



오레곤 클리닉 환자 권리 및 책임

"환자"란 환자, 환자의 대표 또는 대리인을 의미합니다.

오레곤 클리닉의 환자로서 귀하는 다음 권리를 가집니다.

- 본인이 이해하는 언어와 방식을 통해 구두 또는 서면상으로 모든 설명을 들 수 있습니다. 필요에 따라 통역사가 제공됩니다.
- 모든 형태의 차별, 모욕 또는 괴롭힘이 없는 안전한 환경에서 배려하고, 존중하고, 온정적인 대우를 받을 수 있습니다.
- 차별이나 보복을 받지 않으면서 자신의 권리를 주장할 수 있습니다.
- 자신의 의학적 치료와 관련하여 개인적인 사생활 및 비밀에 대한 권리가 있습니다. 법에 따라 제공되는 경우를 제외하면, 모든 정보는 귀하의 동의에 의해서만 공개될 수 있습니다. 개인의 참석에 대한 이유에 대해 들을 권리가 있습니다. HIPAA 규정을 준수하게 됩니다.
- 귀하의 서비스 제공자 또는 지정 직원으로부터 귀하의 진단, 치료 및 예상 결과에 대한 정보를 귀하께서 이해하는 용어로 들 수 있습니다. 이러한 정보를 환자에게 제공하는 것이 의학적으로 적절하지 않은 경우에는 환자가 지정한 사람이나 법적으로 공인된 사람에게 정보가 제공됩니다.
- 정보에 기반해서 동의하거나 본 치료 과정을 거절할 수 있도록, 시술 또는 제시된 치료에 관한 필요한 정보를 제공받고 의사 결정에 참여할 수 있습니다.
- 적절하게 계속해서 치료를 받고 예약 시간 및 장소뿐만 아니라 치료를 제공하는 의사에 대해 할 수 있습니다.
- 다른 의사와 상담하거나 다른 유자격 서비스 제공자가 있는 경우에 서비스 제공자를 변경할 수 있습니다.
- 연구 프로젝트에 대한 참여를 동의하거나 거절할 수 있습니다.
- 귀하의 치료에 대한 조정을 주로 담당하고 있는 서비스 제공자의 이름 및 직업적 지위뿐만 아니라 검진을 받게 되는 기타 의사 및 건강 관리 직원의 이름, 직업적 관계 및 자격증을 알 수 있습니다.
- 법적 제한 내에서 귀하의 의료 기록을 검토할 수 있습니다. 귀하의 치료와 관련된 모든 대화 및 기록은 기밀로 취급됩니다.
- 시술이 진행되기 전에, 해당 주 보건 및 안전 법의 설명을 비롯하여 사전 의료지시에 대한 내시경 센터의 정책과 관련된 정보와, 요청된 경우에 공식적인 주 사전 의료지시 양식을 제공 받을 수 있습니다. 이러한 사항은 요청에 따라 제공됩니다.
- 생명유연장, 의학적 위임장 또는 귀하의 치료를 제한하는 기타 문서와 관련하여 사전 의료지시가 존재함을 귀하의 의료 기록에 문서화하고 귀하의 시술이 진행되는 동안 사전 의료지시가 지켜지길 원하는 경우에 대체 기관으로 이송될 수 있는 권리를 가집니다. 자세한 내용은 www.oregon.gov/DCBS/SHIBA/advanced_directives.shtml을 방문하십시오.
- 제안 및 불만 사항을 비롯하여 적절한 피드백을 제공할 수 있습니다.
- 제공되거나 제공되지 못한 치료 또는 관리에 관해 구두 또는 서면으로 고충을 알릴 수 있습니다. 고충이나 불만 사항을 구두나 서면으로 오레곤 클리닉에 알리는 방법에 대한 도움이 필요하신 경우:
 - www.oregonclinic.com/contactus 를 방문하시고 "Patient Relations(환자 관리부)"를 선택하십시오.
 - Patient Relations(환자 관리부) 전화 503-963-2843번으로 연락하십시오.
 - 전문의 사무실로 직접 전화하거나 운영 이사(Director of Operations)와 상담하거나 주 정보 라인 503-935-8000번으로 전화하십시오.

