新表格。
10. 即使您簽署了本表格，只要您個人有能力，您仍有權繼續自行做出醫療護理決定。如果您反對，將不會提供或停止相應治療，您的代理人將沒有任何合法權力代您做出醫療護理決定。
11. 您可以隨時透過口頭或書面形式告知代理人或您的醫療護理提供者來撤銷對代理人的授權。
12. 您可在本表格上表達自己關於器官和/或組織捐贈的意願或指示。

醫療護理委託書表格說明

項目 (1)

寫下您選為自己代理人的人士的姓名、家庭地址及電話號碼。

項目 (2)

如果您想指定候補代理人，寫下您選為候補代理人的人士的姓名、家庭地址及電話號碼。

項目 (3)

除非您設定到期日期或到期條件，否則您的醫療護理委託書將無限期保持有效。本部分為選填內容，僅在您希望自己的醫療護理委託書有到期日期時填寫。

項目 (4)

如果您對代理人有特別指示，可在此註明。此外，如果您希望以任何方式限制代理人的權限，也可在此說明或與您的醫療護理代理人討論相關內容。如果未說明任何限制，您的代理人將能夠代您做出您可能做的所有醫療護理決定，包括同意或拒絕生命維持治療的決定。

如果您希望給予代理人廣泛權限，可直接在該表上註明。只需寫明：

我已與自己的醫療護理代理人及候補代理人討論了自己的願望，他們瞭解我的願望，包括人工營養及水分補充方面的願望。

如果您希望做出更具體的指示，可以說：

如果我情況危急，我想/不想接受以下類型的治療…… 如果我昏迷不醒或神志不清，且沒有康復希望，我想/不想接受以下類型的治療：……

如果我有腦損傷或腦疾病，致使自己無法辨識人或說話，並且該狀況沒有希望改善，我想/不想接受以下類型的治療：……

我已與我的代理人討論過我關於

_____ 的願望，我希望我的代理人就這些措施做出所有決定。

下面列出了您可能希望對代理人做出特別指示的醫療治療的例子。這並非完整列表：

- 人工呼吸
- 人工營養及水分補充（透過飼管供應營養及水）
- 心肺復甦 (CPR)
- 抗精神病藥物
- 電休克療法
- 抗生素
- 手術治療
- 透析
- 移植
- 輸血
- 墮胎
- 消毒

項目 (5)

您必須在本醫療護理委託書上註明日期並簽名。如果您無法親自簽名，可指示他人在您在場的情況下簽署。請務必填上寫您的地址。

項目 (6)

您可在該表格上表達自己關於器官及/或組織捐贈的意願或指示。紐約法律提供了有權代您同意器官及/或組織捐贈的人員名單，他們的優先順序如下：您的醫療護理代理人、您的身後事代理人、您的配偶（如果您未合法分居）或您的同居伴侶、年滿18歲或以上的子女、父母、年滿18歲或以上的兄弟姐妹、捐贈人去世前法院指定的監護人。

項目 (7)

本醫療護理委託書必須由兩名年滿18歲或以上的見證人簽署。被指定為您的代理人或候補代理人的人士不得作為見證人進行簽署。

預設醫療指示政策概要

我們的政策是在法律允許的最大範圍內尊重接受醫療護理的患者所做的決定，包括接受或拒絕醫療或手術治療的決定，尊重患者的預設指示，包括生前遺囑、醫療護理代理人及口頭說明。您可索取我們的醫療護理代理人政策、拒絕心肺復甦術政策及口頭與書面預設醫療指示政策副本。我們建議每位患者或家人與主治醫師討論這些事項。

您做出治療相關決定的權利：紐約州成年人有權接受或拒絕醫療治療，包括生命維持治療。《憲法》及州法律保護這一權利。這表示，您有權要求或同意治療，在治療開始前拒絕治療，在治療開始後要求停止治療。

提前計劃：您可能因意外疾病或傷害無法與醫生交談並就治療方案做出決定。如果不提前計劃，家人或其他親密人士可能無權代您決定，遵照您的意願。因此，您不妨提前計劃，確保您的醫療護理意願在您無法自行決定的情況下也能得到遵循。

在紐約州，指定您信任的人在您無法做出治療相關決定時代您決定是保護您治療意願及解除顧慮的最佳方式。您可填寫醫療護理委託書來指定代理人。委託書副本附於本指南第42頁，相關資訊請見第8-9頁。

如果您不能指定或選擇不指定醫療護理代理人，您也可以對治療做出具體的預設指示。這些指示可以書面形式做出，通常稱為生前遺囑。**您應瞭解，拒絕治療的籠統指示即使書面寫下可能也無法生效。**指示必須明確說明必須做出的治療決定。比如，只寫您不想要「冒險式治療手段」是不夠的。您應說明您不想接受哪種治療，比如呼吸器或化療，並說明您將拒絕此等治療時的身體狀況，如當您患有晚期疾病或永久失去知覺並且無治癒希望。您還可以與您的醫生、家人或其他親密人士討論您的治療意願，口頭做出指示。

雖然書面寫下意願更加安全，但這兩種方法都不及指定他人代您決定有效。通常人們很難預測到將會發生的事情或他們以後的醫療需求。如果您選擇某人代您決定，需要時此人就可以與您的醫生交談，做出他們認為您想要的或對您最有益的決定。指定代理人後，您還可在生前遺囑、醫療護理委託書中或以其他方式就治療留下進一步指示。這些指示可以進一步幫助代理人代您做出正確決定。

