



# 您

New York State  
医院患者的权利

# 作为



请保留本手册以备参考。

请仔细阅读本手册，并与参与您的  
护理的家人和朋友分享其中的信息。

请保留本手册以备参考。请仔细阅读本手册，并与参与您的护理的家人和朋友分享其中的信息。

州与联邦政府要求 New York State 所有住院患者在入院时必须了解相关信息并获得相关资料。本手册汇总了相关信息，说明了每位医院患者享有的权利，并包含患者如何获得最佳协助的建议。

本手册共两节：

- 第一节说明 New York State 每位医院患者的权利。其中包含一份术语表，用于帮助了解医院常用的术语。
- 第二节提供了法律要求医院向 New York State 每位医院患者提供的文件。

# 目录

<b>关于您的权利</b> .....	2
关于您的特殊需求.....	2
关于您医院护理的疑问/问题/投诉 .....	3
如果您认为您被要求过早出院.....	4
您有权投诉:	
医师或医师助理.....	5
其他医疗护理专业人士.....	5
关于医院服务账单或医疗保险的问题或投诉.....	6
获取您的病历.....	7
术语.....	8
<b>法规与信息</b> .....	12
患者权利清单.....	13
关于您作为医院住院患者享有的权利的重要信息（针对 Medicare 不给付的患者） .....	14
Medicare 患者入院通知.....	16
Medicare 重要信息 .....	17
医疗护理决策：患者和家属指南.....	20
简介.....	20
有能力做出知情决策的成年患者.....	20
预设医疗指示/医疗护理委托书 .....	20
在医院和疗养院内的医疗护理决策.....	21
在医院和疗养院内的拒绝或撤回 生命维持治疗的决策.....	22
法定监护人及代理人的决策标准.....	23
解决医院和疗养院内的纠纷.....	24
医院或疗养院以外的 DNR 命令 .....	26
医疗护理委托书.....	26
New York State Department of Health 通知函（SPARCS 数据收集系统） .....	34
妊娠信息.....	35
家庭暴力：孕产妇患者通知.....	36
家庭暴力：受害者权利通知.....	38

# 关于您的权利

作为 New York State 医院的患者，您享有由州及联邦法律法规保证的特定权利和保障。这些法律法规有助于确保您获得优质、安全的医院护理。New York State Department of Health 编制了本手册，帮助您了解您的权利。

**请保留本手册以备参考。**请仔细阅读本手册，并与参与您的护理的家人和朋友分享其中的信息。

您有权参与关于您的医疗护理的决策，并了解您被告知的关于您的护理和治疗的情况。例如，您有权获得关于检验、治疗及为您开具的处方药物的清晰说明。您应该毫不犹豫地让您的医师、护士或医院工作人员提问。**您有权知道所发生的事情。**

**每位患者都有其独特性，每次住院都各有不同。**了解您享有的具体权利以及在认为需要帮助时该怎么做，这点很重要。部分权利和保障，例如与出院时间有关的权利和保障，要求收到正确的书面通知。您还会获得与通过电话或书面形式寻求帮助的时间和地点有关的说明信息。

**如有问题或不明之处，请与您的护士、医师、社工或患者代表沟通。**

**他们可以：**

- 帮助您解惑答疑；
- 安排特殊帮助；
- 联系您的家人；
- 找来外语译员和手语译员；及
- 从总体上使您的住院过程更便捷。

## 关于您的特殊需求

**每家医院都必须安排工作人员解释或回答与您的权利有关的问题，并提供如何保障这些权利的信息。**

- 如果您的听力或视力受损，或英语不是您的第一语言，则必须提供熟练译员帮助您。如果您认为有需要，则必须为您提供重要医院表格、说明及信息的译文和/或记录。

**但您必须说出来并提出问题。**

您可以在入院前联系患者代表，从而确保在您抵达时已为您进行特殊安排。

- 如果对本手册中的任何信息有疑问或认为您的需求未得到充分满足，请询问患者代表或其他医院工作人员以得到进一步解释，或联系 New York State Department of Health（请参见第 3 页）。

# 关于您的医院护理的担忧/问题/投诉

如果您对住院期间的护理的任何方面存在担忧、问题或投诉，请向您的医师、护士或医院工作人员提出来。如果医院工作人员未解决问题，您可以通过信件或电话联系 New York State Department of Health。

您可以拨打免费号码 1-800-804-5447 或以书面形式投诉，信件请寄至：

New York State Department of Health

Centralized Hospital Intake Program

Mailstop: CA/DCS

Empire State Plaza

Albany, NY 12237

问题或意见：[hospinfo@health.ny.gov](mailto:hospinfo@health.ny.gov)

# 过早出院...

**您有权就您的医师、医院工作人员或您的管理式医疗计划的决策提出上诉：**

- 关于您出院的时间；
- 如果您认为您被要求过早出院；
- 如果您认为给您提供的出院后所需医疗护理及其他服务的计划不足或不妥；或
- 如果没有所需要的服务。

法律要求提前给您**书面**通知，告知以下事项：

- 医师和/或医院计划允许您出院的日期；
- 如果您希望继续住院，如何提出上诉；及
- 对于出院有任何问题时，可供拨打的特殊号码。

请参见第 14 页以获得更多信息。

---

## 关于援助/帮助

关于您所在地区和您的保险给付范围，有一个独立专业审查机构 (Independent Professional Review Agent, IPRA)。如果您需要 IPRA 的援助/帮助，医院会为您提供电话号码/联系人。请参见第 9 页和第 15 页以获得更多信息。

---

## 仅针对 Medicare 患者

如果您认为您被要求过早出院且事先未收到告知出院时间的通知，请索取您的出院通知（称为“Medicare 关于您自身权利的重要信息”）。如果您是卫生保健机构 (HMO) 会员，则还应要求提供“Medicare 关于您自身权利的重要信息”。要对医师和医院关于您出院时间的决策提出上诉，必须持有该书面出院通知。关于完整说明，请参见第 17 页的“Medicare 关于您自身权利的重要信息”。

---

## 对于管理式医疗患者

若您参加了 HMO 或管理式医疗计划，如果您认为您的福利受到不公平的限制或拒绝、您被要求过早出院或具有医疗必要性的服务被以不当方式排除出您的给付范围，则首先向该 HMO 或该计划的资源使用审查委员会请求/提交加急上诉。如果对上诉请求的结果不满意，您可以联系 New York State Department of Health，请致电：**1-800-206-8125**。

Managed Care Law of 1996（1996 年管理式医疗法）修订 Public Health Law 4408（公共卫生法 4408），Disclosure of Information（信息披露）。

# 您有权投诉

## • 医师或医师助理

如果您认为您从医师或医师助理处获得的护理存在不称职、疏忽或欺诈，您可以向 New York State Department of Health 的职业医疗行为办公室 (Office of Professional Medical Conduct, OPMC) 举报。OPMC 会对关于医师和医师助理可能存在失职行为的所有举报进行调查。举报必须包括医师或医师助理的全名和地址以及所有相关信息。举报必须以书面形式寄送至：

**New York State Department of Health  
Office of Professional Medical Conduct  
Riverview Center  
150 Broadway  
Albany, NY 12204-2719**

如需获得更多相关信息或投诉表，请致电 **1-800-663-6114** 或访问 Department of Health 网站 [www.health.ny.gov](http://www.health.ny.gov)。

举报会被保密。调查可能会导致在 Board for Professional Medical Conduct (职业医疗行为委员会) 的委员面前进行正式听证。该委员会由 Commissioner of Health (卫生部长) 指定的医师和消费者成员组成。

关于医师或医师助理“医疗不端行为”的示例，请参见第 10 页的术语。

## • 其他医疗护理专业人士

如果您认为从护士、牙医、社工、验光师、心理医师、物理治疗师或职业治疗师及足科医师等任何其他有执照的医疗护理专业人士那里得到的护理存在不称职、疏忽或欺诈，您可以通过以下联系方式进行投诉：

**New York State Education Department  
Office of Professional Discipline  
475 Park Avenue South  
2<sup>nd</sup> Floor  
New York, New York 10016  
1-800-442-8106**

# 关于医院服务账单或医疗保险的问题或投诉

- 作为住院患者，您有权得到分项账单。
  - 您的医院服务账单上可能会列出被称为“附加费”的收费。这些附加费为重要的共项目提供资金，在前几年已经存在，尽管这些附加费在账单上可能未作为单独的费用出现。该附加费表示在 New York State 总医院服务账单上应收取的额外金额，且视您的保险合同而有所不同，New York State 法律允许向您收取其中的部分费用。
  - 医院与保险公司、HMO、其他类型的管理式医疗计划以及商业保险公司和自保机构协商缴费率。费率可能会有差异。有关您的给付范围的任何问题，请联系您的保险公司。
- **如果对给付范围、付费服务或已支付的金额有疑问，请联系医院的收费部门及您的保险公司解决您的任何疑问/问题。**

---

## 对于 Medicare 患者

如果您是 Medicare 患者，需要咨询有关医院费用的问题，请致电 Medicare：

**1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

---

## 对于管理式医疗患者

如果您参加了管理式医疗计划，且难以得到护理或对您的护理不满意，您可以投诉该计划。该计划的手册必须向您说明如何投诉以及如何获得即时审查。如果对 HMO 或计划对您投诉的回应不满意，请联系 New York State Department of Health：

**1-800-206-8125**

Medicare 管理式医疗计划参保人员可致电 Livanta：

**1-866-815-5440**

# 获取您的病历

**New York State 法律要求所有医疗护理从业人员和机构允许患者获取其本人的病历。**

Public Health Law 第 18 节包含提供这些记录的程序以及提供者可以拒绝提供的情形。患者可以像授权其孩子护理的家长或监护人一样，以书面形式索取信息。

如果您**希望查看**您的病历，请询问您的医师和/或医院的病历主管。New York State 法律保证您在书面请求后 10 日内有机会检查您的病历。

如果您**希望获得您的病历的副本**，您必须向医院提交书面请求。将请求发送给医院

的病历主管。如果您请求获取记录副本，医院最高可按每页 75 美分向您收费。

如果医院**未接受**请求或未按您的请求行事，您可以拨打 1-800-804-5447 向 Department of Health 投诉。

**如果您在获取**您的全部或部分住院记录时被拒，您可以向 New York State Department of Health Medical Records Access Review Committee（病历获取审查委员会）提出上诉。医院/医师需提供表格 (DOH-1989)，说明拒绝的原因和有关此上诉过程的信息。

# 术语

## Livanta —

这是由联邦和纽约州政府签约的质量改进组织，负责对纽约州医院向 Medicare 和 Medicaid 患者提供的护理进行审查。

- 这是 **Medicare 患者** 在认为院方过早安排其出院时应联系的机构。同时参保 Medicare 和 Medicaid 的患者可拨打免费电话 1-866-815-5440 与 Livanta 联系。
- TTY 用户请拨打 1-866-868-2289。
- Livanta 针对所有语言提供翻译服务。

## Medicaid

(Social Security Act (社会安全法) 第 XIX 条) —

Medicaid 是一个联邦计划，由联邦、州和地方政府提供资金，旨在为贫困人口尤其是符合收入水平等特定资格要求的特定人群提供医疗护理服务。

## Medicare

(Social Security Act (社会安全法) 第 XVIII 条) —

Medicare 是一个联邦计划，由联邦政府管理，为 65 周岁及以上人士或残障人士支付部分医疗服务费用。资格完全取决于年龄和残障情况。

## 出院规划 —

出院规划是医院工作人员与您及您的家人或代表就您出院后的护理一起进行准备并做出安排的过程。这种护理可能是自我护理、家属护理、家庭健康援助或转入其他医疗护理机构。出院规划包括评估和确定您在出院时的需求，并对您出院后满足这些需求的适当护理进行规划。**在您出院前，必须向您提供书面计划。**出院规划通常涉及患者、家属或您指定的代表、您的医师及医院工作人员。部分医院配备了被称为“出院规划师”的工作人员。而在另一些医院，可能会由护士或社工协助进行出院规划。

## 出院计划 —

New York State 医院的所有患者（包括 Medicare 患者）在出院前都必须收到**书面出院计划**。此计划应当说明您在出院后可能需要的任何医疗护理服务的安排。**在您出院前，此计划中说明的必要服务必须得到保障或可合理获得。**

## 出院通知一

New York State 医院的出院通知应当包含关于出院日期及若对通知有异议如何提出上诉的信息。对于所有患者（收到“Important Message from Medicare”（Medicare 重要信息）副本的 Medicare 患者除外），在其出院前 24 小时，都必须**以书面形式**向其提供出院通知。**如果 Medicare 患者不同意出院，须要求提供书面出院通知（“Medicare 重要信息”）**。如果患者索要，必须向患者提供通知。提供通知后，Medicare 患者如果对通知有异议，可以通过上诉处理。

## 独立专业审查机构 (IPRA) 一

在 Medicaid 给付患者、私人保险承保患者或无任何保险的患者出院后获取其所需护理遇到问题时，这些审查机构会处理他们的上诉。例如，IPRA 会审查在医疗角度上适合前出院患者的病历，并审查是否完成了适当的出院计划或适当的服务是否就位。

## 管理式医疗一

管理式医疗指个人（或家属）医疗护理的组织 and 付费方式。尽管卫生保健机构 (HMO) 是已知最好的管理式医疗计划，但还存在许多其他类型的医疗计划。如果您参加了管理式医疗计划，则您接受的医疗护理服务由该计划和/或主治医师协调。因此，对于根据您所参加的计划之规定和福利获得医疗护理服务（包

括医院服务）的方式、时间和地点，您应当有所了解。仔细阅读您所参加的计划的登记信息，并向您的计划代表咨询，确保了解您的福利、权利和责任。

## 患者代表一

患者代表为医院工作人员，是联系患者、家属、医师及其他医院工作人员的纽带。患者代表应当解答关于医院程序的疑问、对特殊需求或担忧提供协助并帮助解决问题。患者代表熟悉所有医院服务，会为您提供帮助。患者代表提供的服务不收取费用。

## 拒绝心肺复苏术 (DNR) 命令一

根据您的要求，您的病历中可以包含 DNR 命令。DNR 命令指示医务人员在您呼吸或心跳停止时不要尝试实施抢救。这意味着医师、护士及其他医疗护理从业人员不会采取口对口人工复苏、胸外按压、电击、插管以打开气道、向心脏注射药物及开胸等急救程序。根据 New York State 法律，所有成年患者都可以在有两名见证人在场的情况下以口头或书面形式请求 DNR 命令。此外，Health Care Proxy Law（医疗护理委托法）允许您指定在您无法做出关于 DNR 及其他治疗决策时代表您做出决策的人。

## 品质改善机构 (QIO) 一

QIO 是负责对提供给符合 Medicare 资格的患者的住院医院服务进行持续审查的机构。New York State 的 QIO 为 IPRO（请参见第 9 页）。

## 生前遗嘱 —

生前遗嘱是事先表明您关于各种治疗方案及特定病情的具体指示和选择的书面文件。在您病重且无法交流时，生前遗嘱可以被认定是您意愿的证明（如果所述意愿通过明确且令人信服的方式表明）。

## 心肺复苏术 (Cardiopulmonary Resuscitation, CPR) —

CPR 是用于在患者呼吸或循环停止时复苏其心肺的医疗程序（请参见第 20 页）。

## 医疗不端行为 —

如果您认为您从医师或医师助理处获得的护理不佳或不合格（护理存在不称职、疏忽或欺诈），您可以向 New York State Department of Health 举报。法律要求医师及其他健康专业人士报告任何疑似不端行为。

医疗不端行为的部分示例有：

- 欺骗性执业，或存在严重不称职或疏忽；
- 在受到酒精、毒品、肢体障碍或精神障碍影响的情况下执业；
- 被定罪；
- 因种族、宗教、肤色或人种等原因拒绝提供医疗服务；
- 保证通过医疗服务能够治愈；
- 经患者书面要求，仍拒绝向患者或其他医师提供 X 光片或病历副本；
- 故意制作或提交虚假报告或不提交法律要求的报告，或诱使他人如此行事；
- 故意骚扰、侵害或胁迫患者；

- 要求进行过度检查或治疗；
- 以利用患者的方式推销服务、商品、器械或药品；
- 遗弃或疏忽正在接受紧急专业护理及需要接受紧急专业护理的患者。

## 医疗护理委托表 —

New York State 法律允许您指定家属或好友等您信任的人作为您的医疗护理代理人，在您本人丧失决策能力时做出与您的治疗有关的决策。您还可以通过该表传达关于在您去世后进行器官捐献的意愿（请参见第 23 页）。

## 预设医疗指示 —

预设医疗指示指的是您在发生导致丧失能力的疾病或伤害之前做出的口头或书面指示（请参见第 18 页）。如果您病情过重或无法做出护理决策，预设医疗指示可以传达需要遵循的您本人关于治疗的意愿。预设医疗指示包括但不限于**医疗护理委托书**、您病历中记录的**拒绝心肺复苏术 (do-not-resuscitate, DNR) 命令同意书**以及**生前遗嘱**。

## 诊断相关分组 (Diagnosis Related Group, DRG) —

诊断相关分组 (DRG) 系统将患者入院治疗的所有原因分为约 600 个组，从而确定由您的保险向医院支付的金额。DRG 系统以相同年龄段、诊断病情相同或相似且需要同种治疗方法的患者的平均治疗成本为基础。例如，针对肺炎患者与髌骨骨折患者，需支付不同金额。该系统考虑了医院的开支、地区成本、通货膨胀及患者需求。New York State Department of

Health 针对各医院内的各个 DRG 制定了 Medicaid and Workers Compensation/No Fault (Medicaid 和工伤赔偿/无过失) 缴费率。**患者的住院天数不受限制。**您的住院期限完全取决于您的病情。(注意：部分专科单位和机构未采用 DRG。)

### **资源使用审查一**

资源使用审查是对护理的必要性、适当性和有效性进行评估的过程。资源使用审查由医院资源审查 (UR) 委员会、品质改善机构 (QIO) (请参见 QIO)、公共机构 (如卫生部门) 或独立机构执行。

# 法规与信息

本节说明根据法律要求您作为 New York State 医院的住院患者应当收到的各个文件。

## 患者权利

患者权利清单 .....13

关于您作为医院住院患者享有的权利的重要信息（针对 Medicare 不给付的患者） ...14

Medicare 患者入院通知 .....16

Medicare 重要信息 .....17

做出关于医疗护理的决策：患者和家属指南 .....20

指定医疗护理代理人— New York State 的委托法 .....26

医疗护理委托表 .....32

## 数据收集

New York State Department of Health 通知函（说明 SPARCS 数据收集系统） .....34

产妇预约时必须提供的信息：

妊娠信息 .....35

## 家庭暴力

孕产妇患者通知 .....35

受害者权利通知 .....38

父母权利清单 .....40

出院前必须提供的信息：

- **所有**患者都必须收到书面出院计划。
- **Medicare** 患者会收到“Medicaid 重要信息”的副本。
- **所有**其他患者都必须收到出院通知。

