

## PATIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

환자의 권리와 책임

(Hospital - Revised May, 2022)

(Hospital - Revised May, 2022)

### PATIENT RIGHTS:

#### 환자의 권리:

As our patient, we have the responsibility to respect, protect, and promote your rights. You are a key member of your Health Care Team and you have the right to:

본원은 본원의 환자인 귀하의 권리를 존중하고 보호하며 증진할 책임이 있습니다. 귀하는 귀하의 의료서비스 팀의 핵심 일원으로 다음과 같은 권리를 갖습니다.

- Receive safe, quality care through the services that the hospital provides.
- 병원이 제공하는 서비스를 통한 안전한 양질의 진료를 받을 권리.
- Receive care and have visitation privileges without being discriminated against because of age, race, color, national origin, language, religion, culture, disability, sex, gender identity or expression, sexual orientation, or ability to pay.
- 연령, 인종, 피부색, 출신 국가, 언어, 종교, 문화, 장애, 성별, 성 정체성 또는 표현, 성적 취향 또는 지불 능력으로 인한 차별 없이 진료를 받고 방문특권을 가질 권리.
- Choose who can and cannot visit you, without regard to legal relationship, race, color, national origin, religion, sex, sexual orientation, gender identity or disability. You may withdraw or deny consent for visitation at any time.
- 법적 관계, 인종, 피부색, 출신 국가, 종교, 성별, 성적 취향, 성 정체성 또는 장애 여부와 상관없이 귀하를 방문할 수 있는 사람과 방문할 수 없는 사람을 선택할 권리. 귀하는 언제든지 방문에 대한 동의를 철회 또는 거부할 수 있습니다.
- Be informed when the hospital restricts your visitation rights for your health or safety, or the health or safety of patients, employees, physicians or visitors.
- 병원이 귀하의 건강이나 안전, 또는 환자, 직원, 의사 또는 방문객의 건강이나 안전을 위해 귀하의 방문권을 제한하는 경우 이에 대한 정보를 제공받을 권리.
- Be informed of the hospital's policies about your rights and health care.
- 귀하의 권리 및 의료 서비스에 대한 병원의 정책을 제공받을 권리.
- Be treated with respect and dignity and be protected from abuse, neglect, exploitation and harassment.
- 존중 및 존엄성에 따라 대우받고 학대, 방치, 착취 및 괴롭힘으로부터 보호받을 권리.
- Have your own physician and/or a family member, support person, or other individual be notified promptly of your admission to the hospital.

- 주치의 및/또는 가족 구성원, 보호자(support person) 또는 기타 개인에게 귀하의 입원에 대해 즉시 고지하게 할 권리.
- Know the names and roles of hospital staff caring for you.
- 귀하를 돌보는 병원 직원의 이름 및 역할을 알 권리.
- Have a family member, support person, or other individual present with you for emotional support during the course of your stay, unless the individual's presence infringes on others' rights, safety, or is medically or therapeutically contraindicated.
- 귀하의 입원 중 정서적 지원을 위해 가족 구성원, 보호자 또는 다른 개인과 함께 있을 권리. 단, 이러한 개인의 존재가 타인의 권리, 안전을 침해하거나 의학적 또는 치료적으로 금기인 경우는 제외입니다.
- Have a family member, support person, or other individual involved in treatment decisions or make health care decisions for you, to the extent permitted by law.
- 법에 의거 허용되는 범위까지, 가족 구성원, 보호자 또는 다른 개인이 귀하에 대한 치료 결정 또는 의료 결정에 참여하게 할 권리.
- Have an Advance Directive (health care directive, durable power of attorney for health care, or living will) that states your wishes and values for health care decisions when you cannot speak for yourself.
- 스스로 말할 수 없을 때, 의료 서비스 결정에 대해 바라는 바와 가치를 진술하는 사전 지시서(의료 지침, 의료 서비스에 대한 계속적 위임장 또는 생전 유언)를 가질 권리.
- Be informed about your health problems, treatment options, and likely or unanticipated outcomes so you can take part in developing, implementing and revising your plan of care and discharge planning. Discharge planning includes deciding about care options, choice of agencies or need to transfer to another facility.
- 귀하의 건강 문제, 치료 옵션 및 가능하거나 예상치 못한 결과에 대한 정보를 제공 받아서 귀하의 진료 및 퇴원 계획 작성, 실행 및 수정에 참여할 수 있을 권리. 퇴원 계획에는 진료 옵션, 기관 선택 또는 다른 시설로의 전원 필요에 대한 결정이 포함됩니다.
- Have information about the outcome of your care, including unanticipated outcomes.
- 예상하지 못한 결과를 포함하여 귀하의 진료 결과에 대한 정보를 받을 권리.
- Request, accept and/or refuse care, treatment or services as allowed by hospital policy and the law, and be informed of the medical consequences of your any refusal of care.
- 병원 정책 및 법률에 의거 허용되는 진료, 치료 또는 서비스를 요청, 수락 및/또는 거절할 권리 및 진료 거부로 인한 의학적 결과에 대한 정보를 받을 권리.
- Ask for a change of care provider or a second opinion.
- 의료 서비스 제공자 변경 또는 2차 견해를 요청할 권리.
- Have information provided to you in a manner that meets your needs and is tailored to your age, preferred language, and ability to understand.

