



Quyết Định Chấp Thuận Chăm Sóc Sức Khỏe

1. **Chấp Thuận Điều Trị:** Tôi, thay mặt cho chính mình (cho bệnh nhân được nêu tên bên dưới) và, nếu có, cho bất kỳ trẻ sơ sinh nào do tôi sinh ra, theo đây chấp thuận các quy trình chẩn đoán và điều trị y tế cần thiết và phù hợp với tình trạng hoặc bệnh tật của tôi. Điều này có thể bao gồm xét nghiệm vi-rút gây suy giảm miễn dịch ở người (human immunodeficiency virus, HIV), trừ khi tôi chủ động từ chối việc xét nghiệm HIV bằng cách thông báo cho bác sĩ điều trị rằng tôi không đồng ý làm xét nghiệm đó. Các quy trình chẩn đoán và điều trị y tế sẽ do (các) bác sĩ hoặc các chuyên viên y tế thích hợp xác định, dựa trên nhu cầu thực tế tại thời điểm điều trị và sẽ được thực hiện tại Bệnh Viện hoặc thông qua các dịch vụ khám chữa bệnh từ xa. Tôi hiểu rằng các chuyên viên chăm sóc sức khỏe đang trong thời gian đào tạo có thể tham gia vào quá trình điều trị của tôi, dưới sự giám sát của nhân viên có chuyên môn phù hợp.

Tôi cũng hiểu rằng, đặc biệt trong các tình huống khẩn cấp, việc điều trị có thể được bắt đầu trước khi tôi có thể xem xét và ký vào biểu mẫu này. Tôi xác nhận đã hiểu rõ tất cả các điều khoản trong biểu mẫu này, bao gồm nhưng không giới hạn ở đoạn 15 về Dịch Vụ Của Bác Sĩ/Chuyên Viên Y Tế Độc Lập, và các điều khoản này sẽ có hiệu lực trong toàn bộ thời gian điều trị và chăm sóc của bệnh nhân tại Bệnh Viện. Bằng việc ký tên dưới đây, tôi đồng ý chấp nhận các điều khoản được nêu trong biểu mẫu này, bao gồm nhưng không giới hạn ở đoạn 15, với hiệu lực hồi tố – tức là áp dụng cho cả thời gian trước khi tôi xem xét và ký vào biểu mẫu này – ngay cả khi trước đó tôi có giả định hoặc hiểu biết khác về tình trạng việc làm của bất kỳ chuyên viên y tế nào.

2. **Phối Hợp Chăm Sóc:** Tôi hiểu rằng Advocate Health Care và Aurora Health Care hiện đã tham gia Advocate Health – một hệ thống chăm sóc sức khỏe tích hợp về mặt lâm sàng, bao gồm nhiều bệnh viện, nhóm y tế và các đơn vị cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe độc lập về mặt pháp lý, cùng hợp tác để đảm bảo phối hợp hiệu quả trong việc chăm sóc bệnh nhân. Tôi hiểu rằng Advocate Health sẽ lưu trữ thông tin sức khỏe bệnh nhân của tôi dưới dạng Hồ Sơ Y Tế Điện Tử và 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 và chẩn đoán khác (bao gồm thông tin liên quan đến HIV, thông tin di truyền và hồ sơ sức khỏe tâm thần) – sẽ có thể được xem bởi các cá nhân là thành viên trong nhóm chăm sóc đa chuyên khoa của tôi trên toàn hệ thống Advocate Health.
3. **Chụp Ảnh/Ghi Hình:** Tôi hiểu rằng các nhà cung cấp dịch vụ y tế của mình có thể chụp ảnh, quay video và/hoặc ghi âm để ghi nhận tình trạng bệnh lý, hỗ trợ chẩn đoán và/hoặc điều trị bệnh và/hoặc lập kế hoạch phẫu thuật chi tiết. Tôi hiểu rằng các nhà cung cấp dịch vụ y tế của mình hoặc Bệnh Viện sẽ giữ quyền sở hữu đối với những 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 thông tin nhận dạng bệnh nhân.
4. **Quyền Lựa Chọn Dịch Vụ Chăm Sóc Tại Nhà:** Tôi hiểu rằng tôi được quyền tự do lựa chọn và chỉ định nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc tại nhà nếu tôi cần đến dịch vụ đó. Bệnh Viện thường sẽ sử dụng dịch vụ Advocate at Home để đảm bảo tính liên tục trong hoạt động chăm sóc, trừ khi có chỉ định từ công ty bảo hiểm của tôi hoặc tôi chọn một nhà cung cấp khác. Tôi sẽ nhận được danh sách các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc tại nhà khi Nhập Viện/Đăng Ký. Nếu có yêu cầu, một nhân viên phụ trách thủ tục xuất viện có thể cung cấp một bản sao khác của danh sách này. Nếu tôi muốn chọn một nhà cung cấp khác, nguyện vọng của tôi sẽ luôn được tôn trọng.
5. **Đơn Thuốc Kê Ngoài:** Tôi cho phép truy cập vào lịch sử đơn thuốc kê ngoài của mình từ để hỗ trợ cho dịch vụ chăm sóc. Thông tin này sẽ chỉ được cung cấp nếu đơn thuốc được mua thông qua nhà thuốc có tham gia liên kết. Do đó, tôi vẫn có trách nhiệm cung cấp thông tin chính xác về lịch sử dùng thuốc của mình.
6. **Lựa Chọn Ngôn Ngữ:** Tôi đã được cung cấp thông tin về các dịch vụ biên dịch và thông dịch. Tôi hiểu rằng các dịch vụ này được cung cấp miễn phí và tôi có thể yêu cầu bất kỳ lúc nào trong thời gian nhập viện.



7. **Cung Cấp Thông Tin Y Tế Cho Mục Đích Thanh Toán:** Theo đây, tôi đồng ý cho phép tiết lộ mọi thông tin liên quan có 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 các bên thứ ba chịu trách nhiệm thanh toán chi phí khám chữa bệnh của bệnh nhân, bao gồm nhưng không giới hạn ở các công ty bảo hiểm, chương trình phúc lợi y tế, chủ sử dụng lao động tham gia phê duyệt các yêu cầu về thanh toán quyền lợi, các cơ quan chính phủ hoặc các bên trung gian đại diện cho bất kỳ bên nào nêu trên.
8. **Liên Lạc Bằng Phương Thức Điện Tử:** Tôi cho phép Advocate Health và các đại diện của Advocate Health (bao gồm cả các đại lý bên thứ ba) liên hệ với tôi qua điện thoại bằng cách sử dụng tin nhắn ghi âm sẵn và/hoặc hệ thống quay số tự động qua bất kỳ số điện thoại nào liên quan đến tôi hoặc người đại diện của tôi để trao đổi về bất kỳ vấn đề nào liên quan đến việc điều trị, thanh toán, tài khoản, hoạt động nghiên cứu hoặc để tư vấn cho tôi về các sản phẩm hoặc dịch vụ có thể phù hợp với tôi. Tôi chỉ có thể từ chối nhận thêm cuộc gọi hoặc tin nhắn bằng cách làm theo đúng hướng dẫn do Advocate Health cung cấp. Tôi hiểu rằng tôi không bắt buộc phải đồng ý nhận cuộc gọi và tin nhắn để được điều trị hoặc sử dụng các dịch vụ khác của Advocate Health. Bằng việc cung cấp địa chỉ email và số điện thoại di động, tôi đồng ý để Advocate Health (bao gồm cả các nhà thầu độc lập của Advocate Health) gửi cho tôi thông tin, lời nhắc và tin nhắn qua các phương thức liên lạc đó để phục vụ cho các mục đích đã nêu ở trên.
9. **Chuyển Nhượng Quyền Lợi:** Căn cứ vào 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 các khoản quyền lợi từ bảo hiểm, chương trình bảo hiểm y tế hoặc tổ chức thanh toán bên thứ ba, hoặc các khoản phải trả khác dành cho tôi hoặc được thanh toán thay mặt tôi cho lần nhập viện này, dịch vụ tại phòng cấp cứu hoặc dịch vụ ngoại trú.
10. **Thanh Toán và Chuyển Nhượng Quyền Lợi Medicare (nếu áp dụng):** Tôi yêu cầu thanh toán các quyền lợi Medicare được phê duyệt dưới danh nghĩa của tôi cho các dịch vụ của Bệnh Viện và bác sĩ điều trị cho tôi tại Bệnh Viện, và tôi chuyển nhượng các quyền lợi đó cho Bệnh Viện và các bác sĩ điều trị. 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 bằng 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 các Trung Tâm Dịch Vụ Medicare và Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services) và các đại diện của CMS để tiến hành thanh toán các quyền lợi đó. 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.
11. **Đồ Dùng Cá Nhân:** Tôi hoàn toàn chịu 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 các đồ vật có giá trị khác. Tôi hiểu rằng các đồ vật có giá trị có thể được gửi vào két an toàn của Bệnh Viện khi tôi có yêu cầu và tôi, theo đây, miễn trừ cho Bệnh Viện trách nhiệm và mọi trách nhiệm pháp lý đối với bất kỳ tổn thất hoặc hư hại nào xảy ra đối với tài sản cá nhân hoặc vật có giá trị không được lưu giữ trong két an toàn của Bệnh Viện.
12. **Hỗ Trợ Tài Chính:** Căn cứ vào các dịch vụ sẽ được cung cấp tại Bệnh Viện, với tư cách là 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, khoản đồng chi trả hoặc các chi phí không được các tổ chức thanh toán bên thứ ba chi trả. **Tôi hiểu rằng hóa đơn của Bệnh Viện không bao gồm các dịch vụ do bác sĩ/chuyên viên y tế độc lập cung cấp và bệnh nhân sẽ nhận được các hóa đơn riêng từ các nhà cung cấp dịch vụ y tế đó.** Tôi hiểu rằng một số bác sĩ có thể không tham gia chương trình bảo hiểm y tế hoặc chương trình thanh toán chi trả cho dịch vụ chăm sóc của tôi và do đó, tôi có thể sẽ phải chi trả các chi phí bổ sung. Bệnh nhân đồng ý chịu trách nhiệm đối với mọi chi phí, bao gồm phí luật sư, phát sinh trong quá trình thu hồi các khoản phí này. Tôi hiểu rằng nếu tôi không đồng ý cung cấp hồ sơ hoặc rút lại quyết định chấp thuận sau đó, thì bệnh nhân phải hoàn toàn chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí liên quan đến hoạt động chẩn đoán và điều trị đã nhận. Tôi xác nhận rằng, theo hiểu biết của tôi, những thông tin tôi cung cấp phục vụ cho mục đích thanh toán chi phí điều trị tại Bệnh Viện là đầy đủ và chính xác. Tôi hiểu rằng nếu bệnh nhân gặp khó khăn trong việc thực hiện trách nhiệm thanh toán với Bệnh Viện thì Bệnh Viện sẽ cung cấp thông tin về hỗ trợ tài



chính, bao gồm các kế hoạch thanh toán hợp lý và hỗ trợ tài chính khác theo yêu cầu như một phần trong dịch vụ tư vấn tài chính của Bệnh Viện. Tôi hiểu rằng mọi thắc mắc liên quan đến phạm vi bảo hiểm hoặc mức quyền lợi cần được giải đáp thông qua chương trình chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân và giấy chứng nhận bảo hiểm của bệnh nhân. Ngoài ra, tôi đã được cung cấp một bản tóm tắt dễ hiểu về chính sách hỗ trợ tài chính, trong đó mô tả rõ chính sách hỗ trợ tài chính và cách thức nộp đơn xin hỗ trợ.

13. **Ủy Quyền và Cung Cấp Thông Tin Cho Mục Đích Bảo Hiểm:** Tôi ủy quyền cho Advocate Health và các nhân viên tư vấn tài chính hoặc hỗ trợ bảo hiểm của Advocate Health (“Người Đại Diện”) làm đại diện và người thay mặt cho tôi và cho bệnh nhân, nhằm mục đích thực hiện, theo quyết định của họ, bất kỳ hoặc tất cả các quyền và trách nhiệm mà tôi hoặc bệnh nhân có thể có hoặc có được sau này liên quan đến việc theo đuổi, khiếu nại, tiếp nhận, đăng ký, hủy đăng ký, yêu cầu tiếp tục, hoặc kháng nghị các quyền lợi hoặc chương trình bảo hiểm y tế được tài trợ bởi các quỹ của địa phương, tiểu bang, hoặc liên bang, bao gồm các chương trình theo Đạo Luật An Sinh Xã Hội (Social Security Act) nhưng không giới hạn ở Medicaid và các chương trình miễn trừ của Medicaid (“Hỗ trợ”). Người Đại Diện cũng được ủy quyền truy cập, kiểm tra và sẽ nhận bản sao của bất kỳ hồ sơ, thông tin hoặc thông báo nào mà tôi hoặc bệnh nhân có quyền tiếp cận, bao gồm nhưng không giới hạn ở thông tin tài chính, thuế, việc làm, bảo hiểm, y tế và những thông tin khác có liên quan đến Hỗ Trợ, cũng như các thông báo từ chối, chấp thuận, yêu cầu cung cấp thêm thông tin, các quyết định bất lợi về quyền lợi và thông báo giải quyết. Tôi ủy quyền cho Người Đại Diện, theo quyết định và bằng chi phí của họ, được thuê luật sư đại diện pháp lý và luật sư này sẽ có đầy đủ thẩm quyền như Người Đại Diện. Nếu Người Đại Diện đã thực hiện các hành động phù hợp với giấy ủy quyền này, tôi xác nhận đã xem xét và chấp thuận các hành động đó. Việc chỉ định và ủy quyền này cho mục đích bảo hiểm sẽ có hiệu lực cho đến khi tôi hoặc bệnh nhân thu hồi bằng văn bản và gửi cho Người Đại Diện và sẽ không bị ảnh hưởng bởi việc tôi hoặc bệnh nhân qua đời hoặc mất năng lực.