關於心肺復甦術的決定：您做出治療相關決定的權利還包括決定是否施行心肺復甦術(CPR)。CPR是一種急救治療，在呼吸或心跳停止時復甦心臟和肺部。

有時醫生和患者事先決定不應提供CPR，醫生向醫療人員下達拒絕心肺復甦術的醫囑(DNR醫囑)。如果您的身體或精神狀況令您無法做出CPR決定，您指定的人、您的家人或其他親密人士可以代您決定。您可向您的醫療護理提供者索取CPR及您根據紐約州法律享有的權利手冊。

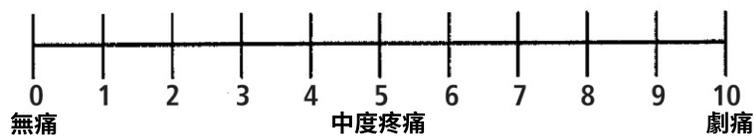
患者疼痛管理資訊

Mount Sinai致力於識別並治療疼痛，有效利用可實現最佳疼痛緩解的藥物及治療。然而，作為患者，您最清楚自己的疼痛，掌握著可提供給我們的職員的、關於您的疼痛的寶貴資訊。

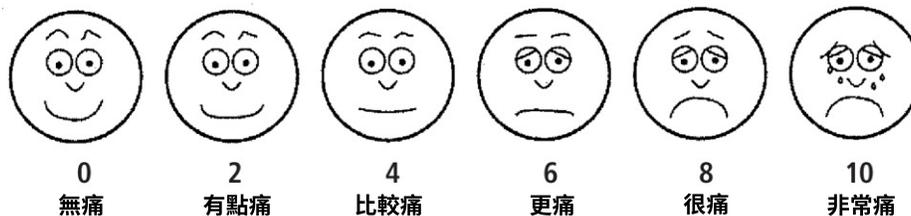
疼痛時請告訴您的醫生、護士或其他工作人員。請勿害怕索要止痛藥。許多人擔心會上癮，但大多數情況下無需擔心上癮問題，而且藥物可以也應當用來緩解疼痛。雖然我們認為疼痛管理是恢復健康的一個重要方面，如果您擔心上癮，應與您的醫生及護士坦誠交談。

我們的護士及醫生會提出問題，瞭解您可能正在承受的疼痛強度、位置及類型（搏動痛、灼痛及酸痛）。我們通常會請您用疼痛量表來評定疼痛強度。疼痛量表是用來瞭解您的疼痛、確定藥物及/或治療效用的評估工具。量表用數字0（無痛）到10（劇痛）或表現逐漸增強的疼痛強度的表情圖片來衡量。

數字疼痛量表



Wong-Baker 面部表情疼痛量表



疼痛控制很重要，它可讓您感覺舒適，有力氣去癒合，恢復健康。據我們瞭解，疼痛得到有效控制的患者通常恢復得更快更好。我們可提供多種選擇預防及管理疼痛。這些選擇包括：



- 止痛藥，口服（藥片）或皮膚貼片；
- 肌肉注射型止痛藥；
- 靜脈注射型止痛藥；
- 透過PCA（患者自控鎮痛泵）給藥的止痛藥，PCA是一種內含止痛藥的機器，上有一個按鈕，患者可以在需要時（在醫生囑咐的限制範圍內）按壓按鈕來為自己提供一劑量的止痛藥；
- 局部麻醉和脊椎麻醉藥物，將局部麻醉藥和/或止痛藥注射至脊椎或其他部位，以在一段時間內緩解身體某個部分的疼痛或麻木；
- 還有其他方法可以協助緩解疼痛，且不含有任何藥物，例如：放鬆術、熱敷或冷敷、休息、深呼吸練習、恰當的睡姿和坐姿，以及使用分散注意力技巧（例如音樂、電視和訪客）所產生的積極效果。

無論您使用何種疼痛管理療法，請記住一些重要事項：

- 告訴您的醫師與護士。討論治療計畫，並確定他們知道您的過敏症、先前止痛藥的經驗，以及您的健康記錄。
- 當工作人員詢問時，告訴他們疼痛的嚴重程度，並讓他們知道什麼會減輕或加重疼痛。
- 如果您有醫師處方的止痛藥，則在您覺得需要時請要求該止痛藥，並了解在進行可能會造成疼痛的活動之前，事先服用藥物是可接受的。
- 詢問工作人員疼痛什麼時候可以緩解，並且如果治療沒有效果，請告訴我們。
- 如果您因疼痛處理治療而經歷任何未預期或不可接受的效果，請告訴工作人員
- 利用休息、深呼吸，以及其他非藥物治療來協助減輕疼痛。

您的保健服務提供者知道該如何評估和治療您的疼痛。如果您有任何疑問或需要瞭解更多資訊，請諮詢醫生或護士。



家庭暴力受害人權利須知

「受害人權利須知」旨在告知家庭暴力的受害人，關於其法定權利與法律上的補救措施。如果您是家庭暴力的受害人，我們鼓勵您要求私下與社工人員或其他可以協助您的人交談。您應在任何陪同人員的視覺或聽覺範圍之外，私下進行面談。**如果醫院工作人員在任何陪同的伴侶或家庭成員面前詢問您是否為家庭暴力受害者，則該名工作人員違反了您的病患權利。**

如果您是家庭暴力受害人：

警察可協助您：

- 前往遠離暴力的安全地點。
- 取得關於法院可以如何協助保護您免受暴力行為的資訊。
- 為您或您子女可能受到的傷害取得治療；
- 為您與您子女從家中取得必要的物品；
- 取得警方暴力行為報告的副本；
- 在刑事法院提出投訴，並告訴您當地刑事與家事法院的地點。

