

**McLaren Print System Order****Order No: 74840 Reprint Previous Order No: 73880****Order Date: 2023-01-23****User: Vasilis Kontoudis****Phone: 5869459611****Ship Location: Karmanos Cancer Institute- Macomb - Attn Lisa DiMaggio  
1080 Harrington St  
Mount Clemens, MI 48043****Forms****Quantity: 100****Paragon Dept No: 27905****Dept Name: Radiation Therapy****Company Number: 260****Order Total Price: 12.80****Item Number: MHCC-335 Chinese****Item Description: General Consent for Treatment - Chinese****Revision Date: 11/2022****Print: 1 sided black and white****Paper: 20# White Text****Size: 8.5 x 11****Fold:****Finish: None****Drill: None****Misc Info: 4 pages; black and white;**

## 同意与授权书

### 1. 入院与治疗的一般同意书

1. 签署人在此自愿要求、同意并授权所有医疗和住院护理，其中包括体检和筛查、诊断程序、药物管理、医疗治疗，包括药物和酒精筛查，如主治医生、McLaren Health Care子公司（“McLaren”）的其他医务人员和医疗保健提供者判断其有必要性。我知道行医不是一门精密科学，并承认我所接受的护理和治疗的结果无法保证。

我特此授权McLaren为科学或教学目的而保留、保存和使用，或根据其判断或便利性处置在我治疗期间从我身上取下的任何样本或组织，我授权McLaren对我进行拍照、摄像和/或录音，以便在治疗期间进行诊断、治疗建议和/或记录和识别。本人理解，病历中的所有文件，其中包括照片、影片和/或录音，均可作为病历的一部分永久保留，并可用于案例研究和教育。我已被告知并知晓，McLaren大多为教学机构，所进行的医疗和外科手术可能需要多个医疗服务提供者的观察、合作和服务。我授权以上人员进行此观察、服务和护理。

### 2. 暴露测试同意书

我明白，如果紧急救援人员、医护人员或其他医疗机构员工接触到我的血液或体液，根据OJL 203, 2019(1)的规定，可能会在未经我同意的情况下对我进行检测，包括但不限于HIV、乙型肝炎或丙型肝炎。

### 3. 保险信息公开

我授权McLaren及其附属机构向任何第三方支付人或代表发布信息，包括Medicare、Medicaid、Changex、Blue Cross/Blue Shield、商业健康保险公司、汽车无过失保险公司、工人赔偿赔偿保险公司、雇主、保健组织、优选医疗机构和管理性护理计划等可能需要承担我的费用的机构；或根据法律要求，从我医疗记录中获取必要的信息，以便获得与我的治疗有关账单的报销，其中包括CPR第2章第2部分规定保护的酒精和药物滥用记录（如有），以及社会服务记录（如有）和心理服务记录（包括我与社工或心理医生的沟通）。

### 4. 公共卫生信息发布

我授权McLaren发布我的医疗记录中的信息，包括墨西哥州法规和公共卫生部规定的传染病和/或传染的信息，其中包括人类免疫缺陷病毒（HIV）感染、获得性免疫缺陷综合症（AIDS）、艾滋病相关综合症（ARC）、性病和结核病，以及受《联邦法例》第2部分第2章规定保护的酒精和/或药物滥用信息、精神病/心理病记录，以及社会工作记录，其中包括与社工、精神病医生或心理医生的沟通。



8200

