

Mẫu ưng thuận ĐỒNG Ý CHUNG CHO VIỆC ĐIỀU TRỊ VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN

Trang 1 / 4

LƯU Ý:

Khi được sử dụng trong mẫu này, từ “Corewell Health” có nghĩa là bất kỳ hay tất cả các cơ sở và địa điểm thuộc Corewell Health.

THÔNG BÁO CÁM PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ:

Corewell Health tuân thủ các điều luật dân quyền hiện hành của liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, giới tính hay tình trạng khuyết tật. Corewell Health không loại trừ hay đối xử khác biệt với bất cứ người nào căn cứ vào chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, giới tính, tình trạng khuyết tật hay bất kỳ lý do nào khác bị luật cấm.

TÔI ĐỒNG Ý:

- Cho phép các nhà cung cấp dịch vụ, bác sĩ, bác sĩ nội trú, sinh viên và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác tại Corewell Health thăm khám và điều trị cho tôi/con tôi. Hình thức khám có thể bao gồm khám trực tiếp, khám theo nhóm, khám từ xa, thu hình, chụp hình và sử dụng các thiết bị âm thanh. Các phương pháp này có thể được sử dụng để điều trị/chẩn đoán bệnh hoặc để thực hiện các thủ thuật cần thiết vì lý do y tế, khoa học và/hoặc sự an toàn cá nhân.
- Tôi đã được giải thích và đồng ý rằng bác sĩ có thể thay đổi chế độ chăm sóc nếu điều đó có lợi cho cuộc sống hay sức khỏe của tôi và/hoặc con tôi.
- Nếu tôi đến đây để sinh con, tôi đồng ý rằng bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác có thể chăm sóc cho con tôi.
- Nếu tôi tham gia một cuộc khám theo nhóm thì tôi hiểu rằng tôi sẽ được khám chung với các bệnh nhân khác. Trong cuộc hẹn này, người cung cấp dịch vụ y tế có thể chia sẻ thông tin cá nhân của tôi với những người khác.
- Nhà cung cấp dịch vụ y tế có thể lấy các mẫu máu, nước tiểu và các dịch/mô cơ thể khác của tôi (“mẫu bệnh phẩm”). Tôi cho phép nhà cung cấp dịch vụ giữ lại và bảo tồn các mẫu bệnh phẩm này để sử dụng cho mục đích khoa học và giảng dạy cũng như để thực hiện trên các mẫu này những xét nghiệm khác mà không có liên quan đến chẩn đoán của tôi. Nhà cung cấp dịch vụ có thể loại bỏ các mẫu bệnh phẩm theo ý muốn.

TÔI HIỂU RẰNG:

- Tôi sẽ nêu lên các câu hỏi của tôi.
- Tôi nhận biết rằng việc hành nghề y tế và phẫu thuật không phải là một khoa học chính xác. Không có ai đã đưa ra lời hứa hay đảm bảo nào cho tôi về kết quả có thể nhận được từ việc điều trị, chăm sóc hay thăm khám tại Corewell Health.
- Các sinh viên và nhân viên có thể khám cho tôi và xem hồ sơ y tế của tôi nhằm mục đích giảng dạy hay nghiên cứu.
- Nhân viên sẽ xác nhận lại danh tính của tôi. Họ sẽ hỏi xem tôi ở đây để làm gì. Họ làm như vậy để bảo vệ tôi.
- Một số bác sĩ và nhân viên không phải nằm trong biên chế của Corewell Health. Tôi biết rằng Corewell Health sẽ không chịu trách nhiệm đối với các dịch vụ chăm sóc hoặc hành động khác của những người này. Tôi cũng biết rằng những người này sẽ gửi hóa đơn riêng cho tôi mặc dù họ đã cung cấp dịch vụ cho tôi tại cơ sở của Corewell Health. Tôi sẽ làm việc với văn phòng của họ để trả lời mọi thắc mắc về bảo hiểm của tôi.
- Nếu một người tham gia chăm sóc cho tôi tiếp xúc với máu hay dịch cơ thể của tôi thì luật pháp Michigan cho phép nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe xét nghiệm máu của tôi để tìm HIV (vi rút gây bệnh AIDS) hoặc viêm gan mà không cần sự cho phép của tôi.
- Một bản sao của Chính sách về các Điều kiện được Hỗ trợ Tài chính của Corewell Health có sẵn theo yêu cầu tại tất cả các khu đăng ký cũng như ở trang web của chúng tôi tại địa chỉ <https://corewellhealth.org/billing/financial-assistance>.
- Corewell Health sẽ không dung thứ cho bất kỳ sự phân biệt đối xử nào đối với nhà cung cấp dịch vụ y tế cho tôi và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe hay nhân viên khác dựa trên chủng tộc, màu da, giới tính xã hội, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, giới tính sinh học, tình trạng khuyết tật hoặc bất kỳ lý do nào khác bị cấm bởi luật pháp liên bang, tiểu bang hay địa phương.

