

## 患者登记表

患者信息			
姓名:	出生日期 (日月年):        -        -		
地址:			
城市:	州:	邮政编码:	SSN:
电话号码:	手机号码:	工作电话:	
性别: [ ] 男性 [ ] 女性 [ ] 其他		婚姻状态:	
电子邮件地址:			
医生/转诊信息			
初级照护医师 (PCP):		电话:	
转诊医师 (如果非 PCP)		电话:	
机构信息:			
专业护理机构 [ ] 是 [ ] 否		临终关怀 [ ] 是 [ ] 否	
机构名称:			
机构地址:			
医疗决策和经济责任方 (如果非患者)			
监护人: [ ]        委托书: [ ]		其他: [ ] 请具体说明:	
<i>请提供文件以证实与患者的关系。</i>			
姓名:			
地址:			
出生日期 (月日年):        -        -		电话:	SSN:
上述人员是否对该患者负有经济责任? [ ] 是 [ ] 否			
如果选择否, 请提供以下信息。			
姓名:		出生日期 (日月年)        -        -	
地址:		电话:	
紧急联系人信息 (如果与上述人员不同)			
姓名:		关系:	电话:

### 信息发布和利益转让声明:

本人特此授权发布处理本人的保险索赔所需的医疗信息, 并将 MEDICARE 和/或其他保险提供商为所提供的服务支付的所有款项转让给医生。本人理解并同意上述条件。

\_\_\_\_\_  
患者或患者代表签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
正楷体患者代表姓名和与患者的关系

## 药物、过敏、手术

药物过敏? [ ] 是 [ ] 否	手术? [ ] 是 [ ] 否
如果对“药物过敏”的选择为“是”，请在下方空白处列出所有药物和过敏反应。（例如：青霉素、磺胺类药物、非甾体抗炎药等）	如果对“手术”的回答为“是”，请在下方列出做过的所有手术。（例如：扁桃体切除术、阑尾切除术、白内障手术等）

## 既往病史

您住过院吗? [ ] 是, 请在下面说明日期和原因。[ ] 否

日期	原因

您是否被诊断患有以下任何一种疾病? (选择任何适用项)

<input type="checkbox"/> 贫血 <input type="checkbox"/> 心绞痛 <input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 癌症 (在下方具体说明) <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 结肠炎 <input type="checkbox"/> 克罗恩病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肺气肿 <input type="checkbox"/> 羊痫风 (癫痫发作)	<input type="checkbox"/> 甲状腺肿 <input type="checkbox"/> 心脏杂音 <input type="checkbox"/> 心脏问题 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 高胆固醇 <input type="checkbox"/> 艾滋病毒/艾滋病 <input type="checkbox"/> 甲状腺功能减退 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 肾脏疾病	<input type="checkbox"/> 肾结石 <input type="checkbox"/> 白血病 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 银屑病 <input type="checkbox"/> 肺栓塞 <input type="checkbox"/> 风湿热 <input type="checkbox"/> 胃或消化性溃疡 <input type="checkbox"/> 卒中 <input type="checkbox"/> 肺结核
---	--	--

其他医疗状况:

## 社会活动史:

(选择任何适用项)

吸烟, 每天 \_\_\_\_ 包, 持续了 \_\_\_\_\_ 年。  
 酒精  
 非法药物, 请具体说明: \_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_

## 一般问题回顾

在过去的一个月里，您是否遇到过以下问题？（选择任何适用项）

<p><b>一般问题</b></p> <input type="checkbox"/> 近期体重增加 <input type="checkbox"/> 近期体重减轻 <input type="checkbox"/> 疲劳 <input type="checkbox"/> 虚弱 <input type="checkbox"/> 发热 <input type="checkbox"/> 夜间盗汗	<p><b>喉咙</b></p> <input type="checkbox"/> 经常性喉咙痛 <input type="checkbox"/> 声音嘶哑 <input type="checkbox"/> 吞咽困难 <input type="checkbox"/> 下颌疼痛	<p><b>肠胃</b></p> <input type="checkbox"/> 恶心 <input type="checkbox"/> 胃灼热 <input type="checkbox"/> 胃痛 <input type="checkbox"/> 呕吐 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 持续性腹泻 <input type="checkbox"/> 便血 <input type="checkbox"/> 黑便	<p><b>耳部</b></p> <input type="checkbox"/> 耳鸣 <input type="checkbox"/> 听力丧失
<p><b>肌肉/关节/骨骼</b></p> <input type="checkbox"/> 麻木 <input type="checkbox"/> 关节疼痛 <input type="checkbox"/> 肌肉无力 <input type="checkbox"/> 关节肿胀	<p><b>心肺</b></p> <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 心悸 <input type="checkbox"/> 呼吸急促 <input type="checkbox"/> 昏厥 <input type="checkbox"/> 腿/脚肿胀 <input type="checkbox"/> 咳嗽	<p><b>神经系统</b></p> <input type="checkbox"/> 头痛 <input type="checkbox"/> 头晕 <input type="checkbox"/> 昏厥/失去知觉 <input type="checkbox"/> 麻木 或刺痛、失忆	<p><b>血液</b></p> <input type="checkbox"/> 贫血 <input type="checkbox"/> 凝块
<p><b>眼睛</b></p> <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 发红 <input type="checkbox"/> 视力丧失 <input type="checkbox"/> 复视/视力模糊 <input type="checkbox"/> 眼干	<p><b>皮肤</b></p> <input type="checkbox"/> 发红 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 结节/肿块 <input type="checkbox"/> 脱发 <input type="checkbox"/> 手脚变色	<p><b>肾/生殖器/膀胱</b></p> <input type="checkbox"/> 尿频/尿痛 <input type="checkbox"/> 尿血 <input type="checkbox"/> 阳痿 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 感染	<p><b>精神病</b></p> <input type="checkbox"/> 抑郁 <input type="checkbox"/> 焦虑 <input type="checkbox"/> 情绪波动 <input type="checkbox"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 幻觉 <input type="checkbox"/> 迷失方向

## 家族史 您的家族成员是否被诊断患有以下疾病？

<p><b>父亲</b></p> <input type="checkbox"/> 青光眼 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 黄斑变性 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 关节炎 <input type="checkbox"/> 心脏病 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<p><b>兄弟</b></p> <input type="checkbox"/> 青光眼 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 黄斑变性 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 关节炎 <input type="checkbox"/> 心脏病 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<p><b>女儿</b></p> <input type="checkbox"/> 青光眼 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 黄斑变性 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 关节炎 <input type="checkbox"/> 心脏病 <input type="checkbox"/> 其他：_____
<p><b>母亲</b></p> <input type="checkbox"/> 青光眼 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 黄斑变性 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 关节炎 <input type="checkbox"/> 心脏病 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<p><b>姐妹</b></p> <input type="checkbox"/> 青光眼 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 黄斑变性 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 关节炎 <input type="checkbox"/> 心脏病 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<p><b>儿子</b></p> <input type="checkbox"/> 青光眼 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 黄斑变性 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 关节炎 <input type="checkbox"/> 心脏病 <input type="checkbox"/> 其他：_____

## 关于散瞳滴眼液的信息

散瞳滴眼液用于扩张或放大眼睛瞳孔，以便眼科医生更好地观察眼睛内部的情况。

滴入散瞳滴眼液后，患者通常会在一段时间内感到视力模糊（程度因人而异），并使眼睛对光更加敏感。眼科医生无法预测视力受影响的程度。检查后可能难以立即驾车，因此请最好不要亲自驾车。

散瞳滴眼液可能会引发急性闭角型青光眼等不良反应。这种反应十分罕见，并且可以立即医治。

本人特在此授权 Acuity Eye Group 和/或其指定的助手使用散瞳滴眼液。诊断本人的病情需要使用散瞳滴眼液。

\_\_\_\_\_  
患者（或经授权代表患者签字的人员）

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
见证人

\_\_\_\_\_  
日期

正楷体患者姓名： \_\_\_\_\_

## 医生所有权披露

本通知解释了本组织的所有权和运作方式。请仔细阅读本通知中的信息。您的眼部护理提供者属于，本组织致力于提供全面的眼部护理服务，从为患者寻找完美的镜架到知名专家服务应有尽有。我们的组织由医生所有，他们以守护您的健康为优先事项。我们的组织由专业人员管理，他们相互协作，致力于提供最优质的护理和结果。

**如果您希望由不属于本组织的提供者为您提供服务，请向前台或您的保险提供者索要您所在地区的眼部护理专家名单。**

Acuity Eye Care 包括 Acuity Optical、Retina Institute of California Medical Group、California Clinic Management 和下列门诊手术中心：

1. San Gabriel Ambulatory Surgery Center L.P.、Renaissance ASC, LLC、Trinity Surgical Solutions, Inc、Orange ASC, 以及 Premiere ASC, Inc, 它们符合《美国联邦法规》第 42 篇第 416 节中“医生拥有的门诊手术中心”的定义。

门诊手术中心部分由以下医生拥有：

- Tom Chang, 医学博士
  - Mike Samuel, 医学博士
  - Mike Davis, 医学博士
  - Anthony Culotta, 医学博士
  - Reid Wainess, 医学博士
  - Lily Lee, 医学博士
  - Kevin Suk, 医学博士
  - Josh Morrison-Reyes, 医学博士
  - Jessica Boeckman, 医学博士
  - Brian Chen, 医学博士
2. 您有权选择医疗照护服务的提供者。虽然我们认为以下门诊手术中心能够满足您的需求，但您可以选择其他机构。如果您选择其他机构，您的医生不会对您区别对待，但如果您的医生在其他机构没有特权，他可能无法在该机构为您实施手术。

如果您对本通知有任何疑问，请随时询问您的医生或 Acuity Eye Group 团队的任何成员。

在下方签名即代表您已经收到并理解本通知。

---

签字

---

日期

## 付款政策

感谢您选择我们作为您的眼部护理提供者。我们致力于为您提供优质且平价的医疗照护服务。由于一些患者对所提供的服务的患者和保险责任有疑问，我们根据建议制定了此付款政策。请阅读此政策，如有问题请咨询我们，并在空白处签名。我们将应要求向您提供本政策的副本。

- 1. 保险。**我们参加了大多数保险计划，包括 Medicare。如果您没有投保我们参与的保险计划，您应在每次就诊时全额付款。如果您投保了我们参与的保险计划，但没有最新的保险卡，则在我们核实您的保险范围之前，您应在每次就诊时全额付款。*您有责任了解您的保险福利。*如果您对保险范围有疑问，请联系您的保险公司。
- 2. 共付额和免赔额。**所有共付额和免赔额必须在服务时支付。您与保险公司签订的合同中写明了此规定。我们未能向患者收取共付额和免赔额可被视为欺诈。请在每次就诊时支付您的共付额，帮助我们遵守法律。
- 3. 非承保服务。**请注意，Medicare 或其他保险公司可能不承保您接受的部分服务（或许全部服务），或者认为这些服务不合理或没有必要。您必须在就诊时全额支付这些服务的费用。
- 4. 保险证明。**所有患者都必须在看医生前填写我们的患者信息表。我们必须获得您的驾照和当前有效的保险的复印件，以提供保险证明。如果您未能及时向我们提供正确的保险信息，您可能要对索赔余额负责。
- 5. 提交索赔。**我们将提交您的索赔，并竭力帮助您获得索赔款。您的保险公司可能需要您直接提供某些信息。您有责任遵循保险公司的要求。请注意，无论您的保险公司是否支付索赔，您都需要对索赔余额负责。您和您的保险公司之间的合同规定了您的保险利益，而我们不是该合同的当事方。
- 6. 保险范围变更。**如果您的保险发生变更，请在下次就诊前通知我们，以便我们做出适当的变更，帮助您获得最大利益。如果您的保险公司没有在 45 天内支付索赔，我们将自动向您收取余额。
- 7. 未支付。**如果您的帐户逾期超过 90 天，您将收到一封信函，说明您有 20 天的时间全额支付款项。除非另行协商，否则不接受部分付款。请注意，如果余额仍未支付，我们可能会将您的帐户转介给收款机构。**如果您不愿制定付款计划来支付超过 500 美元的未付余额，您可能需要退出该诊所。**在这种情况下，我们会通过邮件通知您，您有 30 天的时间寻找其他医疗服务机构。在这 30 天内，我们的医生只能在紧急情况下为您治疗。

8. **错过的预约。**我们的政策规定，对于错过的预约，如果未在预约时间前 24 小时内取消或重新安排，则收取费用。这些费用将由您负责，并直接向您收取。请遵守您的定期预约，帮助我们更好地为您服务。

我们的诊所致力于为患者提供最佳治疗。我们的价格代表了所在地区的常规价格。感谢您理解我们的付款政策。如果您有任何问题或顾虑，请告知我们。

本人已阅读并理解该付款政策，并同意遵守其规定：

---

患者和负责方签名

---

日期

## Acuity Eye Group 隐私实践通知

此通知描述了我們使用和披露您的医疗信息的方式，以及您获得此类信息的途径。请仔细阅读本文件。

生效日期：2023 年 3 月 1 日

### 摘要

本摘要说明了我們使用和披露您的受保护健康信息的方式，以及您对您的信息拥有哪些权利和选择。我们将在接下来的几页中进行详细说明。

### Acuity Eye Group：

您的诊所或手术中心可能使用过其他名称。Acuity Eye Group 是一家附属涵盖实体，并严格遵守隐私规则。

本通知适用于使用以下曾用名或现名的所有实体：Retina Institute of California Medical Group（以 Acuity Eye Group 的名义开展商务活动）、California Clinic Management, LLC、Trilogy Eye Medical Group（以 Acuity Eye Group 的名义开展商务活动）、Friendly Eye Medical Group、West Coast Eye Care、Orange Ambulatory Surgery Center, LLC、Renaissance Ambulatory Surgery Center, LLC、Trinity Surgical Solutions, Inc、Premiere Ambulatory Surgery Center, Inc、San Gabriel Anesthesia Associates, P.C.、San Gabriel Ambulatory Surgery Center, L.P.、Lily Lee MD, Inc

如果您不确定此通知是否适用于您，请联系 [compliance@acuityeyegroup.com](mailto:compliance@acuityeyegroup.com)

### 我们的使用和披露方式

我们可以在下述情况下使用和披露您的信息：

- 为您进行治疗。
- 为服务开账单。
- 管理我们的组织。
- 开展研究。
- 遵守法律。
- 回应器官和组织捐赠要求。
- 与法医或丧葬承办人合作。
- 满足工人赔偿、执法或其他政府要求。
- 应对起诉和法律诉讼。

### 您的选择

您可以选择我们在开展以下工作时如何使用和共享信息：

- 与您沟通。
- 将您的医疗照护情况告知您的亲朋好友。
- 宣传我们的服务。

## **您的权利**

您有权：

- 获取您的受保护健康信息的副本（纸质版或电子版）。
- 纠正您的受保护健康信息。
- 在某些情况下要求我们限制共享的信息。
- 获取信息共享对象的名单。
- 要求进行保密沟通。
- 获得本隐私通知的副本。
- 选择代理人。

## **目的**

Acuity Eye Group（以下称为“AEG”或“我们”）致力于保护您的隐私。根据《健康保险便携性和责任法案》(HIPAA) 以及其他联邦和州法律的要求，我们还需要维护您的受保护健康信息 (PHI) 的隐私性。在州隐私法比联邦法律更为严格或更具保护效力时，我们会遵守州隐私法。

作为我们的承诺和法律合规的一部分，我们向您提供本《隐私实践通知》（以下简称为“通知”）。本通知描述了：

- 我们关于您的 PHI 的法律义务和隐私实践，包括我们有在您的不安全 PHI 数据遭到泄露后通知您的义务。
- 我们可以以哪些方式使用和披露您的 PHI。
- 您关于 PHI 的权利

## **联系方式**

如果您对本通知有疑问，请联系 [compliance@acuityeyegroup.com](mailto:compliance@acuityeyegroup.com)

## **PHI 定义**

您的 PHI 是指：

- 与您的健康有关的信息：
  - 有人可能会根据此类信息来识别您的身份；以及
  - 我们会以电子、口头或书面形式保存或传输此类信息。
- 包括您的以下信息：
  - 姓名。
  - 联系方式。
  - 过去、现在或将来的身体或精神健康或医疗状况。
  - 为医疗照护产品或服务支付的款项；或
  - 处方。
- 不包括您的雇主可能持有的工作履历。

## **范围**

我们为您所接受的护理和健康服务创建了记录，以便为您提供护理并遵守某些法律规定。本通知适用于我们生成的所有 PHI。

我们遵循本通知所述的职责和隐私实践。如有变更，我们将在变更生效后予以遵守。

### **本通知的变更**

我们可以更改本通知的条款，这些更改将适用于我们拥有的关于您的所有信息。我们将按要求提供新通知，您也可通过我们的办公室和网站获得。我们还将向您发送修订后的通知。

### **数据泄露通知**

如果发生可能危及您的 PHI 隐私性或安全性的数据泄露，我们将立即通知您。在发现泄露事件后，我们将在法律要求的时间期限内通知您。大多数情况下，我们会通过 First-Class Mail（普通邮件）以书面形式通知您，或者如果您告知了我们您当前的电子邮件地址，并且您之前同意以电子方式接收通知，我们可能会向您发送电子邮件。在某些情况下，我们的业务伙伴（将在下文中详细描述）可能会通知您。在少数情况下，如果联系信息不够充足或已过时，我们可能会以其他法律上可接受的形式通知您。

### **使用和披露您的 PHI**

法律允许或要求我们出于各种原因使用或披露您的 PHI，我们在本通知中进行了解释说明。我们列举了一些示例，但未列出所有获得许可的使用或披露方式。在使用或披露 PHI，或从其他来源获取您的 PHI 时，我们将尽合理努力限制对您的 PHI 的使用、披露或要求，以满足预期目的所需的最少信息为标准。

### **治疗、支付或医疗照护业务的使用和披露**

- 治疗。我们可能会使用或披露您的 PHI，并与为您提供治疗的其他专业人员共享，包括参与您的护理的医生、护士、技术人员、医学生或的医院员工。例如，我们可能会向为您治疗特定损伤或疾病的医生披露您的整体健康状况信息。
- 支付。我们可能会使用和披露您的 PHI 来开账单，并通过健康计划等其他方式收款。例如，我们将与您的健康保险计划共享您的 PHI，以便保险商为您接受的服务付款。
- 医疗照护业务。我们可能会使用和披露您的 PHI，以开展业务活动并改善您的护理。例如，我们可能会使用您的 PHI 来管理您接受的服务，或监控我们医疗照护服务的质量。

### **其他使用和披露方式**

我们可能会以其他方式共享您的信息，通常是出于公共卫生或研究目的，或是为了实现公共利益。我们必须符合法律规定的条件才能出于下述原因共享您的信息：

- **我们的业务伙伴。**我们可能会使用您的 PHI，并向代表我们提供服务的外部人员或实体披露您的 PHI，例如审计、法律或转录人员或实体（以下简称为“**业务伙伴**”）。法律要求我们的业务伙伴及其分包商与我们一样保护您的 PHI。我们还通过签订合同要求这些相关方仅在允许的情况下使用和披露您的 PHI，并对您的 PHI 予以适当保护。

- **遵守法律。**例如，如果卫生与公众服务部在调查我们对隐私法的遵守情况时要求我们共享您的 PHI，我们将进行共享。
- **公共健康和安全活动。**例如，我们可能在以下情况下共享您的 PHI：
  - 报告受伤、出生和死亡。
  - 预防疾病。
  - 报告药物不良反应或医疗设备产品缺陷。
  - 举报可疑的儿童忽视或虐待，或家庭暴力事件；或
  - 避免对公众健康或安全造成严重威胁。
- **应对法律诉讼。**例如，我们可能会为应对以下事件共享您的 PHI：
  - 法院或行政命令或传票。
  - 证据开示要求；或
  - 其他法律程序。
- **研究。**例如，我们可能会为某些不需要您授权的健康研究类型共享您的 PHI，例如，机构审查委员会 (IRB) 豁免了书面授权要求。如果研究需要您的批准，我们仅在您同意与该研究共享您的信息的情况下进行共享。
- **质量评估：**我们努力为患者群体提供优质护理。为了更好地了解多元化社区的需求，并改善护理的协调与提供情况，我们可能会开展质量评估和改进活动。活动包括结果评估及临床指南的制定、与改善健康或降低医疗照护成本相关的基于人群的活动、方案制定、病例管理和护理协调。
- **法医或丧葬承办人。**例如，当有人离世时，我们可能会与验尸官、法医或葬礼承办人共享该人的 PHI。
- **器官或组织捐赠。**例如，在安排您授权的器官或组织捐赠，或为您进行移植时，我们可能会共享您的 PHI。
- **工人赔偿、执法或其他政府要求。**例如，我们可能会将您的 PHI 用于以下目的：
  - 工人索赔。
  - 联邦或州立机构执行的健康监督活动。
  - 执法目的或与执法官员相关的事项；或者
  - 政府专门职能，如军事和退伍军人活动、国家安全和情报、总统保护服务或医疗适用性。
- **健康信息的营销或销售。**出于营销目的使用和共享或出售您的健康信息受到严格限制，并且需要获得您的书面授权。您可以随时以书面形式取消您的授权，但这不会影响我们已根据之前的授权使用及授权披露的信息。

## **您的选择**

对于某些健康信息，您可以告诉我们您希望我们共享哪些内容。如果您对我们在下述情况下如何共享您的信息有明显的偏好，请联系 [compliance@acuityeyegroup.com](mailto:compliance@acuityeyegroup.com)，我们将尽合理努力遵循您的指示。如果我们根据最佳判断认为符合您的最佳利益，我们可能会共享您的信息。在以下情况下，我们也可能会共享您的信息：

- 如果您无法告诉我们您的偏好，例如，您神志不清。
- 需要减少对健康或安全的严重且紧迫的威胁。

## 您的权利

对于您的健康信息，您拥有一定的权利。本节解释了您的权利，以及我们对您有哪些帮助责任。您有权：

- **检查并获取您的 PHI 的副本。**您有权查看或获取我们保存的您的 PHI 的电子版或纸质版副本（要求查阅的权利）。关于查阅权利的说明如下：
  - 我们可能会要求您以书面形式提出查阅要求，方式是提交一份填妥的表格，并由您或您的法律代表签名并注明日期。
  - 您可以要求我们向您的家人、其他人或指定实体提供您的 PHI 副本。我们要求您以书面形式提交此类要求并签名，并且提交带有电子签名的表格，您应清楚地说明指定人员和接收 PHI 的地点。
  - 您可以要求我们长期定期将您的 PHI 副本发送给您选择的第三方。要提交此类要求，我们要求您提交一份填妥的表格，并由您或您的法律代表签名并注明日期。
  - 如果您要求获得 PHI 的副本，我们通常会在 15 天内决定是为您提供副本还是拒绝查阅，但如果我们无法在 15 天内采取行动，我们将以书面形式告知您延迟的原因，以及我们预计将在何时处理您的要求；以及
  - 在少数情况下，我们可能会拒绝您的查阅要求，但如果我们拒绝您的查阅要求，我们将提供一份书面拒绝书，写明该决定的依据并解释您的权利。
- **进行修改。**对于我们保留的关于您的 PHI，如果您认为有不正确或不准确的信息，您可以要求我们进行更正或修改。对于此类要求：
  - 您必须以书面/电子形式提交要求，指明不准确或不正确的 PHI，并提供支持该要求的正当理由。
  - 我们通常会在 15 天内决定批准或拒绝您的要求。如果我们无法在 15 天内采取行动，我们将以书面形式向您说明延迟的原因，以及我们将在何时做出决定，延迟不会超过 30 天。对于回应要求，我们只会要求延期一次。
  - 如果您要求我们修改我们的记录范围之外的 PHI、并非由我们创建的 PHI、不属于指定记录集的 PHI 或准确且完整的 PHI，我们可能会拒绝您的修改要求。
  - 如果拒绝您的要求，我们会以书面形式告诉您原因。您有权提交反对拒绝的书面声明，如果您选择不提交此声明，您可以要求我们提供您的原始修订要求和拒绝书，以及日后对需要修订的 PHI 的披露情况。但我们可以针对任何人士的不同意声明，编制书面反驳。我们将把根据本段制作或提交的材料附加在您指定的记录中。
- **要求附加限制。**您有权要求我们限制使用或共享您的 PHI（要求限制的权利）。您可以联系我们，要求我们勿将某些 PHI 用于治疗、支付或业务，也不要与参与您护理的某些人共享。我们要求您以书面形式提交此要求。对于此类要求：
  - 我们不是必须同意。
  - 如果这会影响到您的护理，我们可以“拒绝”；但是
  - 如果所要求的限制涉及您或其他人（除健康计划之外）全额自付费用的医疗照护项目或服务，我们将同意不出于支付或医疗照护业务的目的向健康计划披露信息，除非法律另有要求。

