

Name: _____

DOB: _____

MRN: _____

入院确认书

Front Door Acknowledgement

治疗：

本人特此同意并授权 Mount Sinai Health System (MSHS)、医生、护士及其他临床工作人员为本人提供护理，其中可能包括维持本人护理和健康所需的治疗、检测和医疗程序。本人明白，本人可能会接受由受监督受训人员所提供的护理服务，除非本人另有要求，并且本人的主治医生确定即便没有此类团队成员也可保证安全。

观察员和供应商：

本人明白，技术或供应商支持人员可能会加入本人的医疗护理团队。

暴露期间的血液检测：

本人了解，若参与本人护理和治疗的个人接触到特定体液，从而导致可能传播血源性疾病，本人需要接受人类免疫缺陷病毒 (HIV)、乙型肝炎和丙型肝炎血液检测，以确定是否存在接触风险。

患者 HIV 检测：

一般 HIV 信息：

- HIV 是引起获得性免疫缺陷综合征 (AIDS) 的病毒，可通过不安全性行为、共用针头、分娩或母乳喂养传播。
- 如果本人的检测结果呈阳性，本人会接受 HIV/AIDS 治疗，以帮助本人维持健康并延长寿命。
- HIV/AIDS 感染者可通过采取安全措施来保护他人免受感染。
- 因某人感染 HIV 而对其进行歧视属违法行为。

根据《纽约州公共卫生法》(NYS Public Health Law) 第 27F 条，需要向患者提供下列 HIV 检测相关信息：

- 医疗保健提供者必须为所有 13 至 64 岁的患者提供 HIV 检测。
- 检测与否纯粹自愿，并且所有 HIV 检测结果均将予以保密（不公开）。
- 特定公共检测点提供匿名 HIV 检测（无需透露姓名）。
- 本人可以随时以口头或书面形式撤回本人的同意。

本人已阅读上文，如有任何疑问或者需要了解更多信息，本人将通知本人的护理提供者。

患者*或合法授权代表**

正楷姓名

签名

日期

时间

关系

* 除非患者未满 18 岁或者无行为能力，否则必须获得患者的签名。

** 法院指定的监护人、医疗委托代理人或者《家庭医疗保健决定法》(Family Health Care Decisions Act) 所规定的代理人。