法院可協助：

- 如果傷害或威脅您的人是一名家庭成員，或您與其育有子女，則您有權將您的案件帶到刑事法院、家事法院，或兩者。
- 如果您與施虐者沒有關係，不曾結婚，或沒有共同子女，則您的案件只能在刑事法院進行。
- 您所需要的表格可在家事法院與刑事法院取得。
- 法院可裁決為您、您的子女，以及任何提出要求的見證人，提供臨時保護令。
- 如果裁定您無法負擔律師費用，家事法院可委任一名律師來在法院中協助您。
- 家事法院可裁決臨時的子女撫養費，以及子女的臨時監護。

紐約法律規定：「如果您是家庭暴力受害人，您可要求員警協助保護您與您子女的安全，包含提供如何取得臨時保護令的資訊。您也可以要求員警協助您取得必要的個人財物，並尋找、帶您，或協助安排帶您與您的子女前往其管轄範圍內安全的地點，包含但不限於前往反家庭暴力計劃、家庭成員或朋友的住處，或類似的安全地點。當這名員警的管轄範圍超過一個縣市時，您可要求這名員警帶您，或安排帶您與您的子女前往事故發生縣市中的安全地點。如果您或您的子女需要治療，您有權要求員警協助您取得這些治療。」



您可以免費向執法機構索取任何事故報告的副本。」

「您有權自行尋求法律諮詢，並且如果您在家事法院中起訴，且裁定您無法負擔律師費，則法院必須免費委任一名律師來代表您。您可要求地區檢察官或執法人員提起刑事訴訟。當有人對您犯下家庭犯罪時，您還有權在家事法院中提出請願書。您有權在您出庭的同一天提出請願書與保護令要求，且此類要求必須在當天或法院開庭的下一天進行審理。這兩個法院都可對於構成家庭犯罪的行為頒布保護令，這可能包含（另外還有其他規定），裁決被告遠離您與您的子女。家事法院也可裁決支付臨時的子女撫養費，以及裁定子女的臨時監護。如果家事法院未開庭，您可以透過刑事法院尋求取得保護令上的立即協助。取得保護令所需要的表格可在家事法院與當地刑事法院取得。本社區可提供的資源，包含關於家庭暴力、傷害治療、安全地點及庇護所的資訊，均可透過撥打以下的 800 號碼取得。以明知虛假的指控，提出刑事訴訟或家事法院請願書是一種犯罪行為。」

《公共衛生法》 2803(1)(h) 「受害者須知」
節選自紐約州衛生部 「您作為紐約州醫院患者的權利」

家庭暴力 - 產前與產婦病患須知

如果您是家庭暴力受害者，本須知包含了對您而言相當重要的資訊。如果您是家庭暴力受害者，您應要求與某人談論您的情況，並以私下且保密的方式獲得此資訊。如果醫院工作人員在任何陪同的伴侶或家庭成員面前詢問您是否為家庭暴力受害者，則該名工作人員違反了您的病患權利。

您和寶寶是否安全？

如果您的生活中存在家庭暴力，您可能不安全。以下問題可協助您了解自己是否正遭受虐待：

1. 您的伴侶是否會以言語傷害您？
2. 他是否會羞辱您，使您覺得自己毫無價值？
3. 他是否會在其他人面前批評您？
4. 他是否會傷害您的身體？
5. 他是否會推您、打您巴掌、打您、揍您、踢您、掐您或毆打您？
6. 他是否會強迫您做與性有關的事情，或在性行為的過程中傷害您？
7. 他是否掌管一切？
8. 他是否會告訴您可以或不可以與哪些人見面或交談？
9. 他是否控制了家中所有的金錢？
10. 他是否會恐嚇您？
11. 他是否會發脾氣、變得非常忌妒，或破壞東西？
12. 他是否會威脅要傷心您、小孩、寵物或自己？

家庭暴力的受害者並非都是身體上的傷害。如果對於任何一項的上述問題，您的回答為「是」，則您可能受到虐待。您或您的子女可能處於危險之中。

您並不孤單。

您沒有過錯。

您不應受到虐待。

您是否知道，有時家庭暴力會在懷孕期間開始或惡化？

並且，您並不是唯一受到傷害的人：

- 在懷孕期間受到虐待的女性更容易有流產、感染、出血、貧血，以及其他健康問題。這些可能會影響到她和寶寶。
- 寶寶體重過輕的機率是一般的兩倍。
- 大部分毆打伴侶的男性也會毆打小孩。有些還會性侵小孩。
- 父親毆打母親，小孩可能會遭受健康問題、睡眠問題、憤怒、罪惡感、恐懼及焦慮。
- 每年，美國有超過 1,000 名的兒童死於父母、監護人或其他人所造成的傷害。

您與您的寶寶不應受到這樣的對待。

您有權保持安全。

您可以取得協助。



您需要什麼樣的協助？以下列出的服務在大部分的社區均有提供。任何您所說的話都將保持機密。

- 熱線：諮詢人員將會在電話中與您交談，並為您提供資訊（或只是傾聽）。如果您需要更多協助，諮詢人員也將會告訴您可以致電或前往的地方。熱線號碼列於下方。
- 支援團體：您可以和其他曾經歷過與您相同事情的女性交談（支援團體）。這可讓您感到較不孤單，並且您可以安全地分享想法與資訊。
- 兒童服務：許多計劃都有小孩的諮詢與支持服務，來協助他們了解發生了什麼事。這可給予小孩談論自己感受的機會。
- 宣導與其他支援服務：別人可以透過「系統」來協助您。此人為反家庭暴力宣導人。宣導服務通常包含協助找到法律意見、諮詢、醫療護理、住宅、工作及社會服務。
- 警察與法院：警察可以透過很多種方式提供協助，例如在緊急情況下，將您與您的子女帶到安全的地方。家事與刑事法院可以透過頒布保護令，或透過裁決監護、探視或子女撫養費來提供協助。
- 庇護所：大多數縣市都設有您與您的子女可以停留的庇護所與安全之家。庇護所可協助您取得許多上述服務。

您相當重要。

任何女性都不應受到虐待。

任何人都不会「自討苦吃」，並且任何人都應該生活在恐懼之中。您有責任保護您子女——與您自己——的安全。

您並不孤單。

您可以取得協助。

紐約州熱線

成人家庭暴力：
(每週 7 天，每天 24 小時)
英語 1-800-942-6906
西班牙語 1-800-942-6908

美國預防兒童虐待委員會：
1-800-342-7472
預防資訊及父母協助專線

兒童與家庭服務辦公室 1-800-342-3720
檢舉虐待兒童



Mount Sinai HIE及Healthix中的患者資訊及同意流程

Mount Sinai HIE及Healthix中的患者資訊及同意流程詳情：

1. **我們將如何使用您的資訊。**根據紐約州及聯邦法律，HIE及Healthix參與者可使用您的電子健康資訊，從而：
 - 為您提供醫療治療及相關服務。
 - 確認您是否有健康保險及保障內容。
 - 提供護理管理活動。包括協助您獲取適當的醫療護理、改善提供給您的醫療護理服務品質、協調提供給您的多項醫療護理服務或支援您遵循醫療護理計劃。
 - 提供品質改善活動。包括評估並改進提供給您及所有Mount Sinai患者、Healthix成員及參與機構的醫療護理（及相關服務）品質。

請注意：您所做的選擇不會允許健康保險公司為決定是否給予您健康保險或支付您的帳單而訪問您的資訊。您可以在健康保險公司必須使用的單獨同意書中做出此等選擇。

2. **您的哪類資訊包含在內。**您同意後，HIE參與者可獲取可透過Mount Sinai HIE及所有員工、代理及醫療人員得到的您的所有電子健康資訊。Mount Sinai可獲取可透過Healthix得到的您的所有電子健康資訊。此等資訊包括本同意書日期之前或之後創建的資訊。您的健康檔案中可能包括疾病或傷害記錄（如糖尿病或骨折）、檢驗結果（如X光或血液檢驗）及服用過的藥物清單。該資訊可能涉及敏感健康狀況，包括但不限於：

• 酒精及藥物濫用問題	• 精神健康狀況
• 節育及墮胎（計劃生育）	• HIV/AIDS
• 基因（遺傳性）疾病或檢測	• 性傳播疾病

3. **有關您的健康資訊的來源。**您的資訊來自為您提供醫療護理或健康保險的地方（「資訊來源」）。來源可包括醫院、醫師、藥房、檢驗科、健康保險公司、Medicaid計劃及使用電子方式交換健康資訊的其他電子醫療機構。可向Mount Sinai或您的HIE參與者醫療護理提供者（視情況而定）索取現有HIE資訊來源完整列表。您可隨時造訪Mount Sinai HIE網站<http://www.mountsinaiconnect.org> 獲取更新的資訊來源列表。您還可聯絡Mount Sinai HIE隱私官，通信地址：HIPAA Compliance Office, The Mount Sinai Medical Center, 1 Gustave L. Levy Place, Box 1016, New York, NY 10029，或致電212-241-4669。可向Healthix索取現有Healthix資訊來源完整列表，或隨時造訪Healthix網站<http://healthix.org> 獲取或撥打877-695-4749聯絡Healthix獲取。
4. **經您同意後可獲取您資訊的人。**僅以下人士可獲取您的資訊：在經批准的Mount Sinai HIE或Healthix參與者擔任醫療人員且參與您醫療護理的醫生及其他醫療護理提供者；



為經批准的Mount Sinai HIE或Healthix參與者提供保險或即期支付的醫療護理提供者；參與品質改善或護理管理活動的指定職員；根據上段規定开展本同意書所許可活動的經批准Mount Sinai HIE或Healthix參與者的工作人員。

