

## 授权并同意治疗

**受益分配与授权发布医疗信息。** 我在此证明，我提供的保险信息是准确、完整和最新的，并且我没有其他保险承保。我将基于联邦医疗保险、医疗补助计划和/或我的任何保险承保商获得的授权给付的权利转让给提供者或该提供者又或供应者所提供给我的任何服务的提供者或供应者。我授权我的提供者代表我对与提供的服务和护理有关的任何付款拒绝和/或不利益决定提出上诉。如果我的健康保险计划未直接向我的提供者付款，则我同意将我因我的提供者及其保健提供者提供的服务所收到的所有健康保险款项转发给我的提供者。我授权我的提供者或与我或以下所述的患者有关的医疗信息的任何持有人，向我的健康保险计划发布确定这些福利或相关服务应付福利所需的此类信息。我了解，如果我的提供者未参加我的保险计划的网络，或者如果我是自费患者，则这种利益分配可能不适用。

**付款保证和预先认证。** 考虑到我的提供者提供的服务，我同意由我承担所有我的健康保险计划未涵盖或我所负责的基于我的健康保险计划支付的服务费用。我同意支付我的健康保险计划未涵盖或我所负责的根据我的健康保险计划支付的所有费用。我进一步同意，在法律允许的范围内，我将赔偿我的提供者因收取这些费用而产生的所有费用、开支和律师费。

如果我的保险有预先认证或授权的要求，我理解我有责任根据计划的规定获得对所提供服务的授权。我知道我不这样做可能会导致减少或拒绝给付，而我将对所有应付余额负责。

**我特此确认，我已收到我的提供者的财务政策以及我的提供者的隐私惯例通知。我同意我的提供者的财务政策条款，同意通过 HIE \*共享我的信息，并同意我的提供者对我的治疗。此表格和我的受益分配适用于并扩展到与所有 Privia Health 附属提供方的随后访问和预约。**

病人的印刷体姓名： \_\_\_\_\_ 电子邮件： \_\_\_\_\_

→ 签名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

如果患者是未成年人或其他不具备能力的患者，由患者的父母或法定监护人签署

签名人的姓名和关系（如果不是患者）： \_\_\_\_\_

**\*备注：如果你不想参与医疗信息交换（HIE），则你有责任遵循概述于我的提供方“HIE 退出申请表”上的指示及/或直接联系 HIE。**

**同意治疗。** 我在此自愿同意此类照料和治疗的提供，因为我的提供者根据他们的专业判断认为对我的健康和福祉是必不可少的。

如果我请求或发起远程医疗访问（“虚拟访问”），我在此同意参加这种远程医疗访问及其记录，并且我了解我可以随时终止这种访问。

我的同意书应涵盖医学检查和诊断测试（如果法律不要求另行同意，则包括性传播感染和/或 HIV 的测试），包括但不限于次要的外科手术（包括缝合），上/除石膏和疫苗管理。我的同意还应涵盖护理人员执行我的治疗提供者指示的情况。我承认，我的提供者及其任何员工均未对我将获得的结果做出任何保证或承诺。

**同意致电、电子邮件和短信。** 我理解并同意，我的提供者可以使用发送到我的固定电话和/或移动设备的自动呼叫、电子邮件和/或文本消息与我联系。这些通讯可能会通知我有关预防保健、测试结果、治疗建议、未偿还余额或我提供者提供的任何其他通讯的信息。我了解，我可以通过知会自身服务提供者的员工、访问 myPrivia Patient Portal 上的“我的资料”或通过向隐私保护专员发送电子邮件至 [privacy@priviahealth.com](mailto:privacy@priviahealth.com)，拒绝接收来自服务提供者的所有此类通信。

**HIPAA**。我了解我的提供者的隐私声明可 [从其网站和 priviahealth.com/hipaa-privacy-notice/](http://priviahealth.com/hipaa-privacy-notice/) 上获得，而且我可以在自身提供者的接待处索取纸质副本。