

Quyết Định Chấp Thuận Chăm Sóc Sức Khỏe

- Điều Trị:** Theo đây, tôi, đại diện cho chính bản thân mình (hoặc bệnh nhân có tên bên dưới) và mọi trẻ sơ sinh do tôi sinh ra, nếu có, đồng ý tiến hành các thủ thuật chẩn đoán và điều trị y tế như vậy nếu cần thiết và phù hợp với tình trạng hoặc bệnh của tôi, có thể bao gồm xét nghiệm HIV, trừ khi tôi đặc biệt chọn không tiến hành xét nghiệm HIV bằng cách thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ điều trị của tôi rằng tôi từ chối tiến hành xét nghiệm đó. (Các) Bác sĩ của tôi hoặc người hành nghề y thích hợp khác sẽ xác định thủ thuật chẩn đoán và điều trị y tế cần cung cấp nếu thấy cần thiết hoặc được khuyến nghị tại thời điểm tiến hành điều trị. Các thủ thuật chẩn đoán và điều trị y tế như vậy sẽ do các bác sĩ điều trị ở bệnh viện, nhân viên y tế, y tá và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác tiến hành tại bệnh viện hoặc qua dịch vụ y tế từ xa. Tôi hiểu rằng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đang được đào tạo có thể tham gia vào quá trình điều trị cho tôi dưới sự giám sát của nhân viên thích hợp.
- Phối Hợp Chăm Sóc:** Tôi hiểu rằng Advocate Health Care là hệ thống y tế tích hợp lâm sàng bao gồm nhiều bệnh viện, nhóm y khoa và đơn vị cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác cùng hợp tác để mang đến dịch vụ chăm sóc bệnh nhân chất lượng cao, cũng như đảm bảo phối hợp chăm sóc bệnh nhân hiệu quả. Tôi hiểu rằng Advocate sẽ lưu trữ thông tin sức khỏe bệnh nhân của tôi dưới dạng Hồ Sơ Y Tế Điện Tử và các cá nhân là thành viên trong nhóm chăm sóc liên ngành của tôi trong toàn bộ hệ thống Advocate Health Care có thể xem hồ sơ y tế của tôi, bao gồm nhưng không giới hạn ở nội dung chẩn đoán, phác đồ điều trị, thông tin đơn thuốc, lịch hẹn thăm khám và kết quả xét nghiệm cũng như chẩn đoán khác (bao gồm thông tin liên quan đến HIV, thông tin di truyền và hồ sơ sức khỏe hành vi). Nhóm chăm sóc liên ngành bao gồm nhân viên, nhà thầu, đại diện và nhân viên y tế thuộc Advocate Health Care, chi nhánh của Advocate và Advocate Medical Group, cùng các cá nhân khác cùng hợp tác để triển khai hoạt động nhập viện, điều trị, xây dựng phác đồ, phối hợp chăm sóc, xuất viện hoặc báo cáo y tế công cộng bắt buộc theo yêu cầu từ chính phủ.
- Hình Ảnh:** Tôi hiểu rằng nhà cung cấp có thể cần chụp ảnh, quay video và/hoặc ghi âm để lưu hồ sơ tình trạng bệnh lý, giúp chẩn đoán và/hoặc điều trị tình trạng đó và/hoặc giúp lập kế hoạch phẫu thuật chi tiết. Tôi hiểu rằng nhà cung cấp hoặc bệnh viện sẽ giữ quyền sở hữu đối với các hình ảnh, video và/hoặc bản ghi âm này. Tôi cũng hiểu rằng các hình ảnh này có thể được sử dụng cho mục đích giáo dục chuyên sâu với điều kiện không tiết lộ danh tính bệnh nhân.
- Lựa Chọn Chăm Sóc Sức Khỏe Tại Gia:** Tôi hiểu rằng tôi có quyền tự do lựa chọn và có quyền chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc tại gia cho hoạt động chăm sóc mình cần. Tôi biết rằng thông thường, bệnh viện sẽ sử dụng Advocate at Home để cải tiến sự liên tục và chất lượng của dịch vụ chăm sóc, trừ khi tôi chọn nhà cung cấp khác hoặc theo chỉ định của hãng bảo hiểm. Danh sách nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc tại gia được cung cấp khi Nhập Viện/Đăng Ký. Người lập kế hoạch xuất viện có thể cung cấp bản sao khác của danh sách này theo yêu cầu. Nếu tôi muốn nhà cung cấp khác, lựa chọn của tôi sẽ được tôn trọng.
- Đơn Thuốc Kê Ngoài:** Tôi đồng ý cho phép truy cập vào lịch sử đơn thuốc kê ngoài của tôi để tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình chăm sóc. Thông tin này sẽ chỉ được cung cấp nếu đơn thuốc được mua thông qua nhà thuốc tham gia. Vì vậy, tôi có trách nhiệm cung cấp tiền sử dùng thuốc chính xác.
- Lựa Chọn Ngôn Ngữ:** Tôi muốn nhận thông tin sức khỏe bằng (Vietnamese). Tôi đã được cung cấp thông tin về các dịch vụ thông dịch và biên dịch. Tôi hiểu rằng các dịch vụ này được cung cấp miễn phí và tôi có thể yêu cầu bất kỳ lúc nào trong quá trình nhập viện.
- Tiết Lộ Thông Tin Y Tế để Thanh Toán:** Theo đây, tôi đồng ý cho phép tiết lộ tất cả thông tin có liên quan trong hồ sơ y tế của tôi, bao gồm thông tin liên quan đến HIV, thông tin di truyền và hồ sơ sức khỏe hành vi, cho tổ chức thanh toán bên thứ ba chịu trách nhiệm thanh toán chi phí khám chữa bệnh, bao gồm nhưng không giới hạn ở công ty bảo hiểm, chương trình phúc lợi y tế, chủ lao động tham gia phê duyệt yêu cầu thanh toán quyền lợi, cơ quan chính phủ hoặc tổ chức trung gian đại diện cho bất kỳ bên nào nói trên.
- Chuyển Giao Quyền Lợi:** Khi xem xét các dịch vụ được cung cấp tại bệnh viện, theo đây, tôi chỉ định và ủy quyền thanh toán trực tiếp cho bệnh viện và bác sĩ điều trị bằng các quyền lợi bảo hiểm, chương trình bảo hiểm y tế hoặc từ tổ chức thanh toán bên thứ ba, hoặc khoản phải trả khác cho tôi hoặc dưới danh nghĩa của tôi cho lần nhập viện này, dịch vụ chăm sóc tại phòng cấp cứu hoặc dịch vụ ngoại trú.