- 귀하의 필요에 적합한 방식으로, 그리고 귀하의 연령, 선호 언어 및 이해 능력에 맞게 정보를 제공받을 권리.
- **Have access to an interpreter and/or translation services to help you understand medical and financial information.**
- 귀하의 필요에 적합한 방식으로, 그리고 귀하의 연령, 선호 언어 및 이해 능력에 맞게 정보를 제공받을 권리.
- **Have your pain assessed and managed.**
- 통증을 진단 및 관리받을 권리.
- **Have privacy and confidentiality when you are receiving care.**
- 진료를 받을 때 개인정보 보호 및 기밀유지를 보장 받을 권리.
- **Practice and seek advice about your cultural, spiritual and ethical beliefs, as long as this does not interfere with the well being of others.**
- 다른 사람의 복지를 저해하지 않는 한, 귀하의 문화적, 정신적 및 윤리적 신념을 실천하고 조언을 구할 권리.
- **Request religious and spiritual services.**
- 종교적 및 정신적 서비스를 요청할 권리.
- **Request a consult from the Ethics Committee to help you work through difficult decisions about your care.**
- 귀하의 진료에 대한 어려운 결정을 내리는데 도움을 받을 수 있도록 윤리위원회로부터의 조언을 요청할 권리.
- **Consent or refuse to take part in research studies as well as recordings, films or other images made for external use.**
- 조사 연구 참여 및 녹음, 동영상 또는 기타 외부 사용을 위한 사진 촬영에 동의 또는 거부할 권리.
- **Be free from restraints or seclusion, unless medically necessary or needed to keep you or others safe. If necessary, any form of restraint or seclusion will be performed in accordance with safety standards required by state and federal law.**
- 의학적으로 필요하거나 귀하 또는 다른 사람들의 안전을 유지하는데 필요한 경우를 제외하고, 구속 또는 격리로부터 자유로울 권리. 필요한 경우, 주 또는 연방법이 요구하는 안전 기준에 따라 모든 형태의 구속 또는 격리가 실시됩니다.
- **Have a safe environment, including zero tolerance for violence, and the right to use your clothes and personal items in a reasonably protected environment.**
- 폭력이 전혀 허용되지 않는 경우를 포함하여 안전한 환경을 누릴 권리 및 합리적으로 보호되는 환경에서 귀하의 의복 및 개인 물품을 사용할 권리.
- **Take part in decisions about restricting visitors, mail or phone calls.**
- 방문객, 우편 또는 전화통화 제한에 대한 결정에 참여할 권리.

- Receive protective oversight while a patient in the hospital, and receive a list of patient advocacy services (such as protective services, guardianship, etc.)
- 환자가 병원에 있는 동안 보호 감독을 받고 환자 보호 서비스(보호 서비스, 후견인 등) 목록을 받을 권리.
- Receive compassionate care at the end of life.
- 임종을 앞두고 호스피스간호를 받을 권리.
- Donate, request or refuse organ and tissue donations.
- 장기 및 조직 기증에 대한 동의 요청 또는 거부 권리.
- Review your medical record and receive answers to questions you may have about it. You may request amendments to your record and may obtain copies at a fair cost in a reasonable time frame.
- 귀하의 의무기록을 검토하고 그에 대해 있을 수 있는 궁금한 사항에 대해 답변을 받을 권리. 귀하는 귀하의 기록에 대한 수정을 요청할 수 있으며 합리적 기간 내에 공정한 비용으로 사본을 받을 수 있습니다.
- Have your records kept confidential; they will only be shared with your caregivers and those who can legally see them. You may request information on who has received your record.
- 기록을 기밀로 유지하도록 할 권리. 기록은 귀하를 돌보는 사람 및 법적으로 기록을 볼 수 있는 사람들에게만 공개됩니다. 귀하는 귀하의 기록을 받은 사람에 대한 정보를 요청할 수 있습니다.
- Receive a copy of and details about your bill.
- 청구서 사본 및 세부내역을 받을 권리.
- Ask about and be informed of business relationships among payors, hospitals, educational institutions, and other health care providers that may affect your care.
- 보험료 지불자, 병원, 교육기관 및 기타 귀하의 진료에 영향을 미칠 수 있는 의료 서비스 제공자 간의 비즈니스 관계에 대해 요청하고 정보를 받을 권리.
- Know the hospital's grievance process and share a concern or grievance about your care either verbally or in writing and receive a timely written notice of the resolution. If you have a grievance or concern, please contact (Enter entity-specific instructions, including number) at \_\_\_\_\_. You may also contact:
- 병원의 불만 처리 과정을 알고 귀하의 진료에 대한 우려 또는 불만을 구두나 서면으로 공유하고 적시에 해결책에 대한 서면 통지를 받을 권리. 불만 사항이나 우려 사항이 있으시면 573-458-7613번으로 Corporate Compliance에 문의하시기 바랍니다. 1-844-840-8229번으로 Corporate Compliance에 문의하실 수도 있습니다.

Missouri Department of Health & Senior Services  
 Health Services Regulation  
 P.O. Box 570  
 Jefferson City, MO 65102-0570  
 Phone: 1-573-751-6303

Missouri Department of Health & Senior Services  
Health Services Regulation  
P.O. Box 570  
Jefferson City, MO 65102-0570  
전화: 1-573-751-6303

The Joint Commission  
Office of Quality Monitoring  
One Renaissance Boulevard  
Oakbrook Terrace, IL 60181  
Email: [complaint@jointcommission.org](mailto:complaint@jointcommission.org)  
Fax: 1-630-792-5636  
Complaint Line: 1-800-994-6610

The Joint Commission  
Office of Quality Monitoring  
One Renaissance Boulevard  
Oakbrook Terrace, IL 60181  
이메일: [complaint@jointcommission.org](mailto:complaint@jointcommission.org)  
팩스: 1-630-792-5636  
불만사항 상담: 1-800-994-6610

Livanta LLC  
BFCC-QIO Program, Region 7  
10820 Guilford Rd, Suite 202  
Annapolis, Junction, MD 20701-1105  
Phone: 1-800-634-4557, Ext. 2470

Livanta LLC  
BFCC-QIO Program, Region 7  
10820 Guilford Rd, Suite 202  
Annapolis, Junction, MD 20701-1105  
전화: 1-800-634-4557, Ext. 2470

## **PATIENT RESPONSIBILITIES**

### **환자의 책임**

You and/or your family member, support person, or other designated individual acting on your behalf have the responsibility to:

귀하 및/또는 귀하의 가족, 보호자(support person) 또는 기타 귀하를 대리하도록 지명된 자에게는 다음과 같은 책임이 있습니다.