**如果您无法理解或对这些材料有任何疑问，请让医院工作人员进行解释。这是您的权利！**

# 患者权利清单

## 作为 New York State 医院的患者，您依法享有以下权利：

- (1) 理解并行使这些权利。如果您因任何原因无法理解或需要帮助，医院**必须**提供帮助，包括提供口译人员。
- (2) 在不受种族、肤色、宗教、性别、民族、残障、性取向、收入来源或年龄歧视的情况下接受治疗。
- (3) 在无不必要限制的干净、安全的环境中接受周到细致的护理。
- (4) 在需要时接受紧急护理。
- (5) 知道负责您在医院的护理的医师的姓名和职务。
- (6) 知道参与您的护理的任何医院工作人员的姓名、职务和职能，以及拒绝他们治疗、检查或观察。
- (7) 无烟病房。
- (8) 获得关于您的诊断、治疗和预后的完整信息。
- (9) 获得针对任何拟定程序或治疗需要您知情同意的所有信息。这些信息应当包括程序或治疗的潜在风险和益处。
- (10) 获得针对拒绝心肺复苏命令需要您知情同意的所有信息。您还有权指定在您病情过重无法同意时给予此同意的人员。如果希望得到其他信息，请要求获取“Deciding About Health Care — A Guide for Patients and Families”（做出医疗护理决策 — 患者和家属指南）手册的副本。
- (11) 拒绝治疗并被告知对您健康情况的潜在影响。
- (12) 拒绝参加研究。在决定是否参加时，您有权得到完整的解释。
- (13) 住院期间的隐私权及与您的护理有关的所有信息和记录的保密权。
- (14) 参与关于您的治疗和出院的所有决策。医院必须向您提供书面出院计划以及如何对出院进行上诉的书面说明。
- (15) 免费查看您的病历。如需取得病历副本，医院可就此收取合理费用。不会仅因为您无力付费而拒绝提供副本。
- (16) 收到分项账单和对所有收费的说明。
- (17) 不惧报复地就您获得的护理和服务进行投诉并让医院回应，并且在您要求时，医院应给予书面回应。如果对医院的回应不满意，您可以向 New York State Health Department 投诉。医院必须向您提供 State Health Department 的电话号码。
- (18) 授权家人及其他具有优先探视权的成年人根据您接受探视的能力进行探视。
- (19) 表达您关于解剖捐赠的意愿。您可以在医院提供的医疗护理委托书或捐赠卡上记录您的意愿。

# 关于您作为医院住院患者享有的权利的重要信息

## 您作为住院患者的权利

您有权获得治疗您所患疾病或受到的伤害所需的一切医院护理。您的出院日期仅取决于**您**的医疗护理需求，而不取决于您的DRG类别或保险。

您有权充分了解与影响您的护理及保险给付范围有关的决策。**提出问题**。您有权指定代表您本人行事的代表。

您有权了解您的病情。与您的医师交流您的病情和医疗护理需求。如果对医院服务、出院日期或出院计划有疑问或担忧，请咨询您的医师或医院代表（如护士、社工或出院规划师）。

在您出院之前，您必须收到书面出院通知和书面出院计划。您和/或您的代表有权参与您的出院规划。

您有权对医院出具的书面出院计划或通知提出上诉。

## 如果您认为您被要求过早出院

确保您收到了医院必须向您提供的书面出院通知。提出上诉需要此出院通知。

此通知会说明向谁以及如何提出上诉。为避免额外费用，您致电提出申诉的时间必须不晚于计划出院日期。错过此时间，您仍然可以上诉。但如果您上诉失败，可能需要支付继续住院的费用。

## 出院计划

除上诉权以外，您还有权获得书面出院计划，该计划会说明您在出院后可能需要的任何未来医疗护理的安排。在您的书面出院计划中所要求的服务安排妥当或医院确定可以合理获得之前，您不得出院。您也有权对此出院计划提出上诉。

---

## 患者权利\*

此时必须向您提供您作为患者的额外权利的概括性陈述。

---

## 关于援助/帮助

关于您所在的地区和您的保险给付范围的 Independent Professional Review Agent (IPRA) 是：

\*本手册现已包含此信息。

患者会收到关于其入院和出院权利的通知。Medicare 患者会收到“Hospital Admission Notice for Medicare Patients”（Medicare 患者入院通知），而所有其他患者会收到“An Important Message Regarding Your Rights as a Hospital Inpatient”（关于您作为医院住院患者享有的权利的重要信息）。

Public Health Law 2803 (1) (g) 出院审查

10NYCRR, 405.9 (b) (14) (i) 和 405.9 (b) (14) (ii)

患者（或指定的个人代表）会收到书面出院通知和出院计划副本。必须为患者（或其代表）提供签署文件以及收到已签名文件的副本的机会。

10NYCRR, 405.9 (g) (1) 和 405.9 (g) (3) (i)

# Medicare 患者入院通知

## 根据 New York State 法律，您享有以下权利：

在您出院之前，您必须收到书面出院计划。您或您的代表有权参与您的出院规划。

您的书面出院计划必须说明您出院后可能需要的任何未来医疗护理的安排。在您的书面出院计划中所要求的服务安排妥当或确定可以合理获得之前，您不得出院。

如果您对出院计划有异议或认为无法合理获得服务，您可以致电 New York State Health Department，以便对您的投诉及您出院的安全性进行调查。如果您要求，医院必须为您提供 State Health Department 的电话号码。

关于您作为 Medicare 患者享有的权利的更多信息，请参见下一页的“Important Message from Medicare”。

患者会收到关于其入院和出院权利的通知。Medicare 患者会收到“Hospital Admission Notice for Medicare Patients”，而所有其他患者会收到“An Important Message Regarding Your Rights as a Hospital Inpatient”。

Public Health Law 2803 (1) (g) 出院审查

10NYCRR 405.9 (b) (14) (i) 和 405.9 (b) (14) (ii)

# Medicare 重要信息关于您的权利

患者姓名：  
患者 ID 号：  
医生：

美国健康与人力资源部  
Medicare 与 Medicaid 服务中心  
OMB 批准号：0938-0692

## MEDICARE 重要信息 关于您的权利

作为一名住院病人，您具有以下权利：

- 接受 Medicare 覆盖的服务。其中包括医学上必要的医院服务，以及您出院之后可能需要的服务（如果医生要求）。您有权利了解这些服务、支付服务费用的人员以及从何处获取服务。
- 参与有关您住院的任何决策，并且知道何人将支付住院费用。
- 向此处所列质量改进组织 (QIO) 汇报您对所获护理质量的任何疑虑：

QIO 的名称

**Livanta**

QIO 的电话号码

**1-800-815-5440**

### 您的 Medicare 出院权利

**关于您出院的计划：**在您住院期间，医院工作人员将配合您做好安全出院的准备，并安排您离开医院之后可能需要的服务。当您不再需要住院护理时，医生或医院工作人员将告知您计划的出院日期。

**如果您认为出院太早：**

- 您可以将您的疑虑告知医院工作人员、医生和管理式医疗计划（如您已加入此类计划）。
- 您还有权利提出申诉，即由质量改进组织 (QIO) 对您的病例进行审查。QIO 是 Medicare 聘请的外部审查机构，该机构将通过审查您的病例，决定您是否可以离开医院。
  - 如果您想提出申诉，必须不晚于计划出院日期且在离开医院之前联系 QIO。
  - 这样，您将无需对申诉期间所获得的服务付费（共付额和免赔额等费用除外）。
- 如果您没有提出申诉，但决定在计划的出院日期过后继续住院，则可能必须对该日期之后所获得的任何服务付费。
- 有关致电 QIO 和提出申诉的分步说明，请参阅第 2 页。

如需与院方相关人员讨论此通知，请致电：\_\_\_\_\_。

**请在此处签署姓名并注明日期，确认您已收到此通知并且了解您的权利。**

患者或代表签名

日期/时间

---

## 出院申诉步骤

- **步骤 1:** 您必须不晚于计划出院日期且在离院之前联系 QIO。这样，您将无需对申诉期间所获得的服务付费（共付额和免赔额等费用除外）。

- 以下为 QIO 的联系信息：

QIO 名称（粗体字） **Livanta**

QIO 的电话号码 **1-800-815-5440**

- 您可在一周中的任何一天提出申诉申请。**与相关人士交谈或留言后，您的申诉即已开始。**
- 如在联系 QIO 方面需要帮助，请向医院咨询。
- 该医院的名称为：

医院名称

提供者 ID 号

- **步骤 2:** 您将收到由医院、Medicare Advantage 或其他 Medicare 管理式医疗计划（如您已加入此类计划）发出的详细通知，其中说明了他们认为您已具备出院条件的理由。
- **步骤 3:** QIO 将会征询您的意见。必要时，您或您的代表需安排时间与 QIO 交谈。您或您的代表可向 QIO 提供书面声明，但这并不是强制性要求。
- **步骤 4:** QIO 将会审查您的病历，以及与您的病例有关的其他重要信息。
- **步骤 5:** QIO 会在获得所有必要信息后的 **1 天内**通知您其决定。
  - 如果 QIO 认为您尚不具备出院条件，Medicare 将会继续为您的医疗服务付费。
  - 如果 QIO 认为您已具备出院条件，则 Medicare 将会继续为您的医疗服务付费，直到 QIO 通知您其决定**之后**的次日中午为止。

### 如果您错过了上诉期限，还有其他上诉权利：

- 您仍可要求 QIO 或您的计划（如您已加入此类计划）审查您的病例：
  - 如果您已投保 Original Medicare：请按上方所列信息致电 QIO。
  - 如果您已加入 Medicare Advantage 计划或其他 Medicare 管理式医疗计划：请联系该计划。
- 如果您继续住院，医院可能会针对您在计划出院日期之后所接受的任何服务向您收取费用。

如需了解更多信息，请致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 或 TTY: 1-877-486-2048。

---

### 其他信息：

---

根据《1995 年文书精简法案》(Paperwork Reduction Act of 1995) 规定，除非显示有效的 OMB 控制编号，任何人无需对信息收集做出回应。此信息收集的有效 OMB 控制编号为 0938-0692。完成此信息收集所需的时间估计为每回应平均 15 分钟，包括阅读说明、搜索现有数据资源、收集所需数据以及填写并检查信息收集内容的时间。如果您对估计时间的准确性有任何意见或对完善本表格有任何建议，请写信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn:PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