5. **對不當獲取或使用您資訊的處罰。** 不當獲取或使用您的電子健康資訊將受到處罰。如果您擔憂本不應看到或獲取您資訊的人透過Mount Sinai HIE看到或獲取了您的資訊，您可隨時電話聯絡您准許其獲取您記錄的任一HIE參與者，造訪Mount Sinai HIE網站：<http://www.mountsinainconnect.org>，透過上述地址及電話聯絡Mount Sinai HIE隱私官，撥打977-690-2211聯絡紐約州衛生部，或透過 www.hhs.gov/ocr/hipaa.gov 網站聯絡聯邦民權辦公室。如果您擔憂的是透過Healthix獲取您的資訊，撥打877-695-4749聯絡Healthix，造訪Healthix網站：<http://www.healthix.org> 或撥打977-690-2211聯絡紐約州衛生部。
6. **資訊再披露。** Mount Sinai HIE或Healthix參與者僅可在州及聯邦法律法規允許的範圍內將您的任何電子健康資訊再披露給其他方。這也適用於您的書面健康資訊。如上述第2點所述，經您同意後，您的所有電子健康資訊，包括敏感健康資訊將可透過Mount Sinai HIE及Healthix獲取。某些州及聯邦法律對某些類型的敏感健康資訊提供特別保護，包括以下相關資訊：(i) 特定提供者對您健康狀況的評估、治療或檢查；(ii) HIV/AIDS；(iii) 精神疾病；(iv) 精神發育遲緩及發育障礙；(v) 藥物濫用；及 (vi) 基因檢測。收到這類敏感健康資訊的人士必須遵循這些特別規定。Mount Sinai HIE、Healthix及透過這些健康資訊交換系統獲取此等資訊的人士必需遵守這些規定。
7. **有效期。** 對Mount Sinai HIE而言，本同意書將保有效力，直至您撤銷同意之日，或直至Mount Sinai HIE停止營運之時，對Healthix而言，直至以下兩者中較早者：您簽署日期後十 (10) 年或Healthix停止營運時。
8. **撤銷同意。** 您可隨時簽署撤銷同意書並提交給Mount Sinai，以撤銷此等同意。您還可以隨時簽署新的同意書，更改您的同意選擇。您可從Mount Sinai HIE網站<http://www.mountsinainconnect.org> 獲取這些文書。完成填寫後，請將文書傳真至212-831-6001或提交給您的提供者。**注意：包括提供者在內的機構在您的同意保有效力期間透過Mount Sinai HIE及/或Healthix獲取您的健康資訊後可能複製您的資訊或將您的資訊納入他們自己的醫療檔案中。即使您後來決定撤銷同意，他們也無須歸還資訊或從檔案中移除。**
9. **文書副本。** 簽署同意書後，您有權要求獲得此等同意書副本。

附錄及術語



附錄A——關於醫院護理的擔憂、問題 及投訴

如果您對住院期間所接受護理的任何方面有擔憂、問題或投訴，請告知您的醫生、護士或醫院工作人員。如果醫院工作人員沒有解決相關問題，您可透過信件或電話聯絡紐約州衛生部或聯合委員會。

紐約州衛生部：

您可撥打免費電話1-800-804-5447或書面提出投訴，寄送至：

New York State Department of Health
Centralized Hospital Intake Program
Mailstop: CA/DCS
Empire State Plaza
Albany, NY 12237

問題或評價：hospinfo@health.state.ny.us

The Joint Commission:

One Renaissance Blvd
Oakbrook Terrace, IL 60181
1-800-994-6610

或線上聯絡：<http://jointcommission.org>

節選自紐約州衛生部「您作為紐約州醫院患者的權利」

附錄B——如果您認為您過早被要求出院

您有權對醫生、醫院職員或您的管理式醫療計劃做出的以下決定提出申訴：

- 您何時出院；
- 如果您認為您過早被要求出院；
- 如果您認為院方對您出院後可能需要的醫療護理或其他服務沒有做出充分或適當的計劃；或
- 如果所需服務不到位。

法律規定您應獲得關於以下事項的**書面**事先通知：

- 醫師及/或意願計劃讓您出院的日期；
- 如果您希望留在醫院應如何申請；及
- 一個特別號碼，關於出院有任何問題時可聯絡。

援助/幫助

您所在區域及您的保險給付範圍有一個獨立專業審查機構 (IPRA)。如果您需要IPRA的援助/幫助，醫院將為您提供電話號碼/聯絡人。

僅針對Medicare患者

如果您認為您過早被要求出院且事先未收到告知出院時間的通知，請索取您的出院通知（稱為「Medicare關於您自身權利的重要資訊」）。如果您是衛生保健機構 (HMO) 會員，則還應要求提供「Medicare關於您自身權利的重要資訊」。要對醫師和醫院關於您出院時間的決定提出申訴，必須持有該書面出院通知。

僅針對管理式醫療患者

若您參加了HMO或管理式醫療計劃，如果您認為您的福利受到不公平的限制或拒絕、您過早被要求出院或具有醫療必要性的服務被以不當方式排除出您的給付範圍，則首先向該HMO或該計劃的資源使用審查委員會請求/提交加急申訴。如果對申訴請求的結果不滿意，您可以聯絡紐約州衛生部，請致電：1-800-206-8125。



附錄C——基因資訊的保密

Mount Sinai保留的基因資訊的隱私及保密受州及聯邦的法律法規保護。基因資訊指，對個人而言：(i) 個人的基因檢測；(ii) 個人之家人的基因檢測；(iii) 個人之家人疾病或紊亂的臨床表現；或 (iv) 個人或個人之任何家人請求或接受基因服務或參與含基因服務的臨床研究。這些保護超越Mount Sinai通用「隱私權慣例做法通告」（通告）中規定的保護。如您對本通告有任何疑問或欲知更多資訊，請聯絡：

Mount Sinai Privacy Office: 212-241-4669

我們建議您花點時間閱覽通告，瞭解Mount Sinai通常會如何使用及披露您的受保護健康資訊 (PHI)。通告中還提供相關資訊，告知您可如何獲取包括保密基因資訊在內的您的PHI。根據紐約州法律，特定限制適用於：(1) 人體生物樣本的基因檢測及 (2) 向任何個人或組織披露從基因檢測中得出的資訊。基因檢測指任何DNA、染色體、基因或基因產品的實驗室檢測，檢測與某一基因疾病傾向相關聯的基因變異。不包括有臨床表現的疾病（根據症狀診斷的疾病）相關資訊或以基因檢測確認某一疾病時獲得的資訊。

Mount Sinai不會對從您身上取得的生物樣本進行基因檢測，除非Mount Sinai根據紐約州法律徵得您的書面知情同意。經您知情同意，Mount Sinai可將您的基因檢測結果用於治療、付款及醫療保健營運。對您基因檢測結果的任何其他使用或披露通常需要您的書面授權。此等授權獨立於知情同意，不可與知情同意合併。

