



## Thoả thuận của Bệnh nhân về Chăm sóc và Điều trị Patient Consent for Care and Treatment

Tôi xác nhận rằng thông tin đăng ký được báo cáo cho Neighborcare Health hiện tại là chính xác và tôi hiểu rằng bất cứ sự cố tình trình bày sai lệch nào về thông tin đó đều có thể khiến tôi phải chịu trách nhiệm toàn bộ chi phí cho những dịch vụ được cung cấp cho tôi.

Tôi cho phép các viên chức y tế, sức khoẻ tâm thần và/hay nha khoa có giấy phép và/hay chứng nhận hành nghề được sử dụng các phương pháp điều trị và trị liệu đã được xem xét là cần thiết về mặt chuyên môn và y tế. Hơn nữa, tôi hiểu rằng Neighborcare Health là một cơ sở giảng dạy nên giáo sư, thực tập viên, bác sĩ nội trú, và sinh viên có thể sẽ quan sát và/hay tham gia vào việc chăm sóc tôi.

Có lúc các buổi khám tại Neighborcare Health sẽ được thực hiện qua hình thức Y tế từ xa/Khám bệnh từ xa (Telehealth/Telemedicine). Tôi hiểu rằng các dịch vụ Y tế từ xa/Khám bệnh từ xa cho phép Neighborcare Health cung cấp buổi khám không trực tiếp và được phép thực hiện thông qua máy tính, máy tính bảng, hay điện thoại. Tôi hiểu rằng, cũng như các buổi khám trực tiếp, các buổi khám Y tế từ xa/Khám bệnh từ xa sẽ được lập hóa đơn cho bảo hiểm và/hay chính tôi và rằng tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm cho tất cả các dịch vụ được cung cấp.

Tôi xác nhận rằng tôi hiểu những điều sau đây về Y tế từ xa/Khám bệnh từ xa:

- Tôi hiểu rằng tôi có thể chọn từ chối các dịch vụ Y tế từ xa/Khám bệnh từ xa bất cứ lúc nào mà sẽ không bị ảnh hưởng đến quyền được chăm sóc hay điều trị trong tương lai và sẽ không có nguy cơ bị mất quyền lợi. Tôi không phải trả lời bất kỳ câu hỏi nào mà tôi cho là không phù hợp hay tôi không muốn người khác nghe được.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi không chọn tham gia vào một buổi Y tế từ xa/Khám bệnh từ xa, sẽ không có hành động nào xảy ra đối với tôi mà sẽ gây ra sự chậm trễ trong việc chăm sóc tôi và tôi vẫn có thể theo đuổi một buổi khám trực tiếp.
- Tôi hiểu rằng, cũng như bất kỳ công nghệ nào, Y tế từ xa/Khám bệnh từ xa cũng có những hạn chế của nó, gồm cả sự hư hỏng thiết bị và rủi ro trong bảo mật thông tin. Vì vậy, sẽ không có sự bảo đảm rằng buổi khám Y tế từ xa/Khám bệnh từ xa sẽ loại bỏ nhu cầu tôi trực tiếp gặp y sĩ.

Tôi hiểu rằng Neighborcare Health và/hay các y sĩ cung cấp dịch vụ chuyên nghiệp cho bệnh nhân được phép cung cấp thông tin y tế, nha khoa và/hay sức khoẻ tâm thần từ hồ sơ y tế của tôi tới chuyên gia giới thiệu, nếu có, và tới bất kỳ công ty bảo hiểm nào, Medicare (CMS), và/hay Medicaid (DSHS) với mục đích để được thanh toán tài khoản. Neighborcare Health

được phép tiết lộ thông tin từ hồ sơ y tế của tôi tới bất kỳ cơ sở chăm sóc sức khỏe và/hay y sĩ nào khác mà dịch vụ chăm sóc của tôi có thể được chuyển đến.

Giấy cho phép này có hiệu lực trong một năm kể từ ngày ký trừ khi sự thoả thuận được hủy bỏ bằng văn bản thông báo cho Giám đốc Y tế tại Neighborcare Health. Chỉ định và Giấy phép Tiết lộ này này cho phép Neighborcare Health tiết lộ tới công ty bảo hiểm của tôi, Medicare (CMS) và/hay Medicaid (DSHS), bất kỳ thông tin nào cần thiết để xác định các quyền lợi có thể trả cho các dịch vụ liên quan. Tôi cho phép bất kỳ công ty bảo hiểm nào, Medicare (CMS), và/hay Medicaid (DSHS), thanh toán trực tiếp với Neighborcare Health cho các dịch vụ đã được cung cấp cho tôi. Tôi đồng ý thanh toán trọn vẹn các khoản phí mà bảo hiểm đã không thanh toán trọn vẹn mà đã chừa lại cho trách nhiệm của tôi phải trả.

#### **THOẢ THUẬN CỦA BỆNH NHÂN VỀ ĐIỀU TRỊ VÀ CHĂM SÓC**

Chữ ký của tôi bên dưới cho thấy rằng tôi hiểu và đã được thông báo về các thông tin được cung cấp trên mẫu Thoả thuận của Bệnh nhân về Chăm sóc và Điều trị. Tôi hiểu rằng tôi có thể yêu cầu bản sao của mẫu này.

Chữ ký của Bệnh nhân và/hay Người bảo lãnh

#### **TUÂN THỦ HIPAA VÀ THÔNG BÁO VỀ THỰC HÀNH BẢO MẬT**

Chữ ký của tôi dưới đây cho thấy rằng tôi hiểu và đã được thông báo về các thông tin được cung cấp trong Thông báo của Neighborcare Health về Thực hành Bảo mật. Tôi hiểu rằng tôi có thể yêu cầu bản sao của mẫu này.

Chữ ký của Bệnh nhân và/hay Người bảo lãnh

#### **QUYỀN HẠN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA BỆNH NHÂN**

Chữ ký của tôi dưới đây cho biết rằng tôi hiểu và đã được thông báo về thông tin được cung cấp trong Quyền hạn và Trách nhiệm của Bệnh nhân của Neighborcare Health. Tôi hiểu rằng tôi có thể yêu cầu một bản sao của mẫu này.

Chữ ký của Bệnh nhân và/hay Người bảo lãnh

### CÁC DỊCH VỤ VÀ PHƯƠNG TIỆN TRỢ GIÚP NGÔN NGỮ

Chữ ký của tôi bên dưới cho thấy tôi hiểu, và đã được cho biết rằng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí có sẵn cho bệnh nhân của Neighborcare Health. Các dịch vụ và giúp đỡ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở các định dạng có thể truy cập cũng có sẵn miễn phí. Nếu tôi cần các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, hay các dịch vụ và giúp đỡ phụ trợ, tôi sẽ thông báo cho Neighborcare Health.

Chữ ký của Bệnh nhân và/hay Người bảo lãnh

### QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN