

**QUAN TRỌNG: KHÔNG ĐƯỢC KÝ TÊN VÀO GIẤY NÀY NẾU KHÔNG ĐỌC VÀ HIỂU NỘI DUNG.**

**1. Đồng Ý với Điều Trị/Dịch Vụ Y Tế và Các Thủ Thuật Phẫu Thuật**

Theo đây tôi cho phép Nhà Cung Cấp, (các) nhà cung cấp điều trị cho tôi, và bất kỳ ai mà họ có thể chọn làm trợ lý cho họ, cung cấp sự điều trị y tế hợp lý và cần thiết cho tôi, bao gồm, nhưng không giới hạn, chăm sóc cấp cứu, cho dùng các thuốc được duyệt, chăm sóc điều dưỡng, và các dịch vụ y học phòng xạ và bệnh lý. Tôi hiểu rằng bác sĩ hoặc bác sĩ phẫu thuật của tôi có trách nhiệm xin sự đồng ý của tôi, khi cần, đối với sự điều trị y tế hoặc phẫu thuật, các thủ thuật chẩn đoán hoặc trị liệu đặc biệt, hoặc các dịch vụ bệnh viện được cung cấp theo sự hướng dẫn chung hoặc đặc biệt của bác sĩ. Tôi hiểu rằng trong nhiều trường hợp, các bác sĩ và bác sĩ phẫu thuật cung cấp dịch vụ cho tôi là các nhà thầu độc lập và không phải là nhân viên hay đại diện của Nhà Cung Cấp. Nếu tôi mất năng lực và không thể đồng ý và cho phép như thảo luận bên trên, sự đồng ý và cho phép đó có thể được cung cấp bởi bất kỳ ai được ủy quyền đồng ý với sự điều trị phẫu thuật hoặc y tế thay mặt tôi tuân theo quy định La. R. S. 40:1299.53.

**2. Mẫu xét nghiệm**

Tôi cho phép và đồng ý với việc bảo quản, kiểm tra, xét nghiệm, lưu giữ, sử dụng, bao gồm, nhưng không giới hạn, sử dụng cho mục đích khoa học, chẩn đoán, trị liệu hoặc giáo dục, hoặc tiêu hủy, bởi Nhà Cung Cấp, theo toàn quyền quyết định của họ, đối với bất kỳ mẫu xét nghiệm, mô, vật chất, hay chất nào có thể được lấy ra trong quá trình tiến hành một thủ thuật chẩn đoán, can thiệp trị liệu hoặc điều trị y tế.

**3. Chụp ảnh**

Tôi đồng ý cho phép chụp ảnh, quay video, chụp ảnh kỹ thuật số hoặc hình ảnh khác có thể được ghi lại để ghi nhận sự chăm sóc cho tôi. Tôi hiểu rằng những hình ảnh này có thể được sử dụng cho mục đích điều trị, hoạt động chăm sóc sức khỏe, khoa học, giáo dục, nghiên cứu, nhận dạng bệnh nhân, hoặc an ninh. Tôi hiểu rằng những hình ảnh này sẽ được lưu trữ theo cách bảo mật và sẽ chỉ được sử dụng vì các lý do không phải các lý do được mô tả bên trên sau khi có sự cho phép bằng văn bản của tôi, hoặc khi được luật pháp cho phép khác.

**4. Chẩn đoán và điều trị từ xa**

Tôi đồng ý với việc một số hoặc tất cả các dịch vụ y tế của tôi được cung cấp qua video hoặc công nghệ viễn thông tương tác khác khi pháp luật cho phép. Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối nhận các dịch vụ y tế qua công nghệ chẩn đoán và điều trị từ xa hoặc rút khỏi sự chăm sóc như thế vào bất kỳ lúc nào.