以下情況不需授權：

- 向有權代表您作出醫療保健決定的人士披露，所披露資訊是該人士作出決定所必需；
- 披露給履行特定治療服務（如實驗室分析）的合資格服務機構或披露給需要該資訊協助我們獲得付款或開展我們業務營運的業務夥伴。Mount Sinai將促成合資格服務機構或業務夥伴書面同意根據聯邦及州法律保護您資訊的隱私和保密性。
- 法律或法院命令要求或允許披露；
- Mount Sinai人體試驗審查委員會決定允許披露從我們保存的您的組織的基因檢測中獲得的資訊，或將您與具體檢測結果關聯起來的資訊，且您已根據紐約《民權法》§§ 79-1 (3) (a)、79-1 (9) (d) 簽署研究授權書或公佈基因資訊同意書。

如果您提供書面授權加入Health Information Exchange (HIE)，您的所有記錄將可訪問，包括基因資訊。如果您不同意此等披露，您不應同意加入HIE。

Mount Sinai違反這些隱私權規定可受到民事或刑事處罰。涉嫌違法行為可根據聯邦及州法律報告給相應機關。

請參閱Mount Sinai完整通告獲取更多資訊。

詞彙表

1. **預立指示**-預立指示指在您因疾病或傷害導致失能前，所作的口頭或書面指示（請見第 18 頁）。預立指示可在您病情過重或無法對護理作決定時，傳達您對於應如何進行治療的願望。預立指示包含但不限於：醫療護理授權書、記錄在病歷中的不予急救醫囑 (DNR) 同意，以及生前預囑 (living will)。
2. **心肺復甦術 (CPR)** – CPR 是用於在呼吸或循環系統停止時，使病患心肺功能重新運作的醫療程序（請見第 20 頁）。
3. **出院通知**- 紐約州醫院的出院通知應包含出院日期，以及不同意該通知時應如何上訴的相關資訊。出院通知必須在病患出院的 24 小時前，以書面形式提供給他們（除了將收到《Medicare 重要訊息》(Important Message from Medicare) 的 Medicare 病患）。Medicare 病患如果不同意出院，則必須要求一份書面出院通知（《Medicare 重要訊息》）。如經要求，則必須提供該通知。若提供了通知，且該名 Medicare 病患不同意該通知，則可進行上訴。
4. **出院計劃** - 紐約州醫院的所有病患（含 Medicare 病患）在出院前，都必須收到一份書面的出院計劃。此計劃應描述任何出院後可能需要的醫療護理服務安排。在出院前，此計劃中所描述的必要服務均須得到保證，或在合理程度上提供。
5. **出院規劃** - 出院規劃是由醫院工作人員與您和您家人或代表您行事的人，共同準備並安排您出院後護理的程序。此護理可能是自我照顧、由家庭成員照顧、居家健康協助，或住進另一間醫療護理機構。出院規劃包含評估並確定離開醫院後您的需求，並規劃出院後適當地滿足這些需求的護理。在您離開醫院前，必須為您提供一份書面的計劃。出院規劃通常涉及病患本身、家庭成員或病患指定代表其行事的人、病患的醫生，以及一名醫院的工作人員。有些醫院設有稱為「出院規劃員」的工作人員。在其他醫院，可能由護士或社工來協助出院規劃。
6. **不予急救醫囑 (DNR)** - 根據您的要求，不予急救醫囑可包含在您的病歷中。此醫囑指示醫療人員，在您的呼吸或心跳停止時，不對您進行急救。這表示醫生、護士，以及其他醫療護理從業人員將不會進行以下緊急程序：口對口人工呼吸、胸外按壓、電擊、插入管子打開呼吸道、注射藥物到心臟中，或開胸。根據紐約州的法律，若有兩名見證人在場，所有成年病患都可以口頭或書面要求不予急救醫囑。此外，《醫療護理授權法》(Health Care Proxy Law) 允許您委任他人，在您無法作出決定時，為您決定 DNR 與其他治療。

7. **醫療護理授權書** - 紐約州的法律允許您委任一名您信任的人（例如：家庭成員、親密的朋友）作為您的「醫療護理代理人」(HealthCareAgent)，以在您喪失自行決定的能力時，替您作出治療上的決定。您也可以使用此授權書表達您對於在死亡時器官捐贈的意願
8. **生前預囑 (living will)** - 生前預囑是一份書面文件，用於預先表達您對於各種治療類型與某些病情的特定指示與選擇。如果您罹患重病，無法進行溝通，生前預囑可被視為您願望的證據（如果這些願望是以明確且有說服力的方式表達）。
9. **管理式護理** - 管理式護理係指個人（或家庭成員）之醫療護理的組織及支付方式。健康維護組織 (HMO) 是最知名的管理式護理計劃，除此之外還有許多其他的計劃。如果您加入了管理式護理計劃，您醫療護理服務的取得將由該計劃和／或全科醫師來進行協調。因此，您應了解根據計劃的規則及福利，何時可在何處如何取得醫療護理服務（含醫院服務）。請仔細閱讀計劃的投保資訊，並詢問計劃的代表，以確保了解自己的福利、權利、責任。
10. **Medicaid** 《社會安全法》第十九章 (Title XIX of the Social Security Act) - Medicaid 是一項聯邦計劃，由聯邦政府、州政府、地方政府出資，旨在使貧困人士能夠取得醫療護理服務，尤其是那些滿足某些資格標準（如收入水準）的人士。
11. **醫療過失** - 如果您認為醫生或助理醫師所提供的護理品質不佳或低於標準（不適當、有疏忽或具欺騙性），可以報告給紐約州衛生署。醫師與其他保健專業人員依法必須報告任何疑似過失的情況。
12. **Medicare** 《社會安全法》第十八章 (Title XVIII of the Social Security Act) - Medicare 是一項聯邦計劃，由聯邦政府管理，為年齡 65 歲或 65 歲以上人士或身心障礙人士支付部分的醫療服務費用。資格標準僅取決於年齡或障礙。
13. **病患代表** - 病患代表是醫院工作人員，負責聯繫病患、家屬、醫師，以及其他醫院工作人員。病患代表應回答關於醫院程序的疑問，並協助處理特殊需求或疑慮，以及協助解決問題。病患代表熟悉所有醫院的服務，並將為您提供協助。病患代表提供的服務不收費。