14. **Nghĩa Vụ Thanh Toán và Bảo Lãnh:** Tôi đồng ý thanh toán mọi chi phí của Advocate Health cho các dịch vụ mà bệnh nhân đã nhận. Nghĩa vụ hợp đồng và bảo lãnh này yêu cầu thanh toán đầy đủ cho tất cả các dịch vụ được cung cấp, bao gồm nhưng không giới hạn ở tất cả các khoản chi phí mà bệnh nhân phải chịu theo các điều khoản và biểu phí hiện hành của Advocate Health được quy định trong tài liệu “bảng giá chuẩn” có hiệu lực tại thời điểm điều trị mà Advocate Health bắt buộc phải duy trì theo Điều Luật Tiêu Đề 42, mục 300gg-18(e) của Bộ luật Hoa Kỳ. Để làm rõ, nghĩa vụ hợp đồng và bảo lãnh này bao gồm cả việc thanh toán mọi khoản chi phí không được bảo hiểm chi trả, bất kể lý do từ chối bảo hiểm. Nếu tôi không thanh toán các khoản phí này và Advocate Health, hoặc bất kỳ cá nhân hoặc tổ chức nào khác mà tôi nợ tiền, thuê luật sư để thu hồi các khoản phí chưa thanh toán, thì tôi đồng ý thanh toán chi phí luật sư hợp lý ngoài các khoản phí chưa thanh toán đó. Tôi đồng ý và cho phép Advocate Health và các bác sĩ/chuyên viên y tế không thuộc biên chế liên hệ với các nguồn dữ liệu bên ngoài theo lựa chọn của họ, bao gồm các cơ quan báo cáo tín dụng, để đánh giá năng lực tín dụng của tôi, khả năng đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính và khả năng thu hồi các khoản phải thu từ tôi, dù hiện tại hay trong các lần thăm khám sau này. Tôi hiểu và đồng ý rằng Advocate Health có thể chuyển nhượng các khoản nợ khi cần thiết, bao gồm các công ty thu nợ và luật sư, để phục vụ mục đích thu hồi bất kỳ khoản tiền nào còn nợ.
15. **Thông Báo Pháp Lý về Dịch Vụ Của Bác Sĩ/Chuyên Viên Y Tế Độc Lập:** Tôi xác nhận và hoàn toàn hiểu rõ rằng: Các bác sĩ và chuyên viên y tế khác (hay gọi chung là “chuyên viên y tế”) cung cấp dịch vụ cho tôi tại Bệnh Viện này **KHÔNG PHẢI LÀ NHÂN VIÊN HOẶC ĐẠI DIỆN CỦA BỆNH VIỆN HOẶC ADVOCATE HEALTH, MÀ LÀ NHÀ THẦU ĐỘC LẬP HOẶC CHUYÊN VIÊN Y TẾ ĐỘC LẬP**. Các nhà thầu/chuyên viên y tế độc lập này bao gồm nhưng không giới hạn ở bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác như trợ lý của bác sĩ, y tá gây mê có chứng chỉ, y tá thực hành và y tá. Chỉ những Bác sĩ/Chuyên viên Y tế tự giới thiệu và xác nhận rõ ràng rằng họ là nhân viên của bệnh viện mới được coi là nhân viên hoặc đại diện của Bệnh Viện. Các bác sĩ/chuyên viên y tế độc lập phải đeo thẻ ID an ninh có ghi Advocate Health và/hoặc tên của bệnh viện/cơ sở thuộc Advocate nơi họ làm việc. Các thẻ ID này không dùng để xác định tình trạng việc làm của bất kỳ bác sĩ/chuyên viên y tế nào mà chỉ được dùng cho mục đích an ninh. Tôi hiểu rằng tôi nên hỏi trực tiếp bác sĩ/chuyên viên y tế của mình nếu có bất kỳ thắc mắc nào liên quan đến tình trạng việc làm của họ.





Patient Name: _____

MRN: _____

Date of Birth: _____

or Affix Label

Các bác sĩ/chuyên viên y tế không thuộc biên chế được phép sử dụng cơ sở vật chất của Bệnh Viện để cung cấp dịch vụ chăm sóc và điều trị y tế cho bệnh nhân của họ. **Bác sĩ/chuyên viên y tế không thuộc biên chế bao gồm, nhưng không giới hạn ở, bác sĩ chăm sóc chính của tôi, bác sĩ điều trị chính, trợ lý của bác sĩ, y tá gây mê có chứng chỉ, y tá thực hành, y tá và những người hành nghề trong các chuyên khoa như cấp cứu, chấn thương, tim mạch, sản khoa, phẫu thuật, X-quang, gây mê, giải phẫu bệnh và các chuyên khoa khác không được liệt kê ở đây.** Bệnh Viện và Advocate Health không kiểm soát các quyết định y khoa được đưa ra bởi các bác sĩ/chuyên viên y tế độc lập này. Các bác sĩ/chuyên viên y tế độc lập này đưa ra quyết định chuyên môn dựa trên phán đoán y khoa độc lập của chính họ khi điều trị hoặc cung cấp dịch vụ chuyên môn cho tôi, và họ hoàn toàn chịu trách nhiệm pháp lý về việc chăm sóc và điều trị do chính họ thực hiện. Bệnh Viện và Advocate Health không chịu trách nhiệm pháp lý đối với việc chăm sóc và điều trị do các bác sĩ/chuyên viên y tế độc lập này cung cấp. Tôi sẽ tiếp nhận và hoàn toàn chịu trách nhiệm thanh toán các hóa đơn riêng từ từng bác sĩ/chuyên viên y tế độc lập này cho việc chăm sóc và điều trị mà họ thực hiện.

Quyết định của tôi khi tìm đến dịch vụ y tế tại Bệnh Viện hoặc Advocate Health KHÔNG dựa trên bất kỳ sự hiểu biết, tuyên bố, quảng cáo, chiến dịch truyền thông, suy luận, giả định hoặc sự tin tưởng nào rằng các bác sĩ/chuyên viên y tế cung cấp dịch vụ chăm sóc và điều trị cho tôi là nhân viên hoặc đại diện của Bệnh Viện hoặc Advocate Health, vì như đã nêu ở trên, họ không phải là nhân viên/đại diện trừ khi họ nói rõ và xác nhận điều đó với tôi.

Chữ Ký Tắt của Bệnh Nhân/Người Đại Diện (*Patient/Representative Initials*): _____

16. Thông Báo về Quy Định Quyền Riêng Tư và Quyền Của Bệnh Nhân: Tôi xác nhận rằng Bệnh Viện đã cung cấp cho tôi bản sao của Thông Báo về Quy Định Quyền Riêng Tư và Quyền Của Bệnh Nhân. Tôi hiểu rằng các Thông Báo này mô tả các quy định về quyền riêng tư của Bệnh Viện liên quan đến việc sử dụng và/hoặc tiết lộ thông tin y tế, chính sách thanh toán của Bệnh Viện đối với các khoản phí dịch vụ, việc thu phí, chương trình chăm sóc từ thiện và hỗ trợ thanh toán cùng các quyền khác của bệnh nhân. Tôi có thể đã không chọn giữ lại các tài liệu này.

Bằng chữ ký bên dưới, tôi xác nhận rằng tôi đã hiểu và thừa nhận việc Bệnh Viện sử dụng các nhà thầu độc lập hoặc chuyên viên y tế độc lập để cung cấp nhiều loại dịch vụ như đã mô tả ở trên. Tôi cũng xác nhận rằng tôi đã đọc biểu mẫu chấp thuận này, bao gồm các nội dung cụ thể liên quan đến dịch vụ của bác sĩ/chuyên viên y tế độc lập, đã có cơ hội đưa ra thắc mắc và mọi thắc mắc của tôi đã được giải đáp thỏa đáng. Tôi cũng thừa nhận rằng chữ ký của tôi trên nền tảng điện tử có thể trông khác với chữ ký thực tế của tôi, nhưng tôi xác nhận chữ ký đó vẫn hợp lệ, có giá trị ràng buộc và có hiệu lực pháp lý.

Ngày (Date)	Thời gian (Time)	Chữ Ký của Bệnh Nhân (Signature of Patient)
Ngày (Date)	Thời gian (Time)	Chữ ký của Đại Diện Hợp Pháp (Signature of Legally Authorized Agent)
		Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân (Relationship to Patient)

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

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