TRANG SAU →

DO NOT MARK BELOW THIS LINE

BARCODE ZONE

DO NOT MARK BELOW THIS LINE

© Corewell Health

X04878 (1/25) – Page 1 of 4 - Vietnamese
(English X23481) (Spanish X04879) (Burmese X18623)
(Swahili X18625) (Kinyarwanda X18626)
(Arabic X28096) Consent GENERAL, TREATMENT
AND RELEASE OF INFORMATION



* X 0 4 8 7 8 *

ĐỒNG Ý CHUNG CHO VIỆC ĐIỀU TRỊ VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN (TIẾP TỤC)

Trang 2 / 4

- Nếu tình trạng sức khỏe khiến tôi cần được giới thiệu đến một bác sĩ chuyên khoa thì tôi hiểu rằng tôi sẽ được yêu cầu lựa chọn một nhà cung cấp dịch vụ chuyên khoa. Tôi sẽ có cơ hội chọn một nhà cung cấp dịch vụ để Corewell Health liên lạc, hoặc nếu tôi không muốn chọn thì Corewell Health sẽ liên lạc với một nhà cung cấp dịch vụ độc lập có tên trong danh sách các “đối tác có sẵn”. Tôi cho phép công ty bảo hiểm của tôi tính tiền cho các dịch vụ chuyên nghiệp mà tôi nhận được từ nhà cung cấp này bất kể nhà cung cấp có tham gia với chương trình bảo hiểm của tôi hay không.
- Mẫu ưng thuận này sẽ có hiệu lực trong một (1) năm kể từ ngày tôi ký tên.

THÔNG TIN Y TẾ CỦA TÔI:

