



BETANCES HEALTH CENTER

病人与医生的协议：

白天使医疗保健中心已经晋升成为一所**患者综合治疗之家（PCMH）**。PCMH是将病患集中在一个提供全面医疗保健的场所。它体现了医生与病人之间协调合作的关系。白天使医疗保健中心领导着一个由医护专业人才组成的医疗团体，全力以赴地去提高人们的整体健康并帮助病人实现他们的保健目标。这个医疗保健团体将由内科家庭医生，专科医生，营养师及其他按病人需要而配置的医生组成。白天使医疗保健中心将为病人设置正确的医疗团体及提供适当的医疗服务。

病人及其监护人的责任：

- 告诉医护人员关于病人的健康与疾病情况以及病人有什么需求及忧虑。
- 积极参与制定医疗计划并遵循该计划。如果您对医疗目标不明确请告诉医护人员。
- 告诉医护人员有关您正在服用的药物，以及重配的时间。在您来诊所看医生时，记住要求医生开处方补充您的药物。否则，您必须等待24小时以上才能在医生助理那里得到您的重配药物处方。
- 在准备去看其他医生或专科医生之前，先得到主治医生的建议以及他们给您开出的转介信并保持与本中心的联系。
- 为了您以及您的家人，多了解一些关于保持健康预防疾病的知识。我们相信健康孩子成长在健康的家庭
- 准备好按预约时间去看医生，如果不能按时赴约，尽快告诉我们并重新预约时间。
- 了解您的医疗保险，并知道它有哪些承保项目。我们感谢并期待您在来看医生时缴付定额手续费（co-pay）。

医护工作人员的责任：

- 我们尊重您是独立的个体，不会以您的种族，地位，国籍，宗教，年龄，性别，身体残障或性取向来判断您的为人。
- 为病人提供安全，优质的医疗保健服务。
- 尊重您的个人隐私，我们不会与其他任何人共用您的医疗报告，除非得到您的允许或按照法律的要求。
- 提供电脑网络系统24小时医疗咨询服务。
- 帮助您按照您的需要制定您的医疗计划，并与您共同讨论如何改善您的健康状况以及防止健康问题的持续。
- 研究讨论您可能需要哪些适当的检验及手术治疗程序，调整您的医疗方案，尤其是与您的医疗保健专业人员保持步调一致。
- 通过联系协议和转介协调并安排您在其他医疗保健专业人员和提供者系统中接受护理。
- 每次就诊之后清楚地知道医生的诊断，治疗目标以及进一步的医疗计划。

电话提醒：

为了服务我们的客户，我们提供温馨提醒电话以及可能使用预先录制的消息发出的其他重要电话。通过填上名字的间写，您同意接收来自Betances的预先录制的消息。 _____（填上间写接收预先录制的消息）

短信：

有时我们可能会发送短信。通过填上名字的间写，您同意Betances向您提供给我们的手机号码发出短信。
_____（填上间写接收短信）

敬请注意：

如果您在工作时间内需要临床建议或需要预约，您可致电212-227-8401或通过患者门户发送电子邮件给我们：

<https://mycw41.eclinical web.com/portal4540/jsp/100mp/login.jsp>

当本中心关门停诊之后，您可以通过我们提供电话应答服务与一位值班医生联系，去处理那些不能等到开诊时间的医药问题。

白天使医疗中心门诊时间

星期一	8 am to 5 pm
星期二	8 am to 5 pm
星期三	8 am to 5 pm
星期四	10 am to 5pm
星期五	8 am to 5 pm

白天使医疗中心延长门诊时间

星期一	5 pm to 8 pm
星期三	5 pm to 8 pm

疫苗/免疫接种：

我同意在门诊时让自己或孩子接受常规免疫接种。 _____（间写）
或

我不同意在门诊时让自己或孩子接受常规免疫接种。 _____（间写）

同意：

我， _____， 允许Betances Health Center许可提供普通和必要的医疗检查，诊断和治疗，并管理医生可能要求的治疗或服务。普通和必要的医疗护理应包括预防性和预防性护理以及实验室检查，但不得包括手术，全身麻醉，根据法律要求单独同意的实验室检查或其他特殊程序。

我已阅读此协议，我想将Betances Health Center作为我的医疗之家。我会尽力遵守上面列出的陈述，并在我不能的时候与我的提供者沟通。我也理解这不是具有法律约束力的合同，而是旨在提供一个框架，我们可以建立一种关系，使我能够在舒适和温馨的环境中最大限度地提高我的健康状况。

患者/监护人姓名正写

患者出生日期

如果患者是未成年人，请填写患者姓名

患者/监护人签名

日期