患者姓名：  
患者 ID 号：  
医生：

美国健康与人力资源部  
Medicare 与 Medicaid 服务中心  
OMB 批准号：0938-0692

## 通知说明： MEDICARE 重要信息

### 填写通知

#### Medicare 重要信息第 1 页

#### A. 标题

医院必须显示“美国健康与人力资源部，Medicare 与 Medicaid 服务中心”及 OMB 编号。

下方空白处须由医院填写。医院在 IM 上的空白处插入的信息必须以 12 号字体打字输入或以同等字体清晰书写。医院也可使用包含下列信息的患者标签：

**患者姓名：**填写患者的全名。

**患者 ID 号：**填写用于识别该患者的 ID 号。此编号不得为患者的社会安全号码，亦不得包含该号码。

**医生：**填写患者的医生的姓名。

#### B. 通知正文

**第 3 点 – 向此处所列质量改进组织 (QIO) 汇报您对所获护理质量的任何疑虑 \_\_\_\_\_。**

医院可预印或以其他方式插入 QIO 的名称和电话号码（包括 TTY）。

**如需与院方相关人员讨论此通知，请致电：**填写医院电话号码，供患者或代表电询有关此通知的问题。最好同时提供联系人姓名。

**患者或代表签名：**请患者或代表在通知上签名，表明其已收到通知并了解其中内容。

**日期/时间：**请患者或代表注明在通知上签名的日期和时间。

#### Medicare 重要信息第 2 页

**第 1 小点 – 以粗体字插入 QIO 的名称和电话号码：**以粗体字插入对医院执行审查的质量改进组织的名称和电话号码（包括 TTY）。

**第 2 小点 – 本医院的名称为：**插入/预印本医院的名称，包括 Medicare 提供者的 ID 号（非电话号码）。

**其他信息：**医院可在该部分进行其他记录，例如获取受益人的姓名缩写、记录 IM 后续副本的递交日期和时间，或者记录拒绝结果。

# 做出关于医疗护理的决策：患者和家属指南

## 简介

### 哪些人应当阅读本指南？

本指南面向 New York State 的患者以及为患者做出医疗护理决策的人员。本指南包含在医院和疗养院做出代理人决策的相关信息，还涵盖了医疗护理机构或社区的 DNR 命令。由于本指南的主旨是医疗护理决策，因此使用“患者”一词指代任何获得医疗护理的人，包括疗养院的住院者。本指南不包含关于发育障碍人士的法定监护人做出医疗护理决策的特殊规定。

### 患者或其他决策者是否能得知患者的病情和拟定治疗方案？

是的。患者或其他决策者有权从医师处获知患者病情及医师的拟定治疗方案。在进行任何非紧急治疗或程序之前，必须由患者做出知情同意。知情同意指在被告知关于治疗方案（以及替代治疗方案）的益处和风险的信息之后，允许继续执行该治疗方案。

## 有能力做出知情决策的成年患者

### 成年患者是否有权为自己做出医疗护理决策？

是的。成年患者只要具有决策能力，即可为自己做出治疗决策。

### 决策能力是什么？

“决策能力”指理解和评估拟定医疗护理的性质和后果的能力。其中包括拟定医疗护理（及替代方案）的益处和风险。还包括做出知情决策的能力。

### 如果不确定患者是否具有决策能力，该如何处理？由谁确定患者是否具有这种能力？

医疗护理工作人员会假定患者具有决策能力，除非法院指定了做出医疗护理相关决策的法定监护人。如果有充分理由认为患者能力欠缺，医师会对患者进行检查。必须由医师确定患者欠缺做出医疗护理决策的能力。只有在患者的医师做出此判定后，才能由其他人做出关于该患者的医疗护理决策。

### 患者缺乏决策能力时，家属是否始终能做出医疗护理决策？

不是。有时患者在丧失决策能力之前已经做出关于程序或治疗的决策。例如，患者可以在接受麻醉之前同意涉及全身麻醉的手术，而全身麻醉会导致其丧失决策能力。在其他时候，一个健康的人可能会突然丧失能力。在这种情况下，可能需要在未经同意的情况下立即实施医疗护理。例如，某人可能会在事故中因撞击而失去意识。除非医疗护理提供者知道已经做出了拒绝紧急治疗的决策，否则他们会在未经同意的情况下实施紧急治疗。

## 预设医疗指示/医疗护理委托书

### 预设医疗指示是什么？

预设医疗指示是成年患者在丧失决策能力之前做出的关于医疗护理治疗的书面指示。在 New York State，保障您的治疗意愿和顾虑的最佳方式是指定您信任的人，在您丧失自行决策的能力时，由指定的人做出关于治疗的决策。通过填写被称为医疗护理委托书的表格，被指定的人可以作为您的“医疗护理代理人”。

在指定医疗护理代理人之前，确保该人愿意作为您的代理人。与您的代理人讨论在您住院且患有或受到危及生命的疾病或伤害的情况下您希望得到或不得到哪些类型的治疗。确保您的医疗护理代理人了解您关于人工营养及水分补充的意愿（通过饲管或 IV 管供给）。关于医疗护理委托书的更多信息，请访问：[http://www.health.ny.gov/professionals/patients/health\\_care\\_proxy/index.htm](http://www.health.ny.gov/professionals/patients/health_care_proxy/index.htm)。

某些患者还会以书面形式表达与治疗有关的具体指示及选择。书面声明可以包含在医疗护理委托书中，或者作为独立的文件。某些人将此类预设医疗指示称为“生前遗嘱”。

### **医疗护理代理人如何根据医疗护理委托书做出决策？**

医疗护理代理人做出决策，如同医疗护理代理人就是患者本人。医疗护理代理人根据患者的意愿做出医疗护理决策，包括关于拒绝或撤回生命维持治疗的决策。如果无法合理获知患者的意愿，医疗护理代理人会按照患者的最大利益做出医疗护理决策。

### **医疗护理代理人能否决定拒绝或撤回人工营养或水分补充（通过饲管或 IV 管）的决策？**

医疗护理代理人只能在其了解患者的治疗意愿的情况下，根据医疗护理委托书做出拒绝或撤回人工营养及水分补充的决策。不过，医疗护理代理人还可以作为法律规定的代理人名单上的代理人，在医院或疗养院做出此类决策。

---

## **在医院和疗养院内的医疗护理决策**

### **具有决策能力的成年患者如何在医院和疗养院做出决策？**

患者可通过口头或书面形式表达决定。除非有两名成年人见证其决定，否则医院患者或疗养院患者可能无法口头做出拒绝或撤回生命维持治疗的决策。其中一名成年人必须为该机构的医疗护理从业人员。如果患者此时已丧失决策能力（但事先做出过关于拟定医疗护理的决策），则医院或疗养院将基于患者之前所做的决策行事。除非出现患者预料之外的事项且决策已没有意义，否则均采用上述做法。

### **对于丧失能力的医院患者或疗养院患者，如何做出医疗护理决策？**

如果患者有医疗护理委托书，则由委托书中指定的医疗护理代理人做出决策。如果患者没有医疗护理委托书，则由法定监护人（或代理人名单上优先级最高的人，称为“代理人”）做出决策。

### **代理人名单是什么？**

代理人名单见下文。优先级最高的人列在最上部。优先级最低的人列在最下部。

- 配偶（如果未与患者合法分居）或同居伴侣；
- 年满 18 周岁或以上的子女；
- 父母；
- 年满 18 周岁或以上的兄弟姐妹；及
- 好友。

## “同居伴侣”是什么？

“同居伴侣”指以下人员：

- 形成地方政府、州政府或联邦政府认可的正式同居关系的人。或者，在政府或雇主维护的登记处登记为同居伴侣的人；或该人
- 属于相同就业福利或医疗保险下的同居伴侣；或该人
- 在考虑一切事实和情形的情况下，与患者有成为同居伴侣的共同意愿，例如：
  - 他们生活在一起。
  - 他们相互支持。
  - 他们共享房产或其他财产的所有权（或租赁权）。
  - 他们共享收入或共担开支。
  - 他们共同抚养孩子。
  - 他们计划结婚或成为正式的同居伴侣。
  - 他们已在一起生活较长时间。

## 哪些人不可以成为同居伴侣？

- 患者或患者配偶的父母、祖父母/外祖父母、子女、孙子女/外孙子女、兄弟、姐妹、叔伯/舅舅、姑妈/姨妈、侄子/外甥或侄女/外甥女。
- 不满 18 周岁的人。

## 哪些人符合“好友”的资格？

“好友”是患者年满 18 周岁或以上的任何朋友或亲属。该人必须与患者保持经常联系，熟悉患者的活动、健康状况、宗教或道德信仰；并且向主治医师出示具有此效力的签名文件。

## 如果优先级最高的代理人无法做决策，该如何处理？

如果发生这种情况，由下一名优先级最高的代理人做决策。

## 如果优先级最高的代理人无法或不愿意做决策，该如何处理？

在这种情况下，由代理人名单上的其他人做决策。优先级最高的代理人可以指定名单上的任何其他人作为代理人，只要没有优先级高于被指定代理人的代理人表示反对即可。

## 患者或其他决策者在做出治疗决策后是否可改变主意？

是的。做出决策后，可以告知医院或疗养院的工作人员撤销该决策。

---

## 关于拒绝或撤回医院及疗养院内的生命维持治疗的决策

### “生命维持治疗”是什么？

“生命维持治疗”指主治医师认为如果患者得不到该治疗或程序，则患者会在相对较短的时间内死亡。CPR 始终被视为生命维持治疗。

### CPR 是什么？

CPR（心肺复苏术）指在患者心跳停止和/或呼吸停止时尝试复苏其心跳或呼吸的医疗程序。CPR 可能会以口对口人工复苏及胸部按压等方式来尝试复苏心脏开始。上述措施可能不起作用，因此 CPR 还可能会涉及电击（除颤）、通过喉咙将导管插入气管（插管法）及为患者接通呼吸设备（呼吸机）。

### 拒绝或撤回生命维持治疗的决策是什么？

拒绝生命维持治疗的决策指在提供该治疗之前决定拒绝治疗。撤回生命维持治疗的决策指在提供生命维持治疗期间决定拒绝治疗。每位成年患者都有权在充分了解（并理解）此类行为的可能后果之后拒绝药物及治疗。

## 医院或疗养院如何执行拒绝或撤回生命维持治疗的决策？

医师可能会指示工作人员不提供或停止提供特定药物、治疗或程序。这可能会导致患者在相对较短的时间内死亡。例如，医师可能会指示关闭维持患者呼吸的呼吸机。

对于拒绝生命维持治疗，医师可能会下达诸如以下医嘱：

- 拒绝心肺复苏术 (DNR) 命令：这意味着在患者心跳停止和/或患者呼吸停止时不尝试实施 CPR。
- 拒绝插管 (DNI) 命令：这意味着不向患者喉咙插入导管或不将患者连接到呼吸设备（呼吸机）。

还可以决定停止（或不采用）通过饲管或 IV 进行人工营养及水分补充。这意味着医院不会通过插入胃部的导管向患者提供流体食物或液体—或通过插入患者血管的称为导流管的导管向患者提供流体食物或液体。如果患者具有饮食能力，则会始终为其提供可食用的食物及用口饮用的液体。

