CHẤP THUẬN CHUNG VỀ ĐIỀU TRỊ

ĐẶT NHÃN BỆNH NHÂN TẠI ĐÂY

CHO PHÉP ĐIỀ U TRỊ : Vớ i bả n chấ p thuậ n này, tôi cho phép các văn phòng bác sĩ , phòng khám và các khoa ngoạ i trú đư ợ c chăm sóc và điề u trị y tế cho tôi vớ i tư cách là bác sĩ , bác sỹ nộ i trú, thự c tậ p sinh, trợ lý bác sĩ , điề u dư ỡ ng, nha sĩ , trợ lý y tế , bác sĩ tâm lý, y tá hoặ c nhân viên y tế đơ n vị liên kế t, hoặ c bấ t kỳ ngư ờ i đư ợ c chỉ đị nh nào củ a họ (sau đây gọ i là "Nhà cung cấ p dị ch vụ chăm sóc sứ c khỏ e") nế u thấ y cầ n thiế t hoặ c đư ợ c khuyế n nghị . Việ c chăm sóc này có thể bao gồ m, như ng không giớ i hạ n ở :

PHẦ N NÀY PHẢ I ĐƯ ỢC ĐIỀ N - VUI LÒNG ĐÁNH DẤ U VÀO Ô THÍCH HỢ P DƯ Ