AdvocateAuroraHealth

Vietnamese

Patient Label Box

Tiết Lộ và Chấp Thuận Về Hình Thức Trao Đổi Thông Tin

Advocate Aurora Health (AAH) yêu cầu mỗi tài khoản dịch vụ y tế phải được kết nối với một Người bảo lãnh. Người bảo lãnh có thể là hoặc không phải là bệnh nhân đang tiếp nhận dịch vụ mà là người chịu trách nhiệm tài chính trong việc thanh toán bất kì chi phí/số dư nào cho các dịch vụ được cung cấp.

AAH trao đổi thông tin với cộng đồng bệnh nhân theo nhiều hình thức khác nhau, sử dụng thông tin mà Người bảo lãnh cung cấp, bao gồm điện thoại bàn, điện thoại di động, tin nhắn văn bản, thư điện tử (email), tin nhắc fax và thư tín Hoa Kỳ.

Bằng cách ký tên ở bên dưới, quý vị

1. Chấp thuận và đồng ý nhận các cuộc gọi, tin nhắn văn bản và các hình thức trao đổi thông tin khác, bao gồm các cuộc gọi tự động và các tin nhắn được ghi âm sẵn từ AAH, các chi nhánh, các đại diện được ủy quyền, các nhân viên hợp đồng độc lập và các đại diện thu hồi nợ. Những hình thức trao đổi thông tin này có thể liên quan đến các dịch vụ được tiếp nhận tại AAH và các nghĩa vụ tài chính của quý vị liên quan đến những dịch vụ này. Tôi hiểu bản chấp thuận này được áp dụng cho mọi tài khoản dịch vụ y tế hiện tại và trong tương lai mà tôi là Người bảo lãnh.

2. Xin hiểu rằng quý vị có thể bị nhà cung cấp dịch vụ viễn thông không dây tính phí cho các cuộc gọi, tin nhắn hoặc các hình thức trao đổi thông tin khác đã nêu.

3. Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm thông báo cho AAH nếu tôi lựa chọn rút lại bản chấp thuận này. Tôi có thể rút lại bản chấp thuận này vào bất kỳ tời điểm nào bằng cách liên lạc với bất kỳ cơ sở nào của AAH.

Vui lòng xem Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư để hiểu chúng tôi có thể tiết lộ thông tin này trong những trường hợp nào.

Tôi đã đọc, hiểu rõ và đồng ý với những điều sau đây:

Ngày: _____ Thời gian: _____ Chữ ký: _____
(Date) *(Time)* *(Signature)*

Tên của Người Bảo Lãnh *(viết hoa)*: _____
(Guarantor Name (please print))

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

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