9. **Thanh Toán Medicare và Chuyển Giao Quyền Lợi (nếu có):** Tôi yêu cầu thanh toán các quyền lợi Medicare được ủy quyền dưới danh nghĩa của tôi cho các dịch vụ của bệnh viện và bác sĩ đã cung cấp cho tôi tại bệnh viện và tôi chuyển giao các quyền lợi đó cho bệnh viện và bác sĩ cung cấp. Tôi xác nhận rằng thông tin do tôi cung cấp khi nộp đơn đăng ký nhận các quyền lợi đó là chính xác và tôi đã hoàn thành bảng câu hỏi Medicare. Tôi cho phép bên nắm giữ thông tin y tế hoặc thông tin khác về tôi tiết lộ mọi thông tin cần thiết cho Trung Tâm Dịch Vụ Medicare và Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) và các đại diện của CMS để tiến hành thanh toán quyền lợi. Tôi cho phép Sở An Sinh Xã Hội (Social Security Administration) tiết lộ thông tin về quyền hưởng phúc lợi của tôi cho bệnh viện và bác sĩ cung cấp dịch vụ cho tôi.
10. **Đồ Dùng Cá Nhân:** Tôi chịu toàn bộ trách nhiệm đối với tài sản cá nhân của mình, bao gồm nhưng không giới hạn ở kính mắt, máy trợ thính, răng giả, trang sức, tiền bạc và tất cả đồ vật có giá trị khác. Tôi hiểu rằng tôi có thể yêu cầu cất giữ đồ vật có giá trị trong két an toàn của bệnh viện và theo đây, tôi miễn trừ bệnh viện khỏi trách nhiệm và nghĩa vụ pháp lý đối với các đồ vật có giá trị và tài sản cá nhân không được ký gửi.
11. **Hỗ Trợ Tài Chính:** Khi xem xét các dịch vụ được cung cấp tại bệnh viện, với tư cách bệnh nhân hoặc người đại diện hợp pháp của bệnh nhân, bệnh nhân đồng ý thanh toán cho bệnh viện tất cả các dịch vụ, cơ sở vật chất và vật tư được cung cấp cho bệnh nhân theo mức giá đã xác định, bao gồm mọi khoản khấu trừ, đồng thanh toán hoặc khoản phí không được tổ chức thanh toán bên thứ ba chi trả. Tôi hiểu rằng hóa đơn bệnh viện không bao gồm các dịch vụ của bác sĩ và bệnh nhân sẽ nhận được hóa đơn riêng từ bác sĩ cho các dịch vụ của bác sĩ đã nhận. Tôi ý thức được rằng một số bác sĩ có thể không tham gia vào chương trình sức khỏe hoặc chương trình thanh toán chi trả cho dịch vụ chăm sóc của tôi và do đó, tôi có thể phải chịu các khoản phí bổ sung. Bệnh nhân đồng ý chịu mọi chi phí, kể cả phí luật sư, phát sinh trong quá trình thu các khoản phí này. Tôi hiểu rằng nếu tôi không đồng ý tiết lộ hồ sơ hoặc thu hồi quyết định chấp thuận sau đó thì bệnh nhân sẽ chịu toàn bộ trách nhiệm thanh toán mọi khoản phí liên quan đến hoạt động chẩn đoán và điều trị đã nhận. Tôi xác nhận rằng thông tin do tôi cung cấp cho mục đích thanh toán hoạt động điều trị tại bệnh viện này là đầy đủ và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu bệnh nhân gặp khó khăn trong việc thực hiện trách nhiệm thanh toán với bệnh viện thì thông tin liên quan đến hỗ trợ tài chính, bao gồm kế hoạch thanh toán hợp lý và hỗ trợ tài chính, sẽ được cung cấp theo yêu cầu như một phần trong dịch vụ tư vấn tài chính của bệnh viện. Tôi hiểu rằng thắc mắc về phạm vi bảo hiểm hay mức hưởng quyền lợi đều cần tham chiếu đến chương trình chăm sóc sức khỏe và giấy chứng nhận bảo hiểm của bệnh nhân. Ngoài ra, tôi đã được cung cấp bản sao tóm tắt nội dung hỗ trợ tài chính bằng ngôn ngữ dễ hiểu, trình bày về chính sách và đơn đăng ký hỗ trợ tài chính.
12. **Dịch Vụ của Bác Sĩ/Nhà Cung Cấp Độc Lập:** Tôi xác nhận và hiểu rõ rằng chỉ bác sĩ/nhà cung cấp được xác định rõ ràng là nhân viên Advocate mới là nhân viên hoặc đại diện của Advocate Health Care. Bác sĩ/nhà cung cấp không phải nhân viên Advocate là nhà cung cấp độc lập được phép sử dụng cơ sở vật chất của bệnh viện để cung cấp dịch vụ chăm sóc và điều trị y tế. Bác sĩ không phải nhân viên Advocate bao gồm nhưng không giới hạn ở người hành nghề hồi sức cấp cứu, chấn thương, tim mạch, sản, phẫu thuật, X quang, gây mê/gây tê, bệnh lý và các chuyên khoa khác. Các bác sĩ/nhà cung cấp dịch vụ độc lập này đưa ra phán đoán y tế riêng trong quá trình điều trị cho tôi hoặc cung cấp dịch vụ chuyên môn cho tôi. Tôi hiểu rằng tôi phải hỏi bác sĩ của mình mọi thắc mắc có thể có liên quan đến tình trạng nhân viên của bác sĩ. Quyết định tìm kiếm dịch vụ chăm sóc y tế tại bệnh viện của tôi không dựa trên bất kỳ hiểu biết, tuyên bố, quảng cáo, chiến dịch truyền thông, suy luận, giả định hay niềm tin nào rằng các bác sĩ chăm sóc và điều trị cho tôi là nhân viên hoặc đại diện của bệnh viện hoặc Advocate Health Care.

