



患者权利和责任法案

作为宾夕法尼亚大学医疗卫生系统 (UPHS) 的一所医疗机构, 我们致力为您—我们的患者, 提供优质的医疗服务以及尽可能愉快的体验。本机构的行政人员和工作人员一致支持以下的“患者权利声明书”。该文适用于所有患者。倘若您不能亲自行使文中所列权利, 您所指定的法定代表人可代为行使。我们的目标是根据我们的使命、理念以及相关的法律和法规, 在我们能力范围内提供周全高效率的医疗服务。因此, 我们将此权利声明交予您, 以作为我们的政策声明书。

患者权利声明

您有权享受由胜任的工作人员所提供的, 尊重有礼的医疗服务。此服务应考虑到您的文化背景、个人价值观和信仰体系, 以充分赋予您舒适感和尊严感。

您有权要求我们提供主治医师的姓名、所有其他直接参与治疗的医师或从业人员的姓名, 以及其他与您有直接接触的医护人员的姓名和职责。

您有权享有您医疗计划相关的一切隐私权。病例讨论、看病、检查和治疗均属保密, 应谨慎进行, 在视听方面尽可能予以合理的私隐。这包括在您接受身体检查、治疗或手术时, 您有要求某人在场的权利, 只要其不妨碍诊断或治疗的进行。另外还包括, 当受到同病房其他患者或探病者无理干扰时, 您有权要求更换病房, 前提是另有同样能够满足您治疗需要的其他空置病房。

您有权要求对一切与您治疗有关的资料(包括病历)保密, 除非法律或第三方的合同另有规定。

您有权了解院方关于患者行为方面适用于您的政策、规则和规章。

您有权要求急救措施的及时执行, 无不必要的拖延。

您有权享有我们所一贯保持并不断评审的优质医疗服务以及高度的专业标准。

您有权获得有关诊断、治疗和预后的完整而且通俗易懂的信息, 包括替代疗法和潜在并发症的相关信息。如果将此类信息提供予您在医学上是不可取的话, 我们会代表您, 将该信息提供给您指定/法定授权代表。除急救情况外, 医师在开始任何手术和/或治疗之前必须获得必要的知情同意。

您有权不参加任何实验、研究或捐赠计划, 除非在实际参与此类计划之前, 您或您的指定/法定授权代表已作知情同意。对于之前已作知情同意的任何此类计划, 您或您的指定/法定授权代表可随时拒绝继续参与。

您有权在法律允许范围内, 接受医疗服务或拒绝该机构提供的任何药物、治疗或手术。医师应告知您拒绝治疗的后果。

您有权要求我们协助您获得其他医师参与会诊, 但须自负费用。

您有权要求本医疗保健机构实施良好的管理, 有效利用您的时间, 并避免让您感到不适。

您有权检查账单, 并获得账单的详细说明。

您有权了解关于您的已知医疗资金其有效性的的完整信息, 以及关于这方面的建议。

您有权要求医疗机构提供一种机制, 让您在出院时知悉, 哪些医疗措施在出院之后需要继续进行, 以及如何进行。

您有权申请复核医疗质量问题、承保决定及出院的相关问题。

您有权使用您所授权的个人或机构, 来代表您主张或保障本书规定的权利。该权利不容剥夺。

您有权让您的家人或指定代表以及您的医生, 及时获知您已入院的情况。

您有权获得医疗和护理服务, 并不会因年龄、性别、种族、肤色、民族、宗教、性别、残障、血统、国籍、婚姻状况、家庭状况、遗传信息、性别认同或表现、性取向、文化、语言、社会经济地位、家庭暴力或性暴力的受害者身份、收入来源或支付来源而受到歧视。

您有权获得适当的疼痛评估和管理。

您有权与您的医师或医疗保健提供者共同作出医疗保健决定。该权利适用于新生儿、儿童和青少年的家人和/或监护人。决定可包括在法律许可程度之内行使拒绝接受医院提供的药物、治疗或手术的权利。您的医疗保健提供者将告知您拒绝此类药物、治疗或手术的医疗后果。

虽然本医疗保健机构认可您有尽可能充分参与护理和治疗的权力, 但在某些情况下, 您可能无法充分参与。在这些情况下(例如, 您被依法裁定为无行为能力人, 您的医师发现您在医学上无法理解所提出的治疗或手术方案, 您无法表达自己的治疗意愿, 或者您是未脱离监护的未成年人), 您的指定代表或其他法定代理人将依据法律规定行使您的权利。

您有权在法律及本机构政策许可范围之内, 对不采用复苏措施或者放弃或撤除维持生命治疗作出决定。

您有权在安全的环境中接受护理, 并免受任何形式的虐待和骚扰。

您有权免受任何非医疗必要的, 或被工作人员作为胁迫、惩戒、便利或报复手段的约束和隔离。

您有权仅允许直接参与您医疗的人员、监控医疗质量的人员或法律或法规所授权人员查阅您的医疗记录。您有权收到书面通知, 说明我们将如何使用您的个人健康资料, 以及如何与其他参加护理您的医疗保健专业人员共用这些资料。您或您的指定/法定代表可要求获得医疗记录中包含的所有信息, 除非主治医师出于医疗原因明确限制您获得此类信息。

您有权获得以清晰、简洁、易懂的方式进行的交流。如果您不会说英语, 只要可能, 应免费获得口译人员的服务。其中包括, 如果您有视力、言语、听力或认知障碍, 您有获得我们帮助的权利。

您有权获得保护服务。您有权免遭忽视、剥削及言语、精神、身体和性方面的虐待。

您有权在本组织既定的框架内参加审议与您医疗护理相关的道德问题。

您有权设立一份“预设医疗指示”, 包括有权指定一医疗保健代理, 代表您作出医疗保健决定。这些决定将由本机构及其医疗保健专业人员, 依据法律规定和本机构的使命, 价值观及哲学观来履行。若适用, 您负责向该机构或护理人员提供“预设医疗指示”的副本。

即使您不备有或完成一份“预设医疗指示”, 也可在本机构获得治疗和护理。

如果因与本机构使命或理念存在冲突, 或因本机构无力满足您的需求或要求, 从而致使我们无法满足您医疗方面的需求或要求, 在医学允许的前提下, 您可能被转至另一家机构。只有在您或您的指定/法定授权代表, 收到有关转院需要及转院备选方案的完整信息和说明后, 才会进行转院。另一机构须接受转院才可行。

您有权决定在此住院期间是否想要探访者来探病。您可指定在住院期间可探访您的人士。这些人士无须与您存在法律上的亲属关系。例如, 他们可包括配偶、同居者(包括同性同居者)、其他家庭成员或朋友。医院不会因种族、肤色、国籍、宗教、性别、性别认同或表达、性取向或残障而限制、限定或拒绝任何获批准的探访者。医院可能需要限制或限定探访者, 以便更好地为您或其他患者提供护理。

您有权获知任何此类临床限制或限定。

您有权指定家庭成员、朋友或其他人作为您在住院期间、就诊期间、或接受其他非卧床护理期间的陪护人员。

对于并非出于对您护理、治疗或确认患者身份目的, 制作或使用录音、影片或您的其他图像的行为, 您有权给予或者撤销知情同意书。

您有权投诉您所得到的医疗服务, 并让投诉得到审理和解决(若可能), 且不会因此受到反责。

了解更多信息

如果对您的医疗保健有任何疑问或难题, 请在离开临床机构之前, 咨询您的医生、护士、医院其他护理人员、或非卧床医疗的执业代表。

您还可以把关于您医疗保健的疑问和顾虑, 或者对《患者权利和责任法案》的相关疑问, 提交至相应的患者与宾客关系办公室:

切斯特郡医院
(Chester County Hospital)
701 East Marshall Street
West Chester, PA, 19380
(610) 431-5457

好牧人宾州合作伙伴
(Good Shepherd Penn Partners)
1800 Lombard Street
Philadelphia, PA 19146
(267) 414-3980

宾夕法尼亚大学医院
(Hospital of the University of Pennsylvania)
1 Silverstein, 3400 Spruce Street
Philadelphia, PA 19104
(215) 662-2575

兰卡斯特综合医院
(Lancaster General Hospital)
555 North Duke Street, P.O. Box 3555
Lancaster, Pennsylvania 17604-3555
(717) 544-5050

宾夕法尼亚长老会医疗中心
(Penn Presbyterian Medical Center)
185 Wright Saunders, 39th & Market Streets
Philadelphia, PA 19104
(215) 662-9100

宾夕法尼亚医院
(Pennsylvania Hospital)
1 Preston, 800 Spruce Street
Philadelphia, PA 19107
(215) 829-8777

您可向UPHS隐私办公室提问有关健康保险流通与责任法案(HIPAA)/隐私事项的问题或疑虑: :

电子邮件: privacy@uphs.upenn.edu
电话: (215) 573-4492

您可向宾夕法尼亚州大学卫生系统残疾人便利主任提问有关便利性或住宿的问题或疑虑:
电话: (215) 615-4317。

如果您或您的家人认为投诉或不满通过医院解决程序仍然无法解决, 或不论您是否使用了医院的申诉程序, 您有权联系以下组织向他们提问您的问题:

宾夕法尼亚州卫生部急诊与门诊医疗科
P.O. Box 90
Harrisburg, PA 17120
(800) 254-5164

医疗保险和医疗补助服务中心
(800) 633-4227

有关护理质量和/或安全(包括早产儿出院)或环境安全问题, 请联系:

联合委员会
质量和病人安全办公室
One Renaissance Boulevard
Oakbrook Terrace, IL 60181
(传真: (630) 792-5636
电子邮件:
patientsafetyreport@jointcommission.org

有关残疾人便利性或住宿问题, 请联系:

美国司法部
950 Pennsylvania Avenue, NW
民权司残疾人权利科 -
1425 NYAV
Washington, D.C. 20530
传真: (202) 307-1197
电子邮件: ADA.complaint@usdoj.gov

有关歧视或任何公民权利的问题, 请联系:

美国卫生和公众服务部民权办公室,
通过民权投诉门户办公室以电子方式联系:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
或通过邮件或电话联系:
美国卫生和公众服务部
200 Independence Avenue, SW Room 509F,
HHH Building Washington, D.C. 20201
电话: 1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)
投诉表格可在此获取:
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

患者责任声明

为了促进我们提供安全、优质医疗保健服务的能力, 您应按照UPHS的政策、规则和规章行事, 并承担以下责任:

本医疗保健机构期望您或您的指定/法定授权代表, 能提供关于您当前病症、既往病史、住院情况、用药情况、“预设医疗指示”、以及其他与您健康史或护理相关的准确、完整信息, 以便为您提供有效的治疗。

另外, 您有责任报告自己是否清楚地理解了治疗计划方案以及您所需采取的行动。

您将需要配合所有医务工作者, 并在未清楚理解指示和/或程序时进行询问。

我们希望您体谅其他患者和医务人员, 帮助控制您病房内的噪音和探病者数量, 并遵守本机构的禁烟政策。我们还希望您尊重他人的财产以及宾夕法尼亚大学卫生系统的财产。不容许威胁行为、暴力行为; 不容许干扰患者护理工作; 不容许对其他患者、探病者或工作人员的骚扰行为。我们还希望您不要在UPHS的医疗场所内做出任何非法活动。如果出现此类活动, UPHS 将报告给执法部门。

为了方便您的护理及医务人员的工作, 您需要遵循医生、护士及其他医务人员的指示和医嘱, 以帮助他们为您提供治疗。

万一您无法与医务人员进行正常的交流, 您的合法授权家庭成员或指定的/法定授权的代表, 需要能够与UPHS人员一道审核您的治疗方案。您需要明白, 对于医疗机构提供的一切服务, 您均需承担经济责任。即可以透过第三方付款人(您的保险公司)进行支付, 或自行承担不在保单范围内的任何服务费用。您不能服用并非由您的主治医师处方而且由相关工作人员给予的药物。并且您不能在住院和/或探病期间饮酒精饮料或有毒物质, 做出令病情复杂和危害治愈过程的行为。宾夕法尼亚医学(Penn Medicine)团队全体工作人员感谢您选择在这里接受治疗。为您服务 and 为您医治是我们的荣幸。

领导团队分布在:

切斯特郡医院 (Chester County Hospital)、
宾夕法尼亚大学临床实践处
(Clinical Practices of the University of Pennsylvania)、
好牧人宾州合作伙伴
(Good Shepherd Penn Partners)、
宾夕法尼亚大学医院
(Hospital of the University of Pennsylvania)、
兰卡斯特综合医院
(Lancaster General Hospital)、
宾夕法尼亚长老会医疗中心
(Penn Presbyterian Medical Center) 和
宾夕法尼亚医院 (Pennsylvania Hospital)