- **要求对披露进行报告。**您有权要求对我们所做的某些 PHI 披露进行报告。对于此类要求：
  - 我们可能会要求将 30 天的期限延长 15 天。如果要求延长，我们仅会提出一次要求，并提供一份书面声明以说明原因，以及计划做出回复的日期。
  - 我们将写明除治疗、支付和医疗照护业务之外的所有披露，以及某些其他披露，如您要求我们进行的任何披露；以及
  - 我们每年免费提供一次报告服务。
- **要求沟通保密。**您有权要求我们以某种方式或在某个地点与您就健康问题进行沟通。例如，您可以要求我们只在您工作时或在特定地址与您联系。对于此类要求：
  - 您必须说明您希望用何种方式或在哪儿联系您；以及
  - 我们将顾及合理的要求。
- **选择代理人。**如果您给了某人医疗委托书，或者如果某人是您的法定监护人，则该人士可以行使您的权利并做出关于您的 PHI 的选择。我们将在采取行动之前，确认该人士拥有此权限并能代表您行事。
- **投诉。**如果您认为我们侵犯了您的权利，您有权投诉。我们不会因为投诉而报复您。您可以通过以下方式进行投诉：
  - 向 [compliance@acuityeyegroup.com](mailto:compliance@acuityeyegroup.com) 发送电子邮件，直接与我们联系。所有投诉必须以书面形式提交；或者联系美国卫生与公众服务部。寄信至 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201，拨打 1-877-696-6775；或访问 [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)

## 回执

本人\_\_\_\_\_（姓名）确认，本人于\_\_\_\_\_（日期）收到了 Acuity Eye Group 《隐私实践通知》的副本，并且本人已阅读并理解该通知。本人明白：

- 对于本人的 PHI，本人有一定的隐私权。
- AEG 可以并将出于治疗、支付和医疗照护业务的目的使用本人的 PHI。
- 本通知详细地解释了 AEG 如何出于其他目的使用和共享本人的 PHI。
- 对于本人的 PHI，本人拥有本通知中所列出的各项权利。
- AEG 有权随时更改本通知，本人可通过发送电子邮件至 [compliance@acuityeyegroup.com](mailto:compliance@acuityeyegroup.com) 获取本通知的最新副本

\_\_\_\_\_  
患者或患者代表签名

\_\_\_\_\_  
日期

出生日期：\_\_\_\_\_

与患者的关系：\_\_\_\_\_

### 接受电子通讯同意书

\_\_\_\_\_ [此处填写姓名首字母] 本人同意 AEG 使用本人病历中的电话号码和电子邮件，通过短信、电子邮件或其他电子通信方式联系我，以便本人接收预约提醒或获得其他 AEG 服务。

#### 仅供办公使用：

**尽善意努力获取回执**  如果患者在上方签名，请勾选此选框本

人尝试通过 HIPAA 《隐私实践通知确认表》获得患者或患者代表的签名，但未能成功，具体情况如下所示：

理由：\_\_\_\_\_

姓名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

签名：\_\_\_\_\_

## 通知、回执及理解

### 关于 CMS Open Payments 的患者通知

Open Payments 数据库是一个联邦工具，用于搜索药品和设备公司向医生和教学医院支付的款项。

您可在 <https://openpaymentsdata.cms.gov> 找到联邦医疗保险和医疗补助服务中心 (CMS) Open Payments 网页的链接（仅供参考）。

### 关于加州医学委员会的患者通知

医生由加州医学委员会许可和监管。

要查看许可证或提出投诉，请访问 [www.mbc.ca.gov](http://www.mbc.ca.gov)，电子邮件：[licensecheck@mbc.ca.gov](mailto:licensecheck@mbc.ca.gov)，或拨打 (800) 633-2322。

\_\_\_\_\_  
患者（或经授权代表患者签字的人员）

\_\_\_\_\_  
日期

正楷体患者姓名： \_\_\_\_\_

## 医患仲裁协议

**第 1 条：仲裁协议：**双方理解，关于医疗事故的纠纷，即关于根据本合同提供的医疗服务是否是不必要的或未经授权的，或者是否是不适当的、疏忽的或不称职的，均将根据加州法律通过提交仲裁来确定，而非通过诉讼或诉诸法院程序，除非加州法律规定对仲裁程序进行司法审查。本合同双方签署本合同即代表放弃在法庭上由陪审团裁决此类纠纷的宪法权利，而接受仲裁。

