

Name: _____

DOB: _____

MRN: _____

의료 시설 출입 동의서

Front Door Acknowledgement

치료:

본인은 이로써 Mount Sinai Health System(MSHS), 의사, 간호사 및 기타 임상 직원이 치료를 제공하는 데 동의하고 승인합니다.

여기에는 관리와 웰빙에 필요한 치료, 검사, 수술이 포함될 수 있습니다. 본인이 달리 요청하지 않고 연수생 없이 진행하는 것이 안전하다는 주치의의 결정이 없는 한 감독하에 있는 연수생에게 치료를 받을 수 있다는 것을 알고 있습니다.

관찰자 및 공급업체:

기술 또는 공급업체 지원 담당자가 본인의 의료 서비스에 함께할 수 있음을 알고 있습니다.

타인 노출 시 혈액 검사:

본인의 진료 및 치료에 참여하는 개인이 특정 체액에 노출되어 혈액 매개 질병이 전염될 가능성이 있는 경우, 노출 시 위험을 확인하기 위해 본인의 혈액으로 HIV, B형 간염, C형 간염 검사를 받게 된다는 점을 이해합니다.

환자를 위한 인간 면역결핍 바이러스(HIV) 검사:

일반 HIV 정보:

- 후천성면역결핍증(AIDS)을 유발하는 바이러스인 HIV는 콘돔을 사용하지 않은 성관계, 주사 바늘 재사용, 출산 또는 모유 수유를 통해 확산될 수 있습니다.
- 양성 판정을 받으면 HIV/AIDS 치료를 받아 건강하고 더 오래 살 수 있습니다.
- HIV/AIDS에 감염된 사람들은 안전한 방법을 사용해 다른 사람이 감염되지 않도록 보호할 수 있습니다.
- HIV 감염을 이유로 누군가를 차별하는 것은 불법입니다.

뉴욕주 공중 보건법(NYS Public Health Law) 제27F조에 따라

환자는 다음과 같이 HIV 검사에 대한 정보를 받아야 합니다.

- 의료 서비스 제공자는 13-64세의 모든 환자에게 HIV 검사를 제공해야 합니다.
- 검사는 자발적으로 이루어지며, 모든 HIV 검사 결과는 기밀(비공개) 사항입니다.

- 익명 HIV 검사(이름을 밝히지 않음)는 특정 공공 검사 장소에서 받을 수 있습니다.

- 본인은 구두나 서면으로 언제든지 동의를 철회할 수 있습니다.

백신 접종:

본인은 MSHS가 뉴욕주 예방접종 정보 시스템(New York State Immunization Information System, NYSIIS)을 통해 본인의 백신 접종 정보를 뉴욕시 보건부(New York City State Department of Health)와 공유할 수 있다는 것을 알고 있습니다. 이는 담당 의료 서비스 제공자가 본인의 관련 의료 정보를 파악하고 본인과 협력하여 필요한 예방접종을 받을 수 있도록 하기 위함입니다.

추가 치료 정보:

본인이 아기를 출산하는 경우, 진료팀이 표준 신생아 치료의 일환으로 아기에게 비타민 K와 에리트로마이신 안연고를 투여할 것임을 이해합니다.

영상 및 소리 녹음:

본인은 진료의 일환으로 임상 또는 품질을 개선하기 위해 영상 및 소리 녹음(녹음물)이 진행될 수 있음을 알고 있습니다. 진료소 및 공공 장소에서의 카메라 감시는 안전 목적으로 활용될 수 있습니다.

녹음물은 사진이나 그에 수반되는 설명을 통해 본인의 신원이 드러나지 않는 한 교육 목적(예: 프레젠테이션, 콘퍼런스 또는 출판물)으로 사용될 수 있습니다. 교육 목적으로 사용되는 녹음물에 식별 가능한 정보가 있는 경우, 사용 전에 분명히 허가를 요청할 것입니다.

본인은 언제든지 교육 또는 연구 목적으로 본인의 녹음물을 사용하는 것에 대한 동의를 철회할 권리가 있으며 거부한다고 해서 본인이 받는 치료에 대한 접근권이나 치료 품질이 저하되지 않는다는 점을 이해합니다.

인공지능 활용:

본인은 MSHS가 인공지능(artificial intelligence, AI) 도구를 사용하여 의료진이 내 치료에 대한 전문적인 평가와 결정을 내리는 것을 도울 수 있음을 이해합니다.

본인은 위 내용을 읽었으며, 질문이 있거나 추가 정보를 원할 경우 담당 의료 서비스 제공자에게 알려겠습니다.

환자* 또는 법적 대리인**

이름(정자체)

서명

날짜

시간

관계

* 환자가 18세 미만이거나 의사 결정 능력이 없는 경우를 제외하고는 환자 본인의 서명을 받아야 합니다.

** 가족보건의료결정법(Family Health Care Decisions Act)에 따라 법원이 지정한 후견인, 건강 관리 대리인 또는 대리인