**5. Giáo dục**

Tôi đã được thông tin và hiểu rằng Nhà Cung Cấp là một tổ chức giáo dục và các thủ thuật được thực hiện có thể cần có sự quan sát, hợp tác và dịch vụ của nhiều nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Tôi cho phép và hiểu rằng sự chăm sóc của tôi có thể được cung cấp bởi y tá sinh viên, kỹ thuật viên, nhà trị liệu, thực tập sinh, bác sĩ nội trú, sinh viên và các nhà cung cấp và người quan sát khác, được giám sát bởi ban giảng viên và/hoặc nhân sự có năng lực, tuân theo các chính sách của Nhà Cung Cấp. Tôi cũng đồng ý cho phép có sự hiện diện của (các) đại diện của hãng sản xuất trong (các) thủ thuật nhất định để quan sát và cung cấp sự tư vấn kỹ thuật cho (các) bác sĩ theo quyết định và sự phê duyệt của (các) bác sĩ và Nhà Cung Cấp.

**6. Thuốc**

Trừ khi nhà cung cấp của tôi cho biết khác, tôi đồng ý cho phép Nhà Cung Cấp cấp các thuốc giống về mặt hóa học hoặc tương đương về mặt trị liệu ("thuốc gốc") từ danh sách thuốc được duyệt bởi Nhân Viên Y Khoa của Nhà Cung Cấp, trong hệ thống danh mục thuốc của họ.



### **7. Thiết bị**

Tôi đồng ý với việc tiêu hủy thiết bị y tế cấy ghép trừ khi tôi có yêu cầu cụ thể là giữ lại nó trước khi tiến hành thủ thuật.

### **8. Không Đảm Bảo**

Tôi xác nhận rằng thực hành y khoa không phải là một môn khoa học chính xác và rằng TÔI ĐÃ KHÔNG ĐƯỢC ĐẢM BẢO HAY CAM ĐOAN Gì về kết quả của bất kỳ Sự Điều Trị/Dịch Vụ Y Tế nào.

### **9. Máu**

Tôi hiểu rằng nếu bất kỳ nhân sự y tế, bác sĩ nào của bệnh viện hoặc khoa cấp cứu, hoặc (những) người khác có tiếp xúc hoặc báo cáo có tiếp xúc với máu hoặc dịch cơ thể của tôi, máu của tôi sẽ được xét nghiệm để phát hiện các bệnh truyền nhiễm trong máu bao gồm, nhưng không giới hạn, Viêm Gan B và C cũng như HIV/AIDS. Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối xét nghiệm HIV nếu là để sàng lọc thường quy. Tôi hiểu rằng luật pháp tiểu bang yêu cầu Nhà Cung Cấp và/hoặc bác sĩ phải báo cáo các bệnh truyền nhiễm nhất định bao gồm các bệnh lây qua đường tình dục cho Sở Y Tế tiểu bang.

### **10. Miễn Trách Nhiệm Pháp Lý đối với Mất Tài Sản Cá Nhân**

Nhà cung cấp khuyến khích bệnh nhân và gia đình KHÔNG cất tiền và tài sản có giá trị tại các cơ sở của Nhà Cung Cấp; nên để những tài sản này ở nhà hoặc đưa cho các thành viên gia đình hoặc những người chăm sóc khác cất giữ. Một số cơ sở của Nhà Cung Cấp có các khu vực an ninh riêng để cất tiền và tài sản có giá trị (bao gồm, nhưng không giới hạn tiền, trang sức, giấy tờ, quần áo lông thú, hàm răng giả, kính mắt, thiết bị trợ thính, bộ phận giả, hoặc tài sản cá nhân khác). Nhà cung cấp sẽ không chịu trách nhiệm pháp lý đối với mất mát hoặc hư hỏng bất kỳ tài sản cá nhân nào không được ký gửi chính thức ở khu vực an ninh dành riêng.

### **11. Chỉ Định Quyền Lợi**

Theo đây tôi chỉ định và cho phép, cho dù là tôi ký tên với tư cách người đại diện hay Bệnh Nhân, trực tiếp thanh toán cho Nhà Cung Cấp và/hoặc bất kỳ bác sĩ nào tại bệnh viện đối với tất cả quyền lợi bảo hiểm và quyền lợi chăm sóc sức khỏe, bao gồm, nhưng không giới hạn, phúc lợi của chương trình chăm sóc sức khỏe liên bang, phải thanh toán cho hoặc thay mặt tôi đối với đợt nằm viện này hoặc đối với các dịch vụ ngoại trú này, bao gồm các dịch vụ cấp cứu nếu đã cung cấp. Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm tài chính đối với các chi phí của Nhà Cung Cấp không được điều chỉnh theo sự chỉ định này.

### **12. Cho Phép Các Cuộc Gọi, Tin Nhắn và Email Liên Quan Đến Chăm Sóc Sức Khỏe**

Tôi cho phép Nhà Cung Cấp, nhân viên, đại lý, đại diện và/hoặc người được chỉ định của họ liên hệ với tôi dùng tin nhắn thoại ghi âm sẵn/nhân tạo và/hoặc dịch vụ quay số tự động qua bất kỳ số điện thoại nào (bao gồm điện thoại không dây) và tôi tiết lộ cho Nhà Cung Cấp. Sự đồng ý và cho phép này sẽ áp dụng cho các tin nhắn văn bản gửi đến các số điện thoại không dây mà tôi tiết lộ cho Nhà Cung Cấp cũng như email dùng địa chỉ email tôi cung cấp cho Nhà Cung Cấp.

### **13. Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin**

Theo đây tôi cho phép Nhà Cung Cấp thu thập thông tin y tế của tôi từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các nhà cung ứng khác nếu cần để chăm sóc và điều trị cho tôi. Tôi cho phép Nhà Cung Cấp tiết lộ, để xem xét và/hoặc sao chép, bất kỳ thông tin y tế nào của tôi được soạn trong quá trình nhận viện của tôi có thể được yêu cầu bởi công ty bảo hiểm của tôi (tư nhân hoặc của chính phủ, ví dụ Medicare hoặc Medicaid), hoặc bên thứ ba có trách nhiệm tài chính khác và/hoặc (những) người đại diện chỉ định của họ, để quyết định quyền lợi bảo hiểm của tôi, thanh toán các dịch vụ được cung cấp cho tôi, và xác định tính thích hợp của việc nhập viện hoặc tiếp tục nhập viện của tôi tại, và thời gian nằm viện tại cơ sở của Nhà Cung Cấp. TRỪ KHI TÔI CÓ THỂ CÓ CHỈ THỊ CỤ THỂ KHÁC, tôi cũng cho phép Nhà Cung Cấp tiết lộ



thông tin y tế của tôi cho các cá nhân tham gia chăm sóc cho tôi. Tôi hiểu rằng một số nhà cung cấp và nhà cung ứng này có thể là các cá nhân hoặc tổ chức độc lập, tham gia sự chăm sóc y tế của tôi. Tôi hiểu rằng các quy định của Tiểu Bang và Liên Bang cũng có thể yêu cầu Nhà Cung Cấp phải báo cáo thông tin về tôi vì mục đích sức khỏe hoặc sự an toàn của công chúng bao gồm, nhưng không giới hạn, báo cáo cho các cơ quan đăng ký tiêm chủng.

Tôi cũng hiểu rằng Nhà Cung Cấp, trực tiếp hay gián tiếp, là thành viên của Greater New Orleans Health Information Exchange (GNOHIE). GNOHIE cho phép các nhà cung cấp khác xem hồ sơ sức khỏe của quý vị bao gồm bệnh sử của quý vị, các thuốc quý vị sử dụng, kết quả xét nghiệm, báo cáo phẫu thuật, giấy xuất viện, và thông tin sức khỏe khác. Việc chia sẻ thông tin này giúp tiết kiệm thời gian và giúp các nhà cung cấp khác chăm sóc tốt hơn cho quý vị. Nếu quý vị không muốn GNOHIE chia sẻ hồ sơ của quý vị, quý vị có thể "rút tên" khỏi GNOHIE vào bất kỳ lúc nào bằng cách gọi số miễn cước 1-855-446-6443 hoặc bằng cách truy cập trang web tại [www.gnohie.org](http://www.gnohie.org) và nhấp vào "FAQ." Hồ sơ của quý vị cho mục đích điều trị, thanh toán, và hoạt động sẽ được chia sẻ cho đến khi GNOHIE nhận được yêu cầu "rút tên" của quý vị. Tôi hiểu thêm rằng Nhà Cung Cấp có thể tham gia các hoạt động trao đổi thông tin bảo mật được thiết kế để tăng cường sự chăm sóc hiệu quả, có chất lượng cao. Những sự trao đổi thông tin này cho phép các nhà cung cấp khác xem hồ sơ sức khỏe của quý vị bao gồm bệnh sử của quý vị, các thuốc quý vị sử dụng, kết quả xét nghiệm, báo cáo phẫu thuật, giấy xuất viện, và thông tin sức khỏe khác. Nếu quý vị không muốn chia sẻ hồ sơ của quý vị với các hoạt động trao đổi thông tin này, quý vị có thể "rút tên" vào bất kỳ lúc nào bằng cách gửi Mẫu Đơn Rút Tên đã điền và ký qua đường bưu điện đến LCMC/Children's Medical Records Department, 1033 Calhoun Street New Orleans LA 70118 hoặc fax đến số 504 896-9214. Nếu quý vị rút tên ra khỏi các hoạt động trao đổi thông tin này, quý vị sẽ được loại khỏi tất cả hoạt động trao đổi thông tin mà Nhà Cung Cấp tham gia.

#### **14. Thỏa Thuận Tài Chính**

Theo đây tôi chấp nhận nghĩa vụ thanh toán cho Nhà Cung Cấp đối với mọi chi phí chăm sóc, dịch vụ và điều trị mà tôi nhận, theo mức giá và biểu phí thông thường của Nhà Cung Cấp. Nếu tôi được bảo hiểm theo một chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc hợp đồng bảo hiểm, tôi đồng ý cung cấp thông tin hiện hành và chính xác trước hoặc tại thời điểm nhập viện/ đăng ký. Tôi xác nhận rằng mọi thông tin tôi đã cung cấp hoặc chia sẻ với Nhà Cung Cấp là đúng sự thực và chính xác và tôi đã tuân thủ mọi yêu cầu của công ty bảo hiểm về giấy giới thiệu, sự cho phép trước, và bảo hiểm gia đình để tránh bị từ chối thanh toán. Tôi hiểu rằng nếu tôi đã không tuân thủ các yêu cầu này, tôi sẽ chịu trách nhiệm thanh toán hóa đơn. Nếu tôi đủ điều kiện nhận quyền lợi bảo hiểm theo một chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà Nhà Cung Cấp có hợp đồng, tôi có thể phải thanh toán chi phí cho một số dịch vụ tuân theo hợp đồng của chương trình. Nếu tôi thích phòng cá nhân trong thời gian nằm viện nội trú, tôi hiểu rằng tôi có thể phải chịu trách nhiệm thanh toán chi phí này. Nếu chương trình chăm sóc sức khỏe của tôi xác định rằng các dịch vụ của Nhà Cung Cấp cho tôi là không cần thiết về mặt y tế, tôi cho phép Nhà Cung Cấp thay mặt tôi trong bất kỳ thủ tục xem xét nào đối với quyết định được đưa ra bởi hoặc thay mặt chương trình chăm sóc sức khỏe của tôi. Nếu các khoản thanh toán ngoài bảo hiểm được thực hiện trong tài khoản của tôi vượt quá tổng số tiền đáo hạn, bao gồm, nhưng không giới hạn bất kỳ khoản phạt trễ nào, Nhà Cung Cấp được phép áp dụng số tiền thừa đó cho bất kỳ tài khoản nào tồn tại trước đối với các dịch vụ y tế trước đây đã cung cấp. Trong trường hợp tài khoản của tôi trở thành không trả đúng hạn và được chuyển cho một luật sư hoặc một đơn vị thu nợ, tôi sẽ phải thanh toán phí luật sư, án phí, và chi phí thu nợ. Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm đối với bất kỳ dịch vụ nào không được bảo hiểm, các khoản khấu trừ, và đồng thanh toán. Tất cả các khoản nợ sẽ bị tính lãi ở mức lãi suất tối đa được pháp luật cho phép. ***Tôi hiểu rằng tôi sẽ nhận được hóa đơn từ cả Nhà Cung Cấp và bất kỳ bác sĩ độc lập hay thầy thuốc nào tham gia chăm sóc cho tôi.***





**GIẤY ĐỒNG Ý LIÊN QUAN  
ĐẾN TÀI CHÍNH ĐỂ CHO PHÉP  
KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ**  
PAGE 4 OF 4

PATIENT INFORMATION

PLACE PATIENT'S LABEL HERE

Tôi hiểu rằng Giấy Đồng Ý Chung Cho Phép Khám và Điều Trị này sẽ vẫn có hiệu lực và áp dụng cho mọi sự điều trị hoặc dịch vụ tôi nhận trừ khi tôi rút lại, bằng văn bản, trừ trường hợp Nhà Cung Cấp đã có hành động dựa trên nội dung trong đó. Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể được yêu cầu đồng ý đối với các thủ thuật, phương pháp điều trị, hoặc dịch vụ cụ thể được cung cấp bởi Nhà Cung Cấp, bác sĩ, hoặc các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác có liên kết với Nhà Cung Cấp và rằng sự đồng ý đó sẽ bao gồm, nhưng không giới hạn, các quyền lợi và rủi ro liên quan đến một thủ thuật, phương pháp điều trị, hay dịch vụ cụ thể. Sự đồng ý đó sẽ được trình bày cho tôi trong một tài liệu riêng hoặc phương tiện điện tử và sẽ được lập thành một phần của hồ sơ y tế của tôi.

**TRÁCH NHIỆM TÀI CHÍNH CỦA NGƯỜI KHÔNG PHẢI BỆNH NHÂN HOẶC NGƯỜI ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP CỦA BỆNH NHÂN**

Tôi đồng ý và chấp nhận trách nhiệm tài chính đối với các dịch vụ được cung cấp cho Bệnh Nhân và chấp nhận vô điều kiện đối với các điều khoản của Thỏa Thuận Tài Chính và Chỉ Định Quyền Lợi quy định bên trên.

**XÁC NHẬN CỦA BỆNH NHÂN**

Tôi đã đọc, hiểu và hoàn toàn đồng ý với các phát biểu bên trên và đã có cơ hội đặt ra các câu hỏi về các phát biểu đó. Tôi ký tên bên dưới như một hành động tự do và tự nguyện. Tôi cũng xác nhận rằng tôi đã được cung cấp thông tin về các chủ đề sau đây: Quyền Lợi và Trách Nhiệm của Bệnh Nhân, Giấy Chỉ Thị Trước, Thông Báo về Các Biện Pháp Bảo Vệ Quyền Riêng Tư, và Gửi Hóa Đơn Cho Bệnh Nhân. Tôi cũng xác nhận rằng tôi có quyền nhận bản sao của Giấy Đồng Ý Chung này khi tôi có yêu cầu.

Chữ Ký của Bên Hữu Trách: <b>X</b>	Ngày: MM/DD/YY / /	Time 00:00 AM/PM :
---------------------------------------	-----------------------	-----------------------

Nếu không phải Bệnh Nhân, hãy cho biết mối quan hệ: \_\_\_\_\_

Lý do Bệnh Nhân không thể ký tên (nếu phù hợp): \_\_\_\_\_

Đại Diện Bệnh Viện: <b>X</b>	Ngày: MM/DD/YY / /	Time 00:00 AM/PM :
---------------------------------	-----------------------	-----------------------

