

환자의 권리 및 책임

<https://www.oregonclinic.com/patient-rights/>

'환자'는 해당되는 경우 환자, 환자의 대리인 또는 대행인을 의미합니다.

오리건 클리닉의 환자로서 귀하는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 모든 의사소통은 귀하가 이해하는 언어 및/또는 방식으로 합니다. 필요한 경우 통역이 제공됩니다. Oregon Clinic은 장애인이 효과적으로 의사소통할 수 있도록 다음과 같은 보조 도구와 서비스를 제공합니다.
 - 자격을 갖춘 수화 통역사 및 언어 통역사.
 - 이 도시에서 통용되는 여러 언어로 작성된 정보.
 - Oregon Clinic이 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애, 성별(성 정체성 및 성적 지향 포함) 또는 이들의 조합에 따라 이러한 서비스를 제공하지 않거나 다른 방식으로 차별했다고 생각하실 경우:
 - Oregon Clinic의 민권 코디네이터/준법 감시인에게 우편(541 NE 20th Ave, Suite 225, Portland, OR 97232)으로 불만 사항을 접수할 수 있습니다. (팩스) 503-935-8911, 또는 이메일(compliance@orclinic.com)로 문의하세요.
 - 연방 보건복지부(Department of Health and Human Services), 시민권실(Office for Civil Rights)에서 전자적으로 [또는 전화 1-800-368-1019\(TDD\) 800-537-7697로 보건복지부\(Department of Health and Human Services\), 시민권실\(Office for Civil Rights\)에](tel:1-800-368-1019) 민원을 제기할 수 있습니다. 불만 제기 양식은 [여기에서](#) 제공됩니다. (팩스) 202-619-3818.
 - Oregon Clinic의 외래 수술 센터에 대한 우려 사항은 오리건주 보건 당국, 의료 규정 및 품질 개선 프로그램에 다음과 같이 문의하세요. 800 NE Oregon Street, Suite 465, Portland OR 97232; 971-673-0540. 불만 제기 양식은 [여기에서](#) 제공됩니다.
- 모든 형태의 차별, 학대, 괴롭힘이 없는 안전하고 안심할 수 있는 환경에서 배려와 존중, 자비로운 보살핌을 제공합니다. 오리건 클리닉은 관련 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별을 이유로 차별하지 않습니다.
- 차별이나 보복을 당하지 않고 권리를 행사하세요.
- 의료 서비스와 관련된 개인정보 보호 및 비밀보장 유지. 정보는 법률에 규정된 경우를 제외하고는 귀하의 동의가 있는 경우에만 공개할 수 있습니다. 귀하는

개인의 존재 이유에 대해 자문을 받을 권리가 있습니다. HIPAA 규정은 준수됩니다.

- 의료진 또는 지정된 직원으로부터 진단, 치료 및 예상 결과에 대한 정보를 이해할 수 있는 용어로 받습니다. 환자에게 그러한 정보를 제공하는 것이 의료적으로 바람직하지 않은 경우, 해당 정보는 환자가 지정한 사람 또는 법적으로 권한이 있는 사람에게 제공됩니다.
- 정보에 입각한 동의를 하거나 이 치료 과정을 거부하기 위해 필요한 정보를 받고 수술 또는 제안된 치료와 관련된 결정에 참여합니다.
- 진료의 합리적 연속성 및 진료 시간과 장소, 진료를 제공하는 의사를 미리 알 수 있어야 합니다.
- 다른 자격을 갖춘 서비스 제공자가 있는 경우 다른 의사와 상담하거나 서비스 제공자를 바꾸세요.
- 연구 프로젝트 참여에 동의하거나 거부를 합니다.
- 귀하의 치료 조율에 대한 일차적 책임이 있는 제공자의 이름과 직업적 상태, 귀하가 만날 수 있는 다른 의사 및 의료 종사자의 이름, 직업적 관계, 자격 증명을 알아두세요.
- 법이 허용하는 범위 내에서 자신의 의료 기록을 검토하세요. 귀하의 치료와 관련된 모든 통신내용과 기록은 비밀로 취급됩니다.
- 수술에 앞서 해당 주 보건 및 안전법에 대한 설명과 요청 시 주정부의 공식 사전의료지시서 양식을 포함한 정보를 미리 받아보세요. 그러한 정보는 요청 시 제공됩니다.
- 생전 유언장, 의료 위임장 또는 치료를 제한하는 기타 문서와 관련된 사전의료의향서가 있음을 귀하의 의료 기록에 유효하게 기록해 두십시오. 귀하는 수술 중에 사전의료지시서를 따르기를 원하는 경우 대체 시설로 의뢰될 권리가 있습니다. 자세한 내용은 [오리건 주 보건 당국에서 확인하세요](#). [사전의료지시서 자문 위원회\(ADAC\)](#): [공중 보건부 소개](#): [오리건 주](#). 양식에 액세스하려면 다음을 방문하세요. [오리건 보건 당국](#): [사전의료지시서 양식](#): [공중 보건부 소개](#): [오리건 주](#).
- 제안 및 불만 사항을 포함한 적절한 피드백을 제공합니다.
- 제공되었거나 제공되지 않은 치료 또는 간호에 대해 구두 또는 서면으로 불만을 제기합니다. 구두 또는 서면으로 고충이나 불만을 표현하는 데 도움이 필요하면 [옴부즈맨 센터 | CMS](#)에 방문하거나 1-800-MEDICARE로 [Oregon DHS](#)에 문의하세요. [오리건 주 복지부](#): [불만 및 우려 사항](#): [부서 소개](#): [오리건 주](#).
- 결제 출처에 관계없이 청구서 및 결제 정책을 검토하고 설명을 들을 수 있습니다.

- 근무 시간 외는 전화를 통해 담당 의사에게 연락하세요. 필요에 따라 응급 조치를 취할 수 있습니다.

환자 권리 양식 페이지에 있는 양식을 사용하여 의료 기록 수정, 보호대상 건강정보에 대한 제한 또는 보호대상 건강정보 공개에 대한 설명을 요청할 수 있습니다.

귀하는 **OREGON CLINIC**의 환자로서 다음과 같은 책임이 있습니다.

- 현재 상태, 과거 질병, 입원, 일반의약품 및 보충제를 포함한 약물, 알레르기 및 민감성, 기타 건강과 관련된 모든 정보를 포함하여 귀하의 건강에 대한 완전하고 정확한 정보를 제공하세요.
- 치료에 적극적으로 참여하세요.
- 처방된 치료법을 따르지 않을 것으로 예상되거나 대체 요법을 고려하고 있는 경우 등 예상되는 행동 방침과 예상되는 사항을 명확하게 이해했는지 여부를 알려야 합니다. 이해가 안 되면 질문하세요.
- 담당 의사가 권장하는 치료 계획을 따르세요. 여기에는 간호사 및 관련 의료진이 조정된 치료 계획을 수행하고 담당 의사의 지시를 이행할 때, 그리고 해당 규칙 및 규정을 시행할 때 간호사 및 관련 의료진의 지침이 포함될 수 있습니다.
- 예상치 못한 귀하의 상태 변화를 담당 의사에게 보고하세요.
- 치료를 거부하거나 의사의 지시를 따르지 않을 경우 자신의 행동에 대한 책임을 져야 합니다.
- 비용청구 처리를 위해 완전하고 정확한 청구 정보를 제공하고 적시에 청구서를 납부하세요.
- 진료 예약을 지키고, 진료 시간을 지키세요. 단, 진료 예약을 지킬 수 없는 경우 가능한 한 빨리 의사에게 알립니다.
- 받는 치료에 따라 의료진의 지시에 따라 책임 있는 성인이 집까지 교통편을 제공하고 제공자의 지시나 퇴원 지침에 따라 함께 있을 수 있도록 하십시오.
- **Oregon Clinic** 시설에 있는 동안 타인을 정중하게 대하고 타인의 재산을 존중하세요. 이를 준수하지 않으면 해당 서비스가 종료될 수 있습니다.
- **개인정보처리방침**을 검토하세요.

의뢰를 받을 권리에 대한 고지

이 고지는 의료 서비스 제공자가 추가 검사 또는 의료 서비스를 위해 다른 의료 서비스 제공자나 시설로 귀하를 의뢰할 때의 귀하의 권리를 설명합니다.

오리건주 법에 따라, 귀하가 당사 클리닉 외부 치료를 의뢰 받은 경우, 오리건 클리닉은 귀하의 의사 또는 의료 서비스 제공자가 추천한 시설 이외의 시설에서 검사 또는 서비스를 받을 수 있음을 귀하에게 알려야 합니다.

오리건주 법에 따르면(ORS 441.098):

- 진단 검사 또는 의료 치료 또는 서비스에 대한 의뢰는 환자의 임상적 필요와 개인적 건강 선택에 근거해야 합니다.
- 환자에게 진단 검사 또는 의료 치료 또는 서비스를 의뢰하는 의료 서비스 제공자(또는 해당 의료 서비스 제공자의 직계 가족)가 금전적 이해관계가 있는 시설에 환자를 의뢰하는 경우, 의뢰 시 해당 이해관계를 환자에게 구두 및 서면으로 알려야 합니다.
- 의료인 또는 의료인이 지정한 대리인은 의뢰 시 환자에게 다음 사항을 알려야 합니다.
 - (a) 환자에게 검사, 치료 또는 서비스를 받을 장소에 대한 선택권이 있음.
 - (b) 환자가 의사가 의뢰한 시설과 다른 시설을 선택한 경우, 환자는 보험사에 연락하여 환자가 선택한 시설의 검사, 치료 또는 서비스에 대한 보장 범위 또는 보장 제한을 확인해야 할 책임이 있습니다.
- 의료인은 환자가 다른 시설에서 검사, 치료 또는 서비스를 받기로 선택했다는 이유만으로 의뢰를 거부, 제한 또는 철회할 수 없습니다.

이 환자 권리 및 책임 문서의 녹음본을 들으려면 503-935-8334로 연락하세요.

(개정된 날짜: 2025. 2. 4)