- Provide correct and complete information about yourself and your health, including present complaints, past health problems and hospital visits, medications you have taken and are taking (including prescriptions, over-the-counter and herbal medicines), and any other information you think your caregivers need to know.
- 현재 뿐만 사항, 과거의 건강 문제 및 병원 방문, 복용했던 약 및 복용 중인 약(처방약, 일반의약품 및 생약 등), 귀하를 돌보는 사람이 알아야 한다고 생각되는 기타 모든 정보를 포함하여 귀하 자신 및 귀하의 건강에 대한 정확하고 완전한 정보를 제공할 책임.
- Follow your agreed-upon care plan and report any unexpected changes in your condition to your doctor.
- 귀하가 동의한 진료 계획을 준수하고 예상하지 못한 귀하의 모든 상태 변화에 대해 담당 의사에게 보고할 책임.
- Ask questions when you do not understand your care, treatment, and services or what you are expected to do. Express any concerns about your ability to follow your proposed care plan or course of care, treatment, and services.
- 귀하의 진료, 치료 및 서비스 또는 귀하가 해야 할 사항에 대해 이해하지 못한 경우 질문을 할 책임. 제안된 관리 계획 또는 진료, 치료 및 서비스 과정을 준수할 능력에 대한 우려를 표할 책임.
- Accept consequences for the outcomes if you do not follow the care, treatment, and service plan.
- 진료, 치료 및 서비스 계획을 준수하지 못한 경우 결과를 수락할 책임.
- Speak up and share your views about your care or service needs and expectations, including your pain needs and any perceived risk or safety issues.
- 통증 관련 필요 사항 및 인지된 모든 위험 또는 안전성 문제를 포함하여 귀하의 진료 또는 서비스 필요 사항 및 기대에 대한 의견을 말하고 공유할 책임.
- Provide correct and complete information about your Advance Directive if you have one and provide a current copy.
- 사전 지시서가 있는 경우 이에 대한 정확하고 완전한 정보를 제공하고 최신 사본을 제공할 책임.
- Respect the rights, property, privacy, dignity, and confidentiality of patients and others in the hospital.
- 병원 내 환자 및 다른 사람의 권리, 재산, 개인정보, 존엄성 및 기밀성을 존중할 책임.
- Be respectful in your interactions with other patients, employees, physicians and visitors without regard to age, race, color, national origin, language, religion, culture, disability, socioeconomic status, sex, gender identity or expression, or sexual orientation.
- 연령, 인종, 피부색, 출신 국가, 언어, 종교, 문화, 장애, 사회 경제적 지위, 성별, 성 정체성 또는 표현, 또는 성적 취향에 관계없이 다른 환자, 직원, 의사 및 방문객과의 상호작용을 존중할 책임.

- Follow instructions, hospital policies, rules and regulations which include respecting property and helping control noise.
- 재산을 존중하고 소음 통제에 도움을 주는 경우를 포함하여 지침, 병원 정책, 규칙 및 규정을 준수할 책임.
- Leave your valuables and personal belongings at home, have your family members take them home, or have them placed with Security until you are discharged.
- 귀중품 및 개인 소지품을 집에 두거나 가족이 집에 가져가게 하거나 퇴원할 때까지 보안 팀에 맡길 책임.
- Keep our environment tobacco-free. You may not use any tobacco products while inside or outside this health care facility.
- 금연 환경을 지킬 책임. 본 의료시설 내부나 외부에서는 어떤 담배 제품도 사용하지 않습니다.
- Keep a safe environment free of drugs, alcohol, weapons, and violence of any kind, including verbal intimidation.
- 마약, 알코올, 무기 및 구두 협박을 포함한 모든 종류의 폭력으로부터 안전한 환경을 유지할 책임.
- Provide correct and complete information about your financial status as best you can and promptly meet any financial obligations to the hospital.
- 귀하의 재정 상태에 대해 최대한 정확하고 완전한 정보를 제공하고 병원에 대한 모든 재정적 의무를 신속하게 충족할 책임.
- For more information about your Patient Rights and Responsibilities, please call (Entity information)
- 환자의 권리 및 책임에 대한 보다 자세한 정보는 573-458-7613번으로 기업 준수 팀에 문의하시기 바랍니다.