- COREWELL HEALTH CÓ THỂ TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ CỦA TÔI CHO:
 - Các công ty bảo hiểm, chương trình chăm sóc sức khỏe và người quản lý chương trình để thực hiện thanh toán cho các dịch vụ đã cung cấp cho tôi hay con tôi.
 - Các cơ quan chính phủ như Medicare và Medicaid, hoặc theo yêu cầu của luật pháp.
 - Các nhà cung cấp dịch vụ cho tôi và những người khác tham gia chăm sóc cho tôi trong hiện tại và tương lai.
 - Chủ thuê lao động của tôi, nếu hồ sơ được tiết lộ có liên quan đến sự chăm sóc hay dịch vụ do chủ thuê lao động thanh toán hoặc vì những mục đích khác được luật pháp cho phép.
 - Bất kỳ người hay tổ chức nào có trách nhiệm thanh toán một phần hay toàn bộ hóa đơn cho tôi.
- Tôi đồng ý rằng Corewell Health có thể chụp hình tôi hay con tôi để lưu vào hồ sơ y tế điện tử của tôi. Tôi hiểu rằng Corewell Health sẽ sử dụng hình ảnh này để xác nhận danh tính của bệnh nhân với mục đích cải thiện trải nghiệm của tôi.
- Tôi hiểu rằng Corewell Health sẽ lưu giữ thông tin y tế của tôi hay con tôi theo cách phù hợp với luật pháp tiểu bang, luật pháp liên bang và chính sách bệnh viện. Tôi cũng hiểu rằng thông tin y tế của tôi có thể được lưu trên phương tiện điện tử và có thể được gửi đến hay nhận từ những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và/hoặc các bên thanh toán khác qua đường điện tử. Thông tin này bao gồm chẩn đoán của tôi (vấn đề sức khỏe của tôi), các phương pháp điều trị (những gì được làm để chữa trị cho tôi) và thông tin về thuốc hay toa thuốc. Thông tin này cũng bao gồm các bất kỳ chi tiết có sẵn nào về sức khỏe tâm thần, các bệnh truyền nhiễm (như HIV) và các vấn đề khác của tôi, ví dụ như rối loạn lạm dụng ma túy hay rượu bia.
- Tôi cho phép gửi thông tin y tế được bảo vệ (protected health information, hay PHI) của tôi đến tài khoản của tôi trên MyChart (công thông tin dành cho bệnh nhân). MyChart là một cổng thông tin an toàn trên mạng, nơi mà tôi có thể xem, nhận và quản lý thông tin về sức khỏe của tôi.
- Tôi hiểu rằng thông tin y tế được bảo vệ (PHI) của tôi có thể bao gồm một số thông tin rất riêng tư (ví dụ như các bệnh thể chất/tâm thần, tình trạng lạm dụng rượu bia/ma túy, bệnh truyền nhiễm qua đường tình dục (STI), bệnh HIV/AIDS, v.v.). Nếu tôi cho phép người khác truy cập tài khoản MyChart của tôi hoặc nếu tôi yêu cầu chia sẻ thông tin PHI với một bên thứ ba thì người đó sẽ có khả năng xem PHI của tôi (có thể gồm cả các thông tin rất riêng tư). Bằng việc cho phép người khác truy cập thông tin PHI của tôi, tôi đồng ý rằng họ có thể xem các thông tin rất riêng tư, kể cả về tình trạng nhiễm bệnh HIV/AIDS của tôi.
- Có một số trường hợp mà theo luật pháp, Corewell Health buộc phải báo cáo thông tin y tế lên một cơ quan như sở y tế. Thông tin báo cáo có thể bao gồm thông tin về HIV, bệnh lao và các bệnh khác.
- Nếu tôi được chuyển đến một cơ sở khác thì các nhà cung cấp dịch vụ/bác sĩ/bác sĩ nội trú của Corewell Health có thể xem hồ sơ y tế của tôi để theo dõi quá trình chăm sóc cho tôi và/hoặc sử dụng thông tin đó cho việc nghiên cứu y tế.

THÔNG BÁO VỀ QUYỀN RIÊNG TƯ:

- Tôi có một số quyền và trách nhiệm khi tôi hay con tôi nhận dịch vụ. Tôi đã có cơ hội để nhận được một bản Thông báo về Chính sách Bảo vệ Quyền riêng tư cũng như để đặt câu hỏi về nội dung của Thông báo đó.

ĐỒ VẬT CÓ GIÁ TRỊ:

- Tôi đồng ý rằng Corewell Health sẽ không chịu trách nhiệm đối với việc bảo vệ tài sản của tôi, và tôi sẽ để các đồ vật có giá trị ở nhà.

CÁC QUYỀN CỦA BỆNH NHÂN VÀ THỦ TỤC KHIẾU NẠI:

- Tôi hiểu rằng tôi có thể nêu quan ngại hay nộp khiếu nại mà không sợ bị ảnh hưởng tiêu cực hay trả thù vì hành động này. Mọi nỗ lực sẽ được thực hiện để giải quyết quan ngại của tôi một cách nhanh chóng hoặc trong một khoảng thời gian phù hợp. Nếu tôi có thắc mắc về các quyền của tôi với tư cách là bệnh nhân thì tôi có thể đặt câu hỏi. Số điện thoại gọi để đặt câu hỏi là 855.613.2262.