醫療護理授權書

(1) 本人， _____
特此委任 _____
(姓名、住址及電話號碼)

作為我的醫療護理代理人，並替我作出所有醫療護理決定，我另外註明的範圍除外。本授權書僅在我無法自行作出醫療護理決定時才有效。

(2) 選擇性：候補代理人

如果我委任的人無法、不願或沒空擔任醫療護理代理人，本人特此委任 _____
(姓名、住址及電話號碼)

作為我的醫療護理代理人，並替我作出所有醫療護理決定，我另外註明的範圍除外。

(3) 除非我撤銷或註明失效日期或失效情況，本授權書將永遠維持有效。(選擇性：如果您想要此授權書失效，請於此處註明日期或條件。) 本授權書將在以下情況失效(註明日期或條件)：

(4) 選擇性：我指示我的醫療護理代理人，根據其所知或於下方註明的願望及限制，作出醫療護理決定。(如果您想要限制代理人替您作出醫療護理決定的權力，或想要給予特定的指示，您可於此處註明您的願望或限制。) 我指示我的醫療護理代理人根據以下限制和/或指示作出醫療護理決定(可視需要附加額外的紙張)： _____

為了使代理人能夠替您作出關於人工營養及水份供給的醫療護理決定(透過餵食管或靜脈導管提供營養及水份)，代理人必須合理地得知您的願望。您可以告知代理人您的願望，或將這些願望包含在此部分。如果您選擇在本授權書上包含願望(含關於人工營養及水份供給的願望)，請見上方指示，了解您可以使用的語言風格範例。



(5) 您的身分識別 (請以正楷書寫)

您的姓名 _____
您的簽名 _____ 日期 _____
您的住址 _____

(6) 選擇性：器官和／或組織捐贈

本人特此作出遺體捐贈，於本人死亡時生效，關於：（勾選所有適用項目）

- 任何需要的器官和／或組織
- 以下器官和／或組織 _____
- 限制 _____

如果您並未在此授權書上註明您對於器官和／或組織捐贈的意願或指示，並不會被理解為您不願作出捐贈，或防止一名以其他方式依法授權的人士代表您同意捐贈。

您的簽名 _____ 日期 _____

(7) 見證人聲明 (見證人須為 18 歲或 18 歲以上，且不得為醫療護理代理人或候補代理人。)

本人聲明簽署本文件之人為本人所熟知，且看起來心智健全並根據其自由意志行事。此人於本人在場的情況下簽署（或請他人代為簽署）。

日期 _____ 日期 _____

見證人姓名 1 (正楷) _____ 見證人姓名 2 (正楷) _____

簽名 _____ 簽名 _____

住址 _____ 住址 _____



Mount Sinai Health Information Exchange (HIE) 與 Healthix 同意書

The Mount Sinai Health Information Exchange (「Mount Sinai HIE」) 與 Healthix 以電子方式安全共享人們的健康資訊，改善醫療護理服務品質。這種共享稱為電子醫療或健康資訊技術 (「醫療 IT」)。欲進一步瞭解紐約州的醫療 IT，閱讀「更全的資訊意味著更好的護理」手冊。您可向您的醫療護理提供者索取，或造訪網站 www.ehealth4ny.org 獲取。

在本同意書中，您可以選擇是否允許 Mount Sinai HIE 網站 www.mountsinaiconnect.org 上列出的醫療護理提供者透過 Mount Sinai HIE 營運的計算機網路訪問您的病歷。此舉有助於將您在接受醫療護理各處的病歷集中起來，以電子方式提供給向您提供治療的提供者。網站上的 HIE 參與者列表將定期更新。

您還可使用本同意書決定是否允許 The Mount Sinai Hospital 及 Icahn School of Medicine at Mount Sinai (統稱「Mount Sinai」) 的員工、代理或醫療人員透過健康資訊交換系統 Healthix 或紐約州認可的非營利組織區域健康資訊組織 (「RHIO」) 看到並獲取您的電子病歷。此舉有助於將您在接受醫療護理各處的病歷集中起來，以電子方式提供給向您提供治療的提供者。此等同意允許您作為其下患者的任何 Mount Sinai 計劃從有權透過 Healthix 披露資訊的其他醫療護理提供者處獲取您的病歷。可向 Healthix 索取現有 Healthix 資訊來源完整列表，或隨時造訪 Healthix 網站 <http://healthix.org> 獲取或撥打 877-695-4749 聯絡 Healthix 獲取。若您要求，您的提供者將從 Healthix 網站為您列印該列表。

您選擇給予或拒絕同意不會構成拒絕醫療服務或醫療保險保障的根據。

在您做出決定前，請仔細閱讀隨附情況說明書上的資訊，

這是本同意書的一部分。

您的同意選擇。您可以現在或以後填寫本表格。您有以下選擇：請點選方塊 1 或方塊 2。

1. 本人同意 Mount Sinai HIE 網站上列示的所有 HIE 參與者透過 Mount Sinai HIE 訪問本人的所有電子健康資訊，本人同意 Mount Sinai 所有員工、代理及醫療人員透過 HEALTHIX 訪問本人的所有電子健康資訊，用於情況說明書中描述的任何經許可目的，包括向本人提供含急救護理在內的任何醫療護理服務。

2. 本人拒絕同意 Mount Sinai HIE 網站上列示的所有 HIE 參與者透過 Mount Sinai HIE 訪問本人的電子健康資訊，本人拒絕同意 Mount Sinai 所有員工、代理及醫療人員為任何目的透過 HEALTHIX 訪問本人的任何電子健康資訊，即使在急救情況下也是如此。

注意：除非您點選「本人拒絕同意」方塊，紐約州法律允許為您提供急救的醫療護理提供者獲取您的病歷，包括可透過 Mount Sinai HIE 及 Healthix 獲取的病歷。如果您不做出選擇，病歷將根據適用法律許可僅在急救情況下共享。

患者工整書寫姓名

患者出生日期

患者或患者法定代表人簽名

日期

法定代表人工整書寫姓名 (如適用)

法定代表人與患者關係 (如適用)



門診患者通知記錄

本人確認，本人已獲得州及聯辦法規（適當時）規定的以下通知及表格：

- 紐約州患者權利清單
- 紐約州家長權利清單
- 患者責任
- 隱私權慣例做法通告
- 同意書
- Medicare關於您自身權利的重要資訊
- 紐約州醫療護理委託書
- 預設醫療指示政策概要
- 患者疼痛管理資訊
- 附錄及術語

在下方簽名即表示本人確認本人已獲得上述通知及附錄副本（適用時），並因此被告知本人作為患者的權利及責任、本人在預設醫療指示方面的任何選擇、本通知開頭所列醫院及機構可能如何使用及披露本人的健康資訊及本人可如何獲取並管理此等資訊。

患者或個人代表工整書寫姓名

患者或個人代表簽名

日期

個人代表權限說明

本人無法在患者登記時獲得患者確認收悉上述通知的聲明，因為：

- 儘管已做出善意努力，患者仍拒絕簽署；
- 患者無人陪伴，意識不清醒或缺乏定向能力；
- 患者無人陪伴且需要急救護理；
- 其他：_____。

員工簽名：_____ 員工職務：_____

工整書寫姓名：_____ 日期：_____



關於支付您在Mount Sinai Beth Israel的護理費用的重要資訊

Mount Sinai Beth Israel (下文簡稱「本院」) 是參與了多種健康計劃網路的醫療保健服務機構。您可在以下網站找到我們所參與計劃的列表<http://www.mountsinaihealth.org/about-the-health-system/insurance-info/msbi>。一些健康計劃使用較小的網路提供特定的產品，因此您應確認我們是否參與您的承保計劃，這很重要。您可從列表中獲知我們是否參與某個健康計劃的所有產品。此外您也應瞭解，您在本院中所接受的醫師服務並不包括在本院費用內。在本院提供服務的醫師可能是獨立志願醫師、本院聘用醫師、Icahn School of Medicine at Mount Sinai的員工，也可能是合約醫師。醫師服務費用單獨結算，可能計入本院的同一計劃中，也可能不計入。您應向為您安排醫院服務的醫師諮詢，以確定他們參與哪些計劃。

您可在<http://www.mountsinaihealth.org> 使用粉色的「查找醫生」工具列導航至某個醫師的檔案來查看他們的保險參與資訊，以便瞭解本院聘用醫師或Icahn School of Medicine at Mount Sinai聘用醫師的計劃參與資訊。本院也與York Anesthesiologists PLLC醫師團隊簽約，提供麻醉學相關服務。York Anesthesiologists PLLC聯絡方式如下所示，您應直接聯絡York Anesthesiologists來瞭解他們所參與的健康計劃：

York Anesthesiologists, PLLC
Baird Hall, Room #3BH55
1st Ave at 17th Street
New York, NY 10003
(631) 264-2035

專業醫療管理部 (開票室)
46 West Oak Street
Amityville, NY 11701
(631) 264-2030

您也應向為您安排醫院服務的醫師諮詢，瞭解您的護理是否需要其他醫師的服務。醫師可為您提供可能需要其服務的其他醫師的姓名、執業名稱、郵寄地址及電話號碼。醫師也可告知您是否可能需要本院聘用或簽約的其他醫師服務，例如麻醉師、放射科醫師及病理學醫師。如上所述，您可在www.mountsinaihealth.org 找到這些醫師的聯絡資訊。您應直接聯絡這些團隊，以瞭解他們參與哪些健康計劃。

根據法律要求，醫院應明確列出所提供項目和服務的收費標準相關資訊。您可透過以下方式獲取此類資訊：撥打 (212) 256-3177，或寄函件至本院患者財務服務部，地址：160 Water Street, 22nd Floor, New York, NY 10038。

若您沒有健康保險，則您具有申請醫院費用支付援助的資格。可造訪www.hospitalassistance.org 獲取財務援助相關資訊，或透過以下方式聯絡我們的財務援助辦事處：

Department of Patient and Financial Counseling
307 First Avenue
New York, NY 10003
(212) 844-1914

Department of Financial Counseling, Philips Ambulatory Care Center
10 Union Square East
New York, NY 10003
(212) 844-6041