**第 2 条：所有索赔均必须进行仲裁：**双方的意图为，本协议约束所有因医生提供的治疗或服务而产生或与之相关的索赔所涉及的各方，包括患者的配偶或继承人以及子女，无论在引起任何索赔的事件发生时已出生还是未出生。对于怀孕的母亲，此处的“患者”一词应同时指该母亲和该母亲将出生的孩子。所有超出小额索赔法院管辖范围的针对医生、医生的当事人、合伙人、协会、公司或合伙企业，以及其中任何一方的雇员、代理人和财产的金钱赔偿索赔都必须进行仲裁，包括但不限于联营企业损失、非正常死亡、精神损害或惩罚性赔偿索赔。医生向法院提起诉讼以向患者收取费用，不代表放弃对医疗事故索赔进行强制仲裁的权利。但在对医生提出索赔后，费用纠纷也应通过仲裁解决，无论其是否是现有法院诉讼的对象。

**第 3 条：程序和适用法律：**仲裁要求必须以书面形式传达给所有当事方。每个当事方均应在三十天内选定一名仲裁员（当事方仲裁员），并且应由双方指定的仲裁员在任何一方要求指定第三仲裁员（中立仲裁员）的三十天内，选定第三仲裁员。仲裁所涉及的各方应按比例支付该方的费用和仲裁员的费用，以及中立仲裁员产生或批准的其他仲裁费用，不包括律师费或证人费，或一方因该方自身利益产生的其他费用。双方同意，仲裁员在本合同项下以仲裁员身份行事时，享有司法工作人员的民事责任豁免。此豁免权应作为对任何其他适用普通法的法定条款的补充。任何一方都有绝对权在向中立仲裁员提出书面请求后，分别仲裁责任和损害赔偿问题。当事人同意相关个人或实体介入并加入本仲裁，否则其将成为法院诉讼中适当的额外方。在该个人或实体介入和加入后，任何针对此类额外个人或实体的现有法院诉讼应在仲裁前暂停。

双方同意，适用于医疗照护提供者的加州法律条款应适用于本仲裁协议中的纠纷，包括但不限于《民事诉讼法》第 340.5 节和第 667.7 节以及《民法典》第 3333.1 节和第 3333.2 节。任何一方均可根据《民事诉讼法》向仲裁员提出即决判决或即决裁定的动议。应根据《民事诉讼法》第 1283.05 条进行证据开示，但可未经中立仲裁员的事先批准获取证人陈述。

**第 4 条：一般规定：**基于同一事件、交易或相关情况的所有索赔应在一次诉讼中进行仲裁。在下列情况下，索赔应被放弃并永久禁止：(1) 如果在民事诉讼中进行评估，在收到通知之日，该索赔将根据适用的加州诉讼时效规定被禁止，或 (2) 索赔人未能按照本协议规定的程序以合理的努力进行仲裁索赔，则索赔应被放弃并永久禁止。对于本协议中未明确规定的事项，仲裁员应受《加州民事诉讼法》中与仲裁相关的条款的管辖。

**第 5 条：撤销：**若要撤销本协议，可在协议签署后 30 天内向医生发出书面通知。本协议旨在适用于为该疾病提供的所有医疗服务，无论在何时提供。

**第 6 条：追溯效力：**如果患者希望本协议涵盖在签署日期之前提供的服务（包括但不限于急救），则患者应在下方直接签名，本协议将被视为自首次提供医疗服务之日起生效：

\_\_\_\_\_  
**患者或患者代表姓名首字母**

如果本仲裁协议的任何条款被认定为无效或无法执行，则其余条款应完全有效，并且不受任何其他无效条款的影响。本人理解，本人有权收到本仲裁协议的副本。在下方签名即代表本人已确认收到副本。

**通知：**签署本合同即代表您同意通过中立仲裁来裁定医疗事故问题，并放弃要求陪审团参与法庭审判的权利。参见本合同第 1 条。

\_\_\_\_\_  
患者或患者代表签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
正楷体患者姓名：

\_\_\_\_\_  
医生或授权代表签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
正楷体患者代表姓名和与患者的关系（如果有）