Tôi cũng có thể nêu các quan ngại của tôi với nhân viên đại diện Phòng phụ trách Trải nghiệm của Bệnh nhân và Gia đình (Patient and Family Experience) tại nơi chăm sóc cho tôi.

XEM TIẾP TRANG 3 →

ĐỒNG Ý CHUNG CHO VIỆC ĐIỀU TRỊ VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN (TIẾP TỤC)

Trang 3 / 4

Patient Name

DOB

MRN

Physician

CSN

CHO PHÉP LIÊN LẠC:

- Tôi đã cung cấp cho Corewell Health các số điện thoại ở nhà và/hoặc di động cũng như địa chỉ email của tôi. Tôi đồng ý nhận các cuộc gọi sử dụng thiết bị bấm số tự động và/hoặc thu âm sẵn cũng như các tin nhắn văn bản và/hoặc email từ Corewell Health và/hoặc các đại diện/bên thứ ba của Corewell Health. Các thông báo này có thể bao gồm hóa đơn tính tiền. Tôi sẽ có trách nhiệm thanh toán phí dịch vụ của (các) công ty cung cấp dịch vụ điện thoại cho tôi, nếu có. Lời cho phép này được đưa ra một cách tự nguyện. Tôi vẫn có thể được điều trị ngay cả khi tôi từ chối “cho phép liên lạc”.
- Các tin nhắn văn bản từ Corewell Health có thể bao gồm những thông tin như ngày và giờ của cuộc hẹn, tên của người cung cấp dịch vụ cho tôi, tên và địa chỉ của nơi thực hiện cuộc hẹn, những gì cần biết để chuẩn bị cho cuộc hẹn, số tiền phải trả hoặc một số ít thông tin về sức khỏe của tôi.
- Tôi cho phép Corewell Health gửi tin nhắn văn bản dưới dạng không mã hóa đến số điện thoại di động được lưu trong hồ sơ y tế của tôi tại Corewell Health. Tôi hiểu rằng:
 - Tin nhắn văn bản sẽ không được mã hóa. Các thông tin y tế được gửi trong tin nhắn văn bản không mã hóa có thể bị người khác chặn lại và mở đọc. Việc gửi tin nhắn văn bản không mã hóa có một số rủi ro khác, bao gồm việc tin nhắn bị gửi nhầm số, bị chuyển tiếp tới người khác và bị lưu trên máy chủ không an toàn. Bằng việc chọn nhận được thông tin y tế qua tin nhắn văn bản không mã hóa, tôi công nhận và chấp nhận các rủi ro này.
 - Văn bản cho phép này sẽ có hiệu lực cho đến khi tôi hủy bỏ hay rút lại lời cho phép gửi nhận tin nhắn văn bản.
 - Tôi có thể hủy bỏ hay rút lại văn bản cho phép này tại văn phòng bác sĩ của tôi hoặc bằng cách gọi số 877.308.5083, tuy nhiên việc hủy bỏ hay rút lại lời cho phép sẽ không áp dụng cho các hành động đã thực hiện từ trước khi nhận được yêu cầu hủy bỏ.

CHO PHÉP THU TIỀN THANH TOÁN VÀ LẬP HÓA ĐƠN:

