

# Biểu mẫu Xác nhận và Đồng ý của Bệnh nhân

## Tiết lộ Thông tin Y tế:

Tôi cho phép đội ngũ chăm sóc sức khỏe để lại thông tin y tế như các kết quả xét nghiệm, thông tin thuốc điều trị và/hoặc các câu trả lời câu hỏi trên hệ thống trả lời của tôi.

## Đồng ý về phương thức giao tiếp:

Tôi đồng ý nhận tất cả hình thức giao tiếp từ đội ngũ chăm sóc sức khỏe của tôi. CHC có thể gọi điện, gửi tin nhắn, gửi email hoặc thư về những thông tin quan trọng cho tôi như nhắc nhở cuộc hẹn, kết quả xét nghiệm, tùy chọn điều trị, các dịch vụ hoặc sự kiện giáo dục về sức khỏe. Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối bất kỳ lúc nào.

## Đồng ý về kế hoạch chăm sóc:

Tôi đồng ý với kế hoạch chăm sóc được đội ngũ chăm sóc sức khỏe đề xuất. Tôi hiểu rằng tôi hoặc đại diện được ủy quyền của tôi có quyền chấp nhận hoặc từ chối kế hoạch này. Tôi sẽ đặt câu hỏi khi cần và nêu rõ các mong muốn của mình.

## Thông báo về việc tiết lộ khoản chi trả:

Tôi hiểu rằng trung tâm CHC (Community Health Care) sẽ tiết lộ mọi chẩn đoán và thông tin cần thiết nhằm bảo đảm khoản chi trả từ các công ty bảo hiểm và các cơ quan chi trả thuộc bên thứ ba có trách nhiệm pháp lý. Tôi hiểu rằng trừ khi tôi hạn chế rõ ràng bằng văn bản, điều này sẽ mở rộng đến tất cả các khía cạnh của việc điều trị bao gồm xét nghiệm và/hoặc điều trị HIV/Aids, các bệnh lây truyền qua đường tình dục, lạm dụng chất gây nghiện hoặc tình trạng sức khỏe tâm thần.

## Thỏa thuận Tài chính:

Tôi hiểu các khoản đồng chi trả đến hạn vào thời điểm dịch vụ. Tôi chuyển giao khoản chi trả từ bảo hiểm của mình trực tiếp đến trung tâm CHC.

Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm chi trả cho trung tâm CHC các khoản phí không được bảo hiểm chi trả và các khoản phí đó sẽ phải được trả trong vòng 30 ngày kể từ ngày lập hóa đơn. Tôi hiểu rằng ngoài hóa đơn từ nhà cung cấp của mình, tôi cũng có thể nhận được các hóa đơn riêng biệt từ phòng xét nghiệm, X-quang và các dịch vụ chuyên biệt khác.

## Nhận thông báo về các Quy tắc về Thông tin Y tế:

Tôi đã được cung cấp bản sao của Quy tắc Quyền riêng tư của trung tâm CHC thông báo cho tôi về quyền của mình liên quan đến việc bảo vệ thông tin sức khỏe của mình. Tôi cũng đã được cung cấp bản sao của Chính sách Vắng mặt thông báo cho tôi về sự quan trọng của việc đi khám theo lịch hẹn và hậu quả của việc không hủy hẹn khi tôi không thể có mặt.

## Quyền và Nghĩa vụ của Bệnh nhân:

Tôi đã được cung cấp hoặc nhận một bản sao về các Quyền và Nghĩa Vụ của Bệnh Nhân CHC cung cấp cho tôi thông tin về việc trở thành một bệnh nhân tại trung tâm CHC.

## Chăm sóc Sức khỏe Từ xa

Tôi hiểu rằng các buổi chăm sóc sức khỏe từ xa có thể mất phí và trung tâm CHC sẽ tuân thủ tất cả các luật về quyền riêng tư của bệnh nhân. Tôi sẽ được thông báo nếu cần gặp trực tiếp. Tôi hiểu rằng nếu bị mất kết nối và do đó tôi có thể gặp vấn đề về quyền riêng tư, đội ngũ chăm sóc của tôi sẽ gọi lại cho tôi theo số điện thoại mà tôi đã cung cấp.

## Biểu mẫu Xác nhận và Đồng ý của Bệnh nhân

Bằng việc ký tên dưới đây, quý vị đồng ý với tất cả thông tin ở trên.

Chữ ký: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Chữ ký của phụ huynh/người giám hộ: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_  
(nếu bệnh nhân là trẻ nhỏ)