Khi ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng tôi thừa nhận và hiểu rằng bệnh viện sử dụng các nhà thầu hoặc bác sĩ độc lập để cung cấp nhiều dịch vụ khác nhau như được trình bày ở trên. Tôi cũng xác nhận thêm rằng tôi đã đọc mẫu đơn chấp thuận này, bao gồm nội dung cụ thể liên quan đến các dịch vụ của bác sĩ độc lập, và đã có cơ hội đưa ra thắc mắc. Mọi thắc mắc của tôi đều đã được giải đáp thỏa đáng.





Ngày (Date)	Giờ (Time)	Chữ Ký của Bệnh Nhân (Signature of Patient)
----------------	---------------	--

Ngày (Date)	Giờ (Time)	Chữ Ký của (các) Đại Diện Được Ủy Quyền Hợp Pháp (Signature of Legally Authorized Agent(s))	Quan hệ với bệnh nhân (Relationship to patient)
----------------	---------------	--	--

Interpreter Assistance: If an interpreter assisted, please complete the following: Language: _____

Date: _____ Time: _____ Interpreter Name: _____ ID #: _____

**Chỉ Dành Cho Nhân Viên Advocate
(For Advocate Personnel Use Only)**

Brochures Offered:

Notice of Privacy Practices:	<input type="checkbox"/> Accepted	<input type="checkbox"/> Declined	Patient Rights	<input type="checkbox"/> Accepted	<input type="checkbox"/> Declined
Payment Policy	<input type="checkbox"/> Accepted	<input type="checkbox"/> Declined	No Surprise Billing Disclosure	<input type="checkbox"/> Accepted	<input type="checkbox"/> Declined

Date	Time	Signature of Teammate
------	------	-----------------------