- Corewell Health được phép yêu cầu thanh toán từ bất kỳ bên thứ ba nào cũng như từ chính tôi. Tôi ủy quyền cho Corewell Health hành động thay mặt tôi trong việc thu nhận tiền quyền lợi từ bất kỳ bên thứ ba nào và trong việc ký hậu các chi phiếu trả tiền cho tôi và/hoặc cho Corewell Health.
- Tôi đồng ý cho bất kỳ công ty bảo hiểm nào có trách nhiệm thanh toán dịch vụ chăm sóc và điều trị y tế cho tôi được phép trả tiền trực tiếp cho Corewell Health đối với các dịch vụ đã được cung cấp. Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm phải trả bất kỳ chi phí nào không được bảo hiểm chi trả.
- Tôi yêu cầu rằng các khoản chi trả mà Medicare chấp nhận cho tôi để thanh toán các dịch vụ được cung cấp bởi Corewell Health hoặc tại các cơ sở của Corewell Health đều được trả (thay mặt cho tôi) trực tiếp cho Corewell Health.
- Tôi đồng ý rằng nếu tài khoản của tôi không được thanh toán đúng hạn thì Corewell Health có thể thuê luật sư và/hoặc dịch vụ thu nợ để đòi số tiền còn thiếu. Tôi sẽ phải chịu trách nhiệm bồi hoàn cho Corewell Health tất cả các phí tổn, chi phí và lệ phí liên quan đến việc thu nợ các khoản đã đến hạn. Điều này bao gồm, nhưng không giới hạn ở, các khoản lãi suất hợp lý, án phí (nếu khởi kiện ra tòa án), chi phí luật sư hợp lý và/hoặc chi phí dịch vụ thu nợ hợp lý, bao gồm cả loại chi phí tính theo tỷ lệ phần trăm của khoản nợ cần thu.
- Tôi xác nhận rằng mọi thông tin tôi cung cấp để thực hiện việc thanh toán chi phí đều là đúng. Tôi hiểu rằng chính tôi có trách nhiệm phải làm thủ tục chứng nhận trước hay chấp thuận trước dịch vụ với bảo hiểm.
- Nếu tôi không muốn Corewell Health gửi hóa đơn đến công ty bảo hiểm thì tôi phải thông báo cho họ biết vào lúc nhận dịch vụ.
- Corewell Health có thể kiểm tra báo cáo tín dụng để xác định xem tôi có hội đủ điều kiện được hưởng một số khoản giảm giá dành cho bệnh nhân không có bảo hiểm (tự thanh toán chi phí) hoặc chương trình hỗ trợ tài chính hay không. Việc này sẽ không ảnh hưởng đến điểm tín dụng của tôi.
- Phụ huynh đã ly dị của một bệnh nhân chưa thành niên:
 - Hệ thống hồ sơ y tế của Corewell Health cho phép chỉ định một phụ huynh/người giám hộ hợp pháp làm người bảo lãnh (người chịu trách nhiệm thanh toán hóa đơn). Phụ huynh của bệnh nhân có trách nhiệm phải (tự họ) trao đổi với nhau về việc thanh toán bất kỳ chi phí nào không được bảo hiểm chi trả.
- Bệnh nhân ngoại trú có bảo hiểm Medicare:

TRANG SAU →

Confidentiality of this medical record shall be maintained except when use or disclosure is required or permitted by law, regulation, or written authorization by the patient.

ĐỒNG Ý CHUNG CHO VIỆC ĐIỀU TRỊ VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN

Trang 4 / 4

- Tôi biết rằng theo quy định của Medicare, tôi phải chịu trách nhiệm đối với các loại thuốc tự dùng được cung cấp cho tôi trong quá trình điều trị ngoại trú. Thuốc tự dùng thường là loại thuốc mà tôi tự dùng lấy, không cần sự giúp đỡ của một chuyên viên y tế; tuy nhiên loại thuốc này cũng có thể được nhân viên của Nhà cung cấp dịch vụ cho dùng trong một bối cảnh điều trị ngoại trú như là Phòng cấp cứu hoặc phòng theo dõi. Theo quy định của Medicare, bệnh viện phải gửi hóa đơn cho loại thuốc này đến cho bệnh nhân tham gia Medicare hoặc cho một bên thứ ba có trách nhiệm chi trả. Những người có bảo hiểm Medicare Part D có thể yêu cầu Medicare Part D bồi hoàn chi phí của loại thuốc này, nếu phù hợp với tài liệu ghi danh chương trình bảo hiểm thuốc Medicare của họ.