用于限制药物、治疗或程序的其他类型的决策也会遵守（例如，停止透析）。

## 医院或疗养院是否会拒绝采取一切治疗？

不会。即使患者有 DNR 命令或拒绝生命维持治疗的其他医疗命令，患者也应当得到用于缓解疼痛和其他症状及减轻痛苦的医疗护理和治疗。应当向所有有需求的患者提供舒适护理，也称为姑息护理。

## 患者何时应当得到 DNR 命令？

具有决策能力的任何成年人都可以请求 DNR 命令。不过，患者和家属必须就他们的诊断及 CPR 的可能后果咨询医师。只有医师才能签署 DNR 命令。对于希望在其心跳停止和/或呼吸停止时自然死亡的患者，DNR 命令

指示医疗护理专业人士不向该患者提供 CPR。例如，预期会因疾病晚期而死亡的患者可能会希望得到 DNR 命令。

CPR 成功时，可以复苏心跳和呼吸。CPR 的成功取决于患者的整体病情。仅年龄本身并不能决定 CPR 能否成功。但随着年龄增长而发生的疾病及虚弱，往往会导致 CPR 有效性下降。患者病情严重时，CPR 可能不起作用或只能发挥部分作用。这可能会导致患者脑部损伤或者病情比其心跳停止前更为严重。CPR 之后（取决于患者的病情），患者可能只能通过呼吸机维持生命。

## DNR 命令是否会影响其他治疗？

不会。DNR 命令仅仅是关于 CPR 的决策—胸部按压、插管及呼吸机人工呼吸—与任何其他治疗无关。拒绝心肺复苏术不意味着不予治疗。

## 如果患者由一家医院或疗养院转到其他医院或疗养院，该如何处理？

在医疗护理从业人员对患者进行检查之前，包括 DNR 命令在内的医疗命令会继续执行。新机构的医师如果决定取消医疗命令，会告知患者或其他决策者，或者患者或其他决策者可以要求再次执行该命令。

---

## 医院及疗养院内法定监护人和代理人的决策标准

### 代理决策者，包括法定监护人，如何做出医疗护理决策？

代理人必须根据患者的意愿（包括患者的宗教和道德信仰）做出医疗护理决策。如果无法合理获知患者的意愿，代理人应按照患者的“最大利益”做决策。要确定患者的“最大利益”，代理人必须考虑：每个人的尊严和独特性；维持患者生命并维持或改善患者

健康状况的可能性；减轻患者的病痛；以及在患者情形下的人员希望考虑的任何其他问题和价值观。在所有情况下，重要的是**患者**而非代理人的意愿和最大利益。医疗护理决策应当基于每位患者的具体情况做出。同样，决策必须符合患者的价值观以及宗教和道德信仰。

### **代理人是否始终有权同意所需治疗？**

是的。

### **代理人是否始终有权做出拒绝或撤回生命维持治疗的决策？**

不是。医院或疗养院内的法定监护人或代理人仅限在以下情况下决定拒绝对患者实施生命维持治疗：

- 治疗会对患者形成极大的负担，且：
  - 患者遭受了预计无论是否接受治疗都会在六个月内导致死亡的疾病或伤害；或
  - 患者永久性失去意识；

**或**

- 有合理理由认为提供治疗所产生的疼痛、痛苦或其他负担在当时情况下非人道或负担极为沉重，且患者病情不可逆转或无法治愈。在疗养院，决策（DNR除外）还必须由道德审查委员会基于此要点表示同意。在医院，拒绝或撤回人工营养及水分补充的决策必须由主治医师或道德审查委员会基于此要点表示同意。

### **在医院或疗养院如何做出向未成年人提供生命维持治疗的决策？**

不满 18 周岁的患者，由其父母或监护人根据未成年人的最大利益做出关于生命维持治疗的决策。他们会根据适当情况考虑未成年人的意愿。对于拒绝或撤回生命维持治疗的

决策，如果未成年患者具有决策能力，还必须经其同意。假定未婚未成年人缺乏决策能力，除非医师确定患者具有做出关于生命维持治疗的决策的能力。已婚未成年人可以像成年人一样自行决策。

### **如果未婚未成年患者具有决策能力且其本人已为人父母，该如何处理？如果他或她已年满 16 周岁或以上且不依赖其父母或监护人生活，该如何处理？**

如果主治医师及道德审查委员会同意，此类未成年人可以做出拒绝或撤回生命维持治疗的决策。

---

## **解决医院和疗养院内的纠纷**

### **如果两人或以上拥有最高优先级且他们无法达成一致，该如何处理？例如，如果成年子女具有最高优先级且他们不同意彼此的意见，该如何处理？**

在这种情况下，医院或疗养院工作人员可以尝试通过非正式手段解决纠纷。例如，可由更多医师、社工或神职人员对决策进行讨论。此外，每家医院和疗养院必须设立道德审查委员会。案件可以提交至道德审查委员会寻求意见、建议及协助解决纠纷。如果知道患者的意愿，医院或疗养院必须遵循代理人基于患者意愿的决策。如果无法合理获知患者的意愿，医院或疗养院必须遵循以患者的最大利益为目标的决策。

### **如果案件的相关人员不同意代理人的治疗决策，该如何处理？所述相关人员可以是患者、在医院或疗养院治疗患者的医疗护理工作人员或代理人名单上优先级较低的人。**

同样，医院或疗养院工作人员可以尝试通过非正式手段解决纠纷。如果未成功解决，则有异议的人可以请求道德审查委员会提供帮

助。对决策者有异议的人可以请道德审查委员会尝试解决纠纷。此人可以向委员会提供相关信息和意见。道德审查委员会可以提出意见和建议，并且可以协助解决纠纷。

### **道德审查委员会的建议和意见是否具有约束力？**

否，道德审查委员会的建议和意见属于建议性的，不具有约束力，但三种特定类型的决策除外。在以下三种情形下，决策必须经道德审查委员会同意：

- 代理人决定拒绝或撤回疗养院患者的生命维持治疗（CPR 除外）。预计患者在六个月内不会死亡且患者未永久性失去意识。在这种情况下，以下情形必须经道德审查委员会同意。患者的病情无法逆转或治愈。另外，有合理理由认为提供生命维持治疗所产生的疼痛、痛苦或其他负担在当时情况下非人道或负担极为沉重。
- 代理人决定拒绝或撤回医院患者的人工营养及水分补充。主治医师拒绝。预计患者在六个月内不会死亡且患者未永久性失去意识。在这种情况下，以下情形必须经道德审查委员会同意。患者的病情无法逆转或治愈。另外，有合理理由认为人工营养及水分补充所产生的疼痛、痛苦或其他负担在当时情况下非人道或负担极为沉重。
- 在医院或疗养院，未婚且脱离父母独自生活的未成年人未经父母或监护人同意的关于拒绝或撤回生命维持治疗的决策，必须经道德审查委员会批准。

在这三种情况下，道德审查委员会批准前，不得拒绝或撤回生命维持治疗。

### **道德审查委员会的建议和意见是建议性的而不具有约束力，是什么意思？**

这意味着优先级最高的代理人可以做出合法的医疗护理决策。即使代理人名单上优先级较低的人或其他人仍然对代理人决策者有异议，代理人仍可以做出决策。

### **如果医院或疗养院具有基于宗教或道德信仰的政策，且该政策禁止该机构执行医疗护理决策，该如何处理？**

如果可能，机构必须在患者入院之前或入院时告知患者或家属该政策。做出决策时，机构必须协助患者转院到可以合理到达且愿意执行该决策的其他机构。同时，除非法院另行裁定，机构必须执行该决策。如果决策有悖于某医疗护理从业人员的宗教或道德信仰，患者必须立即转由其他医疗护理从业人员护理。

---

## **医院或疗养院以外的 DNR 命令**

### **如果患者不在医院或疗养院内，患者如何得到 DNR 命令或 DNI 命令？**

患者的医师可以在经 New York State Department of Health 批准的标准表格上填写 DNR 命令：DOH-3474 (Nonhospital Order Not to Resuscitate)（非住院者拒绝心肺复苏命令）。除非住院者 DNR 命令以外，医师还可以通过称为 MOLST（生命维持治疗医嘱）的 DOH-5003 表签署非住院者 DNI 命令。EMS、家庭护理机构及收容所必须执行这些命令。

**若患者在家且具有非住院者 DNR 命令或 MOLST 命令，如果家人或好友叫救护车，该如何处理？**

如果患者有非住院者 DNR 命令，且向急救人员出示了该 DNR 命令，则急救人员不会尝试对患者实施心肺复苏术或将患者转至医院急救室进行 CPR。急救人员仍然会将患者转至医院以便满足其他有需要的护理，包括舒适护理以缓解疼痛并减轻痛苦。

**如果患者由医院或疗养院转为家庭护理，医院或疗养院发出的 DNR 命令该如何处理？**

针对医院或疗养院患者发出的命令可能不适用于家庭护理。患者或其他决策者必须取得 DOH-3474 表或 DOH-5003 MOLST 表形式的非住院者 DNR 命令。如果患者出院或离开疗养院时没有非住院者 DNR 命令，则可由医师在家发出该命令。

---

# 医疗护理委托书

## 指定您在 *New York State* 的医疗护理代理人

如果您失去了自己决策的能力，*New York Health Care Proxy* 法律允许您指定您信任的人，例如家庭成员或亲密朋友—做医疗护理—决策。通过指定医疗护理代理人，您能够确认医疗服务提供者是否遵循您的意愿。当您的病情发生变化时，您的代理人还能够决定如何表达您的意愿。医院、医师和其他医疗服务提供者必须像遵循您的决策一样遵循您的代理人的决策。您可以向您选作您的医疗护理代理人的个人授予您认为适当的权利。您可以允许您的代理人做出所有医疗护理决策，或只做出部分医疗护理决策。您还可以向您的代理人下达他或她必须遵守的说明。本表格也能够用于证明您捐赠器官或组织的意愿或指示。

# 关于医疗护理委托书表格

这是一份重要的法律文件。在签署之前，您应当明了以下事实：

1. 本表格授权您选择的代理人为您做出所有医疗护理决策，包括移除或提供生命维持治疗的决策，除非您在本表格中另外说明。“医疗护理”是指诊断或治疗您的身体或精神状况的任何治疗、服务或程序。
2. 除非您的代理人合理地知道您的关于人工营养和水分补充（通过饲管和静脉注射供应营养和水）的愿望，他或她将不得代您拒绝或同意这些事项。
3. 如果您的医师确定您无法自行做出医疗护理决策，您的代理人将开始为您做出决策。
4. 您可在本表格上写下您不需要的治疗类型和/或那些您希望确保得到的治疗。这些说明可用于限制代理人的决策权限。您的代理人在为您做决策时必须遵照您的说明。
5. 您填写本表格不需要律师。
6. 您可选择包括家人或好友在内的任何成年人（18 周岁或以上）作为您的代理人。如果您选择一名医师作为您的代理人，他或她将必须在您的代理人或您的主治医师两个身份之间做出选择，因为医师不能同时拥有这两个身份。此外，如果您是某个医院、私人疗养院或心理卫生机构的病人或住院医师，要让为该机构工作的人员作为您的代理将有特殊要求。有关这些限制，请咨询该机构人员。
7. 在指定某人作为您的医疗护理代理人之前，可先同他或她讨论，确保他或她愿意作为您的代理人。告诉您选择的人士，他或她将成为您医疗护理代理人。请和您的代理人讨论自己的医疗护理愿望以及本表格。务必向代理人提供已签名的副本。您的代理人不能因出于良好意愿做出的决策而受到控告。
8. 如果您指定自己的配偶作为医疗护理代理人，并且之后您们离婚或合法分居，根据法律，除非您另行声明，您的前配偶可不再作为您的代理人。如果您仍然希望自己的前配偶作为代理人，可在本表格上说明这点并写下日期，或者填写指定您的前配偶的新表格。
9. 即使您签署了本表格，只要您个人有能力，您仍有权自行进行医疗护理决策，并且如果您反对，将不会提供或停止相应治疗，您的代理人也没有任何反对权限。
10. 您可通过口头或书面形式告知代理人或您的医疗服务提供者来取消您对代理人的授权。
11. 指定医疗护理代理人属于自愿行为。没有人能强制您指定。
12. 您可在本表格上表达自己关于器官和/或组织捐赠的意愿或说明。

# 常见问题解答

## 我为什么应选择医疗护理代理人？

如果您不能，即使是临时不能做出医疗护理决策，必须由其他人代您做出决策。医疗服务提供者经常希望从家人那里获得指导。家人可以表达他们认为与具体治疗有关的您的意愿。指定代理人使您通过下述各项来掌控您的治疗方案：

- 允许您的代理人在您希望他们做决策时，代您做出医疗护理决策；
- 选择您认为能够做出最佳决策的人为您做出医疗护理决策；
- 选择代理人以避免家人和/或亲密伴侣之间发生矛盾或困惑。

如果您第一次指定的代理人不能做决策，您还可以指定候补代理人来接替他。

## 哪些人能够担任医疗护理代理人？

18 周岁或以上的任何人均能够担任医疗护理代理人。您指定担任您的代理人或候补代理人的个人不能作为见证人在 Health Care Proxy 表上签字。

## 我怎样指定医疗护理代理人？

18 周岁或以上具完全行为能力的成年人能够通过签署医疗护理委托书表格指定医疗护理代理人。您无需律师或公证人，只需两名成年见证人。您的代理人不能作为见证人签字。您可以使用从这里打印的表格，但您不必一定使用这个表格。

## 我的医疗护理代理人在什么时候代我做出医疗护理决策？

在您的医师决定您不能做出您自己的医疗护理决策后，您的医疗护理代理人可以开始代您做出医疗护理决策。如果您有能力为您自己做出医疗护理决策，您将有权这么做。

## 我的医疗护理代理人能够做哪些决策？

除非您限制您的医疗护理代理人的权限，您的代理人将可以做出您在有能力自行决策时可能做出的任何医疗护理决策。根据您的意愿和利益，您的代理人能够同意您应当接受治疗、在不同治疗方案中做出抉择、以及决定不接受所提供的治疗。但是，如果您的代理人知道您已经说明或已经书面表达的意愿，她或他只能做出人工营养和水分补充相关决策（通过饲管或静脉注射提供营养和水分）。医疗护理委托书表格未授予您的代理人代您做出非医疗护理决策的权力，如财务决策。

## 如果我年轻并健康，我为什么需要指定医疗护理代理人？

即使您不是老年人或临终病人，指定医疗护理代理人仍是一个好主意。即使是您临时不能做出您自己的医疗护理决策（例如，当您全身麻醉或因事故已经昏迷时），医疗护理代理人也能代您做出医疗护理决策。当您再次能够做出您自己的医疗护理决策时，您的医疗护理代理人将不再有权代您做出医疗护理决策。

## 我的医疗护理代理人怎样做决策？

您的代理人必须遵循您的意愿，以及您的道德和宗教信仰。您可以将说明写在您的医疗护理委托书表格上，或与您的代理人对指示进行简单的讨论。

## 我的医疗护理代理人怎样知道我的意愿？

与您的医疗护理代理人对您的意愿进行坦诚布公的讨论将使他或她更好地为您的利益服务。如果您的代理人不知道您的意愿或信仰，法律要求您的代理人按照您的最大利益行事，因为这是对您指定担任医疗护理代理人的个人的主要职责。

## 常见问题解答，接上页

您应该与代理人一起讨论在不同情况下您可能或可能不需要的治疗类型，例如：

- 如果您永久性昏迷，您是否想要开始/继续停止维系生命；
- 如果您患有晚期疾病，您是否想要开始/继续/停止治疗；
- 您是否想要开始/停止或继续或停止人工营养和水分补充，以及在什么样的情况下适用。

### **我的医疗护理代理人能够否决我的意愿或先前的治疗说明吗？**

不能。您的代理人有义务根据您的意愿做出决策。如果您已经清楚地表达了特殊意愿或给了特殊治疗说明，您的代理人有义务遵循那些意愿或指示，除非他或她善意地认为您改变了意愿或您的意愿不适合当时的情况。

### **哪些人将关注我的代理人？**

依法要求所有医院、疗养院、医师和其他医疗服务提供者向您的医疗护理代理人提供与提供给您一样的信息，以及像尊重您做出的决策一样的尊重您的代理人所做出的决策。如果医院或疗养院反对某些治疗方法（例如停止某些治疗），如果可以合理地停止，他们在停止前或停止时必须告诉您或您的代理人。

### **当必须做出决策时，如果和我的医疗护理代理人联系不上将会怎么样？**

如果在必须做出决策时和您的医疗护理代理人联系不上，或医疗护理代理人不能或不愿意做出决策，您可以指定候补代理人代您做决策。否则，医疗服务提供者将根据您还能够决策时提供的指示代您做出医疗护理决策。在这种情况下，您写在医疗护理委托书表格上的任何指示将指导医疗服务提供者。

### **如果我改变了想法，将会怎么样？**

您可以轻松地取消您的医疗护理委托书，或更换您所指定的医疗护理代理人，或修改您在医疗护理委托书中的任何说明或限制条件。简单地填写一份新表格。此外，您可以明确指示您的医疗护理委托书在某个指定日期或在发生某些事件时到期。否则，医疗护理委托书将无限期地有效。如果您选择您的配偶担任您的医疗护理代理人或您的候补代理人，但您已经离婚或合法分居，约定将自动无效。但是，如果您想要您的前配偶继续担任您的代理人，您可以在您现在的表格中注明并写下时间，或在新表格中填写您前配偶的姓名。

### **我的医疗护理代理人是否将对代我做的决策负法律责任？**

否。您的医疗护理代理人将不对诚意代您做出的医疗护理决策负责。此外，由于他或她只是您的代理人，所以将不会对您的护理费用负责。

### **医疗护理委托书与生前遗嘱一样吗？**

否。生前遗嘱是提供医疗护理决策相关明确说明的文件。您可以在医疗护理委托书表格中填写此类说明。医疗护理委托书允许您选择您信任的人代您做出医疗护理决策。与生前遗嘱不一样，医疗护理委托书不要求您事先知道可能出现的所有决策。然而，您的医疗护理代理人能够在医疗情况发生变化时解释您的意愿，并能够做出您可能不知道但却必须做出的决策。

### **在签署医疗护理委托书表格后，我应将它保存在哪里？**

向您的代理人、医师、律师以及您所希望的其他家人或好友提供一份副本。在您的钱包或手提袋中保存一份副本或与其他重要文件保存在一起，

## 常见问题解答，接上页

但不要保存在没人能够找得到的地方，例如保险箱。即使您因小手术住院或接受门诊手术，也应携带一份副本在身上。

### **我可以用医疗护理委托书表达我捐赠器官和/或组织的意愿吗？**

是的。利用医疗护理委托书表格上的可选的器官及组织捐赠章节来表达您的捐赠意愿，须有两人见证您填写该章节。您可以规定您的器官和/或组织用于移植、研究或教学目的。委托书的该章节中应注明和您的意愿相关的任何限制条件。**医疗护理委托书表格中未包括您的意愿和指示将不视为您不希望成为一名器官和/或组织捐赠者。**

### **我的医疗护理代理人能够代我做出捐赠器官和/或组织相关决策吗？**

是的。自2009年8月26日起，您的医疗护理代理人将被授权在您去世后做出仅限于与器官和/或组织捐赠相关的决策。您的医疗护理代理人必须做出您的医疗护理委托书表格中所示的决策。

### **如果我当时未表达我的意愿，谁能够同意捐赠？**

如果有指定的代理人，则向您的医疗护理代理人、您指定的身后事代理人以及您的家人提及您捐赠器官和/或组织的意愿是至关重要的。New York State 法律提供了有权代您同意捐赠器官和/或组织的人员的名单。他们的优先顺序如下：您的医疗护理代理人、您的身后事代理人、您的配偶（如果您未合法分居）或您的同居伴侣、年满18周岁或以上的子女、您的父母、年满18周岁或以上的兄弟姐妹或在捐赠人去世前法院指定的监护人。