- Medicare 환자는 www.cms.hhs.gov/center/ombudsman.asp 또는 1-800-MEDICARE, www.healthoregon.org/hcrqi를 방문해도 됩니다. Oregon Health Authority, Health Facility Licensing and Certification, PO Box 14260, Portland, OR 97293-2060, 971-673-0540.
- 지불 자금의 출처에 상관 없이 청구서 및 지불 정책을 평가하고 설명을 들을 수 있습니다.
- 근무 외 시간에 의사 소유주에게 연락할 수 있습니다. 필요에 따라 응급 조치를 사용할 수 있습니다.

오레건 클리닉의 환자로서 귀하는 다음 책임을 가집니다.

- 현재 상태, 과거 질병, 입원, 약물(일반 시판용 제품 및 보조제 포함), 알레르기 및 민감성, 그리고 기타 귀하의 건강과 관련된 정보를 비롯하여 귀하의 건강에 대한 완전하고 정확한 정보를 제공해야 합니다.
- 치료에 활발히 참여해야 합니다.
- 처방된 치료를 따르지 않을 것으로 예상되거나 대체 요법을 고려하고 있는지 여부를 비롯하여, 신중한 행동 및 자신의 책임에 대해 명확하게 이해하고 있는지 여부를 알려주셔야 합니다. 이해하지 못하는 경우에는 질문하십시오.
- 의사가 권고하는 치료를 따라야 하며, 여기에는 예정된 치료 계획을 따르고 담당 의사의 지시를 수행함에 있어서, 그리고 해당 법 및 규정을 적용함에 있어서 간호사 및 제휴 건강 직원의 지침이 포함될 수 있습니다.
- 자신의 상태에서 예상치 못한 변화를 담당 의사에게 보고해야 합니다.
- 치료를 거절하거나 의사의 지침을 따르지 않는 경우에 자신의 행동에 대한 책임을 져야 합니다.
- 클레임 처리를 위한 완전하고 정확한 청구 정보를 제공하고 청구서를 시간에 맞게 납부해야 합니다.
- 예약을 지키고, 예약 시간 정시에 도착하고, 예약을 지킬 수 없는 경우에는 가능한 빨리 의사에게 알려주셔야 합니다.
- 오레건 클리닉 시설에 있는 동안에는 타인과 타인의 재산을 존중해야 합니다. 소음, 흡연 및 방문객 수의 통제에 따라야 합니다. 이것을 준수하지 않으면 시술이 중단될 수 있습니다.



사전 의료지시 정보

사전 의료지시는 치료 결정에 대한 본인의 의사를 서면으로 기록하는 간단한 방법입니다. 이것은 귀하께서 자신의 의사를 표현할 수 없는 상황에 처할 때 자신의 건강 관리 방법을 비롯하여 원하는 시술과 원하지 않는 시술을 명시한 문서입니다. 이 문서는 가족과 의료진이 생명을 연장하는 의학적 치료 과정을 결정할 수 있도록 방향을 안내합니다. 일반적으로 얼마나 적극적인 의학적 치료가 이루어져야 하는지 명시합니다.

오레건주 의료결정법(ORS 127.505-127.995)은 개인이 자신의 치료를 결정할 수 없을 때 자신의 치료를 지시할 수 있는 특징인을 지명할 수 있도록 허용합니다. 이러한 사람을 "의료 대리인"이라고 부릅니다. 대리인은 이러한 역할을 하는 것에 동의해야 하고 필요한 양식에 서명해야 합니다.

사전 의료지시에는 다음 사항이 포함됩니다.

- 생명유언장
- 의료 위임장
- 입원전 처치 지시

사전 의료지시 또는 다운로드용 양식에 대한 자세한 내용:

- <https://www.oregon.gov/DCBS/shiba/topics/Pages/advancedirectives.aspx>
- https://www.oregon.gov/DCBS/shiba/Documents/advance_directive_form.pdf

오레건 의료 결정국 1-800-422-4805

사전 의료지시의 작성은 완전히 자발적입니다. 사전 의료지시를 원하지 않으시는 경우에는 양식을 작성하실 필요가 없습니다.

오레건주 클리닉의 사전 의료지시 방침

내시경 센터에 있는 동안 심장/호흡기 문제가 발생한 모든 환자에 대해 생명 유지 시술이 실시 및 유지될 것입니다. 이러한 제한 사항에 대해 동의하지 않는 환자에게는 다른 시설로 이송되어 치료를 받을 수 있는 기회가 제공됩니다. 해당되는 경우, 다른 의료 시설로 이송되는 환자에게 사전 의료지시 사본을 함께 보내게 됩니다.

의사 공개

연방 Medicare 규정에서 요구되는 바에 따라, 저희는 담당 의사가 오레건 클리닉의 위장 내시경 센터에서 금융적 권익(Financial interest)을 가지고 있음을 공개해야 합니다.

이송 권리의 통지 및 확인

오레건주 법(ORS 441.098)에 의거하여, 저희 클리닉 외부에서의 치료를 귀하 귀하를 이송하는 경우 저희는 귀하께서 주치의 또는 의료진이 권장하는 시설 이외의 다른 시설에서 검사나 서비스를 받으실 수 있음을 알려드려야 합니다.



Gastroenterology

Specialty Medicine with Commitment, Care and Compassion

대금청구 정보

귀하께서는 귀하께 실시된 시술에 대해 다양한 의료 서비스 제공자로부터 명세서를 받으시게 됩니다. 도움이 필요하시거나, 대금청구에 관한 질문이 있는 경우에는 아래 표를 사용하셔서 귀하의 질문에 가장 적절한 응답을 제공할 수 있는 사람을 확인하십시오. 귀하의 GI 치료를 제공할 수 있게 되어 감사합니다.

제공된 서비스	위장병학 - 동부 소재지: 밀워키주 게이트웨이 및 워싱턴주 밴쿠버	위장병학 - 서부 소재지: Peterkort Building	위장병학 - 남부 소재지: 오레건시티 투알라틴 및 뉴베르그
전문 서비스 비용: GI 의사 전문 서비스에 해당됩니다. 사무실 방문 및 절차 내시경 센터 비용: 시설 사용, 장비, 간호 및 의료 소모품에 적용됩니다. 조직학 비용: 시술 후 시료를 처리하는 비용에 적용됩니다.	오레건 클리닉 비즈니스 사무실 전화 (503) 963-2900 업무 시간: 월-금; 오전 8:00부터 오후 4:30까지		
병리학 비용: 시료 슬라이드를 판독하고 해석하는 병리학자의 비용에 적용됩니다.	Providence Pathology 전화 번호: (503) 215-4300 업무 시간: 월-금; 오전 8:00부터 오후 8:00까지 토: 오전 9:00부터 오후 2:00까지 Legacy Labs 전화 번호: (503) 413-4420 업무 시간: 월-금; 오전 8:00부터 오후 4:30까지 Quest: 명세서에서 청구 정보를 참조하십시오.	Miraca/Cohen/Metroplex Pathology 전화 번호: (214) 596-7455 업무 시간: 월-금; 오전 8:00부터 오후 5:00까지 CST	Miraca/Cohen/Metroplex Pathology 전화 번호: (214) 596-7455 업무 시간: 월-금; 오전 8:00부터 오후 5:00까지 CST
마취 요금: 마취를 제공하는 MD 또는 CRNA의 전문 서비스 비용에 적용합니다.	Innovative Anesthesia (Practice Management Group-대금청구 회사) 전화 번호: (888) 819-7818 업무 시간: 월-금; 오전 8:30부터 오후 7:30까지 EST	Innovative Anesthesia (Practice Management Group-대금청구 회사) 전화 번호: (888) 819-7818 업무 시간: 월-금; 오전 8:30부터 오후 7:30까지 EST	Anesthesia Associates NW (Anesthesia Business Consultants-대금청구 회사) 전화 번호: (877) 222-4217 또는 (925) 949-2302 업무 시간: 월-금; 오전 7:00부터 오후 3:00까지 PST
시술이 병원에서 실시된 경우, 모든 변경 사항은 병원에 문의하십시오(전문 서비스, 시설, 마취학 및 병리학 비용).			
모든 Providence Hospital	Providence Health and Services 비즈니스 사무실 전화 번호: (503) 215-4300 업무 시간: 월-금; 오전 8:00부터 오후 8:00까지, 토요일 오전 9:00부터 오후 2:00까지		
모든 Legacy Hospital	Legacy Health System 비즈니스 사무실 전화 번호: (503) 413-4048 업무 시간: 월-금; 오전 8:00부터 오후 6:45까지		