CHUYỂN NHƯỢNG:

- Tôi chuyển nhượng cho Corewell Health:
 - Tất cả các quyền lợi, quyền yêu cầu bồi thường cũng như bất kỳ và tất cả các quyền khác, bao gồm quyền gửi hóa đơn tới và trao đổi với bất kỳ bên thứ ba nào vì mục đích yêu cầu thanh toán liên quan đến các chi phí của tôi tại Corewell Health.
 - Quyền nộp đơn kiện hoặc can thiệp vào bất kỳ vụ kiện hay thủ tục pháp lý nào liên quan đến các chi phí của tôi tại Corewell Health.
 - Quyền thực hiện bất kỳ hành động nào khác nhằm thu tiền thanh toán cho các chi phí của tôi tại Corewell Health.
- Việc chuyển nhượng này bao gồm, nhưng không giới hạn ở, việc nhượng quyền kháng cáo nếu bị bất kỳ bên thanh toán nào từ chối trả các chi phí của tôi tại Corewell Health, bao gồm bất kỳ chương trình quyền lợi hay hợp đồng bảo hiểm nào do một chủ thuê lao động tài trợ hoặc chương trình bảo hiểm khác được cung cấp theo luật pháp hay hợp đồng.
- Tôi cũng đồng ý từ bỏ và chuyển nhượng cho Corewell Health bất kỳ và tất cả các quyền của tôi trong việc thu xếp, chuyển giao hoặc thu giữ tiền thanh toán các chi phí của tôi tại Corewell Health, hoặc quyền thực hiện bất kỳ việc nào khác có thể gây khó khăn cho việc yêu cầu thanh toán hay hoàn trả các chi phí của tôi tại Corewell Health.
- Tôi cũng chỉ định và ủy quyền cho Corewell Health đại diện cho tôi trong các thủ tục yêu cầu thanh toán chi phí của tôi tại Corewell Health. Tôi cho phép Corewell Health hành động thay mặt cho tôi trong các thủ tục yêu cầu quyền lợi, gồm cả quyền lợi chiếu theo Luật Bảo đảm Thu nhập Hưu trí của Nhân viên năm 1974, và kháng cáo lại nếu có quyết định từ chối chi trả quyền lợi. Tôi đồng ý hợp tác với Corewell Health trong các nỗ lực yêu cầu tất cả các quyền lợi bảo hiểm sẵn có và đồng ý trả tất cả các khoản đồng bảo hiểm, đồng trả và khoản khấu trừ được yêu cầu theo bất kỳ chương trình bảo hiểm nào.
- Tôi ủy quyền và yêu cầu Corewell Health sử dụng bất kỳ khoản thu nào để thanh toán các chi phí của tôi tại Corewell Health.

BẢN DỊCH:

- Tôi hiểu rằng tôi có thể yêu cầu nhận được bản dịch sang ngôn ngữ khác của văn bản này. Một bản sao văn bản này và các bản dịch được đăng sẵn tại trang web <https://corewellhealth.org/generalconsent>.

CHỮ KÝ CỦA (CÁC) BỆNH NHÂN:

Tôi đã đọc và hiểu rõ mẫu này. Tất cả các câu hỏi của tôi đều đã được trả lời đầy đủ.

GIỜ _____ Sáng Chiều NGÀY _____ Chữ ký của bệnh nhân _____

- Bệnh nhân chưa đủ 18 tuổi hoặc không có khả năng đồng ý vì lý do khác, cụ thể là _____

GIỜ _____ Sáng Chiều NGÀY _____
Chữ ký của phụ huynh/người giám hộ hợp pháp _____

Viết tên bằng chữ in _____

STAFF SIGNATURE(S):

Witness signature _____

Second witness needed for Verbal Consent: _____

Witness signature _____

DỊCH VỤ THÔNG DỊCH:

Tôi xác nhận rằng trong buổi thảo luận về việc đồng ý một cách có hiểu biết này, tôi đã làm hết khả năng của mình để thông dịch chính xác tất cả những gì mà các bên có mặt đã nói sang/từ tiếng _____, là ngôn ngữ mà người tham gia xác nhận là tiếng mẹ đẻ.

GIỜ _____ Sáng Chiều NGÀY _____ Chữ ký của thông dịch viên _____

Tên thông dịch viên (viết chữ in) _____