# 医疗护理委托书表格说明

## 项目 (1)

写下选为自己代理人的人士的姓名、家庭地址和电话号码。

## 项目 (2)

如果您希望指定候补代理人，可写下您选为自己的候补代理人的人士的姓名、家庭地址和电话号码。

## 项目 (3)

除非您设定到期日期或到期条件，否则您的医疗护理委托书将无限期保持有效。本部分为选填内容，仅在您希望自己的医疗护理委托书有到期日期时填写。

## 项目 (4)

如果您对自己的代理人有特殊说明，可在此注明。此外，如果您以任何方式限制代理人的权限，您也可在此说明或与您的医疗护理代理人讨论相关内容。如果未说明任何限制，您的代理人将能够代您做出任何医疗护理决策，包括同意或拒绝生命维持治疗的决策。

如果您希望赋予您的代理人较大的权限，可直接在该表上注明。只需写明：*我已经和自己的医疗护理代理人和候补医疗护理代理人讨论了自己的愿望，他们了解我的愿望，包括人工营养和水分补充方面的愿望。*

如果您希望进行更为具体的说明，您可以说：

*如果我情况危急，我不希望接受以下类型的治疗...*

*如果我昏迷或神志不清，没有康复希望，我希望不希望接受以下类型的治疗：....*

*如果我有脑损伤或者脑疾病让自己无法辨识人或讲话，并且该状况没有希望改善，我希望/不希望接受以下类型的治疗：....*

*我已经同我的代理人就 \_\_\_\_\_ 进行了讨论，并且我希望我的代理人就这些措施做出所有决策。*

下面列出了您可能希望给您的代理人特殊说明的医疗方法的示例。这并非完整列表：

- 人工呼吸
- 人工营养和水分补充（通过饲管供应营养和水）
- 心肺复苏 (CPR)
- 抗精神类疾病药物治疗
- 电休克疗法
- 抗生素
- 手术治疗
- 透析
- 移植
- 输血
- 堕胎
- 消毒

## 项目 (5)

您必须签署本医疗护理委托书表格并注明日期。如果您无法亲自签名，可指定其他某个人在您在场的情况下签署。请务必填上自己的地址。

## 项目 (6)

您可在该表格上表达自己的愿望或者有关器官和/或组织捐赠的说明。New York State 法律提供了有权代您同意捐赠器官和/或组织的人员的名单：您的医疗护理代理人、您的身后事代理人、您的配偶（如果您未合法分居）或您的同居伴侣、年满 18 周岁或以上的子女、您的父母、年满 18 周岁或以上的兄弟姐妹或在捐赠人去世前法院指定的监护人。

## 项目 (7)

本医疗护理委托书表格必须由两名年满 18 周岁或以上的见证人签署。被指定为您的代理人或候补代理人的人士不得作为见证人签署。

# 医疗护理委托书

## (1) 我

据此指定 \_\_\_\_\_  
(姓名、家庭住址及电话号码)

作为我的医疗护理代理人，除非我另作声明，其将为我做出任何及所有医疗护理决策。该委托书仅在我无法自行做出医疗护理决策时有效。

## (2) 可选：候补代理人

如果我指定的个人不能、不愿意或无法作为我的医疗护理代理人决策，我据此

指定 \_\_\_\_\_  
(姓名、家庭住址及电话号码)

作为我的医疗护理代理人，除非我另作声明，其将为我做出任何及所有医疗护理决策。

(3) 除非我撤销委托书，或声明到期日期或将使其过期的条件，本委托书将无限期地保持有效。(可选：如果您希望本委托书有到期时间，可在此声明日期或条件。) 该委托书将在以下日期或情况下到期 (指定日期或条件)： \_\_\_\_\_

(4) 可选：我指定我的医疗护理代理人根据他或她所知的或如下所述的我的愿望及限制条件进行医疗护理决策。(如果您希望限制您的代理人为您做出医疗护理决策的权限或给出具体说明，您可在此说明您的愿望或限制。) 我指定我的医疗护理代理人根据以下限制和/或说明做出医疗护理决策 (根据需要附加额外页面)： \_\_\_\_\_

为了您的代理人能够为您就人工营养和水分补充 (通过饲管和静脉注射供应营养和水) 做出医疗护理决策，您的代理人必须合理地知道您的愿望。您也可告诉代理人自己的愿望是什么或者在本章节说明愿望。如果您选择在该表上说明自己的愿望 (包括有关人工营养和水分补充的愿望)，请参见您可使用的示例语言的说明。

**(5) 您的身份** (请用正楷填写)

您的姓名 \_\_\_\_\_

您的签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

您的地址 \_\_\_\_\_

**(6) 可选：器官和/或组织捐赠**

我据此做出解剖捐赠，在死后选择将以下部分捐赠：  
(选中任何适用项)

任何需要的器官和/或组织

以下器官和/或组织 \_\_\_\_\_

限制 \_\_\_\_\_

如果您未在该表格上表达自己的愿望或者有关器官和/或组织捐赠的指示，这并不意味着您不希望进行捐赠或者禁止有人法律允许的前提下代表您同意捐赠。

您的签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

**(7) 见证人声明** (见证人必须年满 18 周岁或以上，并且不能是医疗护理代理人或候补代理人。)

我声明，我亲自公证签署本文档的人心智健全并且出于自愿采取相应行为。他或她在我在场的情况下进行了签署（或者请求其他人代为签署）。

日期 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

见证人 1 姓名 \_\_\_\_\_ 见证人 2 姓名 \_\_\_\_\_  
(正楷填写) (正楷填写)

签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_ 地址 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# 全州规划和研究协作系统 (Statewide Planning and Research Cooperative System, SPARCS)

本文旨在告知所有医院患者，New York State Department of Health 开发了一个全州数据系统，称为全州规划和研究协作系统 (SPARCS)，所有急症护理医院都需要向 SPARCS 提交针对所有患者的特定收费和病历信息。SPARCS 中的信息将用于财务研究、费率设定、资源使用审查、健康规划、流行病学及研究之目的。

请放心，依据此计划：

1. New York State Department of Health 不会收到任何患者的姓名或足以在 SPARCS 系统中识别患者的任何信息。
2. 现已制订法规，通过限制访问 SPARCS 中的任何敏感信息及确保由独立公共审查委员会对所有请求进行审查，保护患者的隐私和保密性。
3. 现已颁布相关条例，严格限制访问 SPARCS 中的任何敏感信息，以保护患者信息的隐私性和保密性，同时确保数据治理委员会 (Data Governance Committee) 对所有请求予以审查。
4. SPARCS 不是为了识别特定患者的身份；相反，其目的在于提供疾病模式及医院护理成本的相关信息。

医院需要根据 (Health) of the OFFICIAL COMPILATION OF CODES, RULES AND REGULATIONS OF THE STATE OF NEW YORK (STATE OF NEW YORK (健康) 规范、规则和法规官方汇编) 第 10 卷，第 V 章，第 A 分章，条款 1 的第 400.18 节向 Department of Health 提交患者病历和收费数据。所提供信息的隐私、保密及安全性根据 (Health) of the OFFICIAL COMPILATION OF CODES, RULES AND REGULATIONS OF THE STATE OF NEW YORK 第 10 卷，第 V 章，第 A 分章，条款 1 的第 400.18(e) 节予以保护。

更多关于 SPARCS 的信息，请联系：

SPARCS Operations  
Bureau of Health Informatics  
Office of Quality and Patient Safety  
New York State Department of Health  
Empire State Plaza  
Corning Tower, Room 878  
Albany, New York 12237

电话：(518) 473-8144

传真：(518) 486-3518

问题/评论：

[sparcs.submissions@health.ny.gov](mailto:sparcs.submissions@health.ny.gov)

数据请求：

[sparcs.requests@health.ny.gov](mailto:sparcs.requests@health.ny.gov)

医院必须向患者提供来自 New York State Department of Health 关于全州数据收集系统（称为 SPARCS）的通知函  
10NYCRR, 400.18 (b) (2) 和 (C) (2) (SPARCS 通知函)

# 妊娠信息

预产妇患者及公众提出要求时，医院（及分娩中心）必须（在预约时）向其提供包含每家医院所特有的妊娠相关程序和实践、保险给付范围及产后活动的统计数据的面资料。

该书面资料有助于您更好地理解您的预期、加深了解您的分娩选择、规划宝宝的出生以及为产后恢复做准备。该书面资料还会告知您得到进一步信息的适当来源。

- **特定于医院的统计数据**将向您提供您所选择的医院的分娩百分比及分娩期间特殊程序的采用情况。您还将了解到医院的特殊实践情况，包括产房和母婴同室的可用情况。这一信息对于规划您的分娩经历至关重要。
- **在 New York State**，在阴道分娩后至少 48 小时和剖腹产后至少 96 小时便会为母亲及其新生儿提供住院患者保险给付。此外，各家医院必须提供患者教育、协助、关于母乳喂养或奶瓶喂养的培训及任何必要的产妇或新生儿临床评估。关于孕妇保险的更多详细信息，请咨询您的保险公司。

- 女性在分娩后可能会出现**产妇抑郁或情绪低落**的情况。您的身体经历了生理和荷尔蒙方面的变化，可能会导致您在分娩后数天或数周内感到忧伤、情绪波动、愤怒、焦躁及自尊心降低。产后情绪低落非常普遍，会随着时间而消失。您的医师可以建议一些方法帮助您好转。产妇抑郁则并不普遍。症状较严重且可能会包含感到无助、高度焦虑、饮食问题、感到“失控”及试图伤害自己或婴儿。产妇抑郁可以治疗，因此出现此类症状时，请联系医生进行咨询。如果您感觉似乎您会伤害自己或婴儿，务必立即联系您的医师。
- **婴儿摇晃综合征**指剧烈摇晃婴幼儿造成的伤害。新生儿家长需要了解摇晃婴幼儿的危险性。通常，受挫的照护者会失去控制并摇晃婴儿试图让其停止哭泣。一般不是有意要伤害婴儿，只是为了让其停止哭泣。照护新生儿的压力会使包括父母在内的任何照护者具有摇晃婴儿的风险。关于婴儿摇晃综合症的更多信息，请访问 Department of Health 网站 [www.health.ny.gov/prevention/injury\\_prevention/shaken\\_baby\\_syndrome/](http://www.health.ny.gov/prevention/injury_prevention/shaken_baby_syndrome/)。

医院还必须 (1) 向所有预约女性提供产前分娩教育课程；(2) 分发新生儿筛选教育文献；(3) 向所有预约女性提供书面说明，说明可提供的人员、分娩及产后服务选项。

Public Health Law 2803-j 孕产妇患者信息手册

10NYCRR, 405.21 (c), 405.21 (c) (8)

# 孕产妇患者通知

如果您是家庭暴力的受害者，则本手册包含的信息对您至关重要。如果您是家庭暴力的受害者，您应当请求与某人谈论您的处境并以私下、保密的方式获得本信息手册。如果医院工作人员在任何陪同伴侣或家属面前询问您是否是家庭暴力的受害者，即侵犯了您作为患者的权利。

## 您和您的宝宝安全吗？

如果您的生活中存在家庭暴力，您可能不安全。这里有一些问题，有助于您了解您是否遭受虐待：

### 您的伴侣是否通过言辞对您造成伤害？

他是否会侮辱您并使您感到自己一无是处？

### 他是否会在其他人面前将您打倒？

他是否对您造成了身体伤害？

他是否会对您进行推搡、掴耳光、击打、拳打、脚踢、卡喉或暴打？

他是否强迫您做出您不愿意的性行为或在性行为期间伤害您？

他是否掌控每件事？

他是否告诉您可以及不可以与哪些人见面或交谈？

他是否掌握了家里的所有财产？

### 他是否会恐吓您？

他是否会情绪失控、非常嫉妒或破坏物品？

他是否有威胁要伤害您、孩子、宠物或他本人？

家庭暴力的受害并非始终遭到身体伤害。如果您对以上任一问题的答案为“是”，则您可能遭到虐待。您或您的孩子可能处境危险。

### 您并不孤单。

### 您不会遭到责怪。

### 您不应遭到虐待。

您是否知道，家庭暴力有时是在怀孕期间才开始或恶化的？

受到伤害的不仅仅是您本人：

- 怀孕期间遭到虐待的女性更容易发生流产、感染、出血、贫血以及其他健康问题。这些问题对其本人及胎儿都有影响。
- 产妇生出出生体重偏低的婴儿的机率提高一倍。
- 大多数殴打其伴侣的男性也会殴打他们的子女。部分男性还会对子女进行性虐待。
- 其父亲殴打母亲的孩子可能会发生健康问题、睡眠问题、易怒、犯罪、恐惧及焦躁。
- 美国每年有 1,000 多名儿童因其父母、监护人或其他人造成的伤害而死亡。

## 您本人及您的宝宝不应得到这样的对待。

### 您有权安全地生活。

### 我们将为您提供帮助。

您需要哪种帮助？多数社区都可以提供下列服务。您所说的任何话都会予以保密。

- **热线：**咨询师会通过电话与您交流，为您提供所需信息或仅仅是倾听。如果您需要，她或他还会告诉您附近可以打电话或求助的地方。下面列出了热线号码。
- **支持团队：**您可以与和您具有相同经历的其他女性交流（支持团队）。这样有助于减少您的孤独感，并且您可以分享关于安全的观点和信息。
- **儿童服务：**许多计划都为儿童提供咨询和支持，帮助他们理解所发生的事情。这样可以为他们提供交流其感受的机会。
- **维权及其他支持服务：**有人可以通过“系统”帮助您。这就是家庭暴力维权者。维权服务通常包括帮助获取法律建议、咨询、医疗护理、住房、工作及社会服务。
- **警察和法院：**警察可以在许多方面提供帮助，例如在紧急情况下将您和您的孩子送至安全场所。家庭法院和刑事法院可以通过签发保护令或做出监护权、探视或子女抚养等裁决来提供帮助。

- **庇护所：**多数郡都有庇护所和安全之家，您和您的孩子可以住在那里。庇护所可以帮助您获取以上许多服务。

您很重要。

没有女性应该受到虐待。

没有人“要求被虐待”，没有人应当生活在恐惧中。您有责任保护您的孩子—和您自己—的安全。

### 您并不孤单。

### 我们将为您提供帮助。

#### **New York State 热线**

Adult Domestic Violence（成年人家庭暴力）：（24 小时，每周 7 天）

英语 1-800-942-6906

西班牙语 1-800-942-6908

National Committee to Prevent Child Abuse（全国防止虐待儿童协会）：

1-800-342-7472

预防信息和父母帮助热线

Office of Children & Family Services  
（儿童和家庭服务办公室）

1-800-342-3720

举报虐待儿童

# 家庭暴力受害者权利通知

本受害者权利通知旨在告知家庭暴力受害者他们依法享有的权利和救济。如果您是家庭暴力的受害者，建议您要求与社工或可以帮助您的人进行私下交流。您应当独自接受面谈，无需任何陪同您的人见证或旁听。如果医院工作人员在任何陪同伴侣或家属面前询问您是否是家庭暴力的受害者，即侵犯了您的权利。

## 如果您是家庭暴力的受害者：

### 警察可以帮助您：

- 找到远离暴力的安全场所；
- 获取关于法院如何帮助保护您抵抗暴力的信息；
- 对您或您的孩子遭到的伤害进行医疗护理；
- 为您和您的孩子从家中取出必要的物品；
- 获取警察关于暴力的报告副本；
- 向刑事法院提起诉讼，并告诉您当地刑事法院和家庭法院的位置。

### 法院可以提供以下帮助：

- 如果伤害或威胁您的人是家人或您与之生育过孩子的人，则您有权向刑事法院、家庭法院或同时向二者提交您的案件。

- 如果您和施虐者没有关系、尚未结婚或未共同生育孩子，则您的案件只能由刑事法院审理。
- 您需要的表格可从家庭法院和刑事法院获得。
- 法院可以裁决提供对您、您的孩子及您可以请求的任何证人进行保护的临时命令。
- 家庭法院如果发现您无经济能力聘请律师，则可以为您指定律师在法庭上帮助您。
- 家庭法院可以对您的孩子发出临时儿童支持和临时监护命令。

New York State 法律规定：“如果您是家庭暴力的受害者，经报警而获警员应援时，您可以要求该警员协助提供安全保障给您和您的孩子，包括提供关于如何获得临时保护令的信息。您也可以要求警员协助您取回必需的私人用品，以及找到您并带您前往或协助安排并将您及您的孩子送往该警员管辖区内的安全地点，包括但不限于家庭暴力计划地点，亲友的居住地点，或类似的安全地点。若警员管辖多个郡，您可要求警员带您前往或安排将您和您的孩子送往发生家暴所在郡的一处安全地点。若您或您的孩子需要接受治疗，您有权要求该警员协助您获得相关治疗。

您也可以向执法机构免费索取任何事件报告的副本。”

“您有权自行选聘法律顾问。如果是家庭法院处理的案件，法官在确定您无经济能力聘律师的情况下，必须免费指派一名律师来代表您。您可以要求地方检察官或执法人员提起刑事诉讼。在您犯有家庭罪时，您还有权向家庭法院提出请愿。您有权在出庭的当天使请愿和保护令请求备案，而法院必须在当天或次日开庭时聆讯该请求。刑事法院或家庭法院均可发出保护令以免构成家庭罪，该保护令可能包含让被告不得接近您和您孩子的命令。家庭法院还可以命令被告向您支付暂时的子女抚养费，让您获得孩子的临时监护权。如果家庭法院正在休庭，您可以向刑事法院寻求即时协助以取得保护令。申请保护令所需的表格可向家庭法院或地方刑事法院索取。

本社区内关于家庭暴力、伤害治疗、安全地点及庇护所的信息资源，可拨打以下800号码获得。以明知不实的申诉提出刑事诉讼或家庭法院请愿属于犯罪行为。”

**即刻寻求协助  
得到安全  
保持安全**

致电：

1-800-942-6906（英语）  
（24 小时）

或

1-800-942-6908（西班牙语）

或致电您当地的家庭暴力计划

# 家长权利清单

作为在医院接受护理的小儿患者的家长、法定监护人或决策者，您依法享有以下权利：

- 1) 向医院告知您孩子的初级保健医师的姓名（如果知道），并将此信息记录在您孩子的病历上。
- 2) 确认医院接收小儿患者会按照自身能力，根据小儿患者的独特需求，提供合格的工作人员、空间和规模适当的设备。
- 3) 允许至少一名父母或监护人全程陪护您的孩子，满足您孩子的健康和安全需求。
- 4) 您孩子在住院或急救期间完成的所有检验结果均应由熟悉您孩子当前病情的医师、医师助理或执业护士进行审核。
- 5) 合理预计会产生重大结果的任何检验需在经由医师、医师助理和/或执业护士审核后，并与您或其他决策者以及您孩子（如适当）沟通后，方可出院或撤离急救室。重大结果是指表明生命垂危或需要立刻治疗的其他紧急情况。
- 6) 您或您的孩子（如适当）收到书面出院计划后，同时也会口头与您和您孩子或其他医疗决策者沟通，您的孩子方可出院或撤离急救室。书面出院计划会具体说明，您的孩子在住院期间，实验室或其他诊断检验的重大结果，也会说明尚未得出结果的任何其他检验。
- 7) 获得您孩子的重大检验结果和出院计划，从而合理确保您、您的孩子（如适当）、或其他医疗决策者了解所提供的医疗信息，以做出适当的医疗决策。
- 8) 您孩子的初级保健医师（如果知道）应获得住院或急救期间的所有检验结果。
- 9) 要求了解护理期间考虑的诊断结果或潜在诊断结果、可能出现的并发症，以及与您孩子的初级保健医师来往的信息。
- 10) 在您的孩子出院或撤离急救室后，获取您的孩子在出现并发症或问题时可致电咨询的电话号码。

Public Health Law (PHL) 2803(i)(g) Patients' Rights 10NYCRR, Section 405.7



Department  
of Health





关注我们：

[health.ny.gov](http://health.ny.gov)

[facebook.com/nysdoh](https://www.facebook.com/nysdoh)

[twitter.com/HealthNYGov](https://twitter.com/HealthNYGov)

[youtube.com/nysdoh](https://www.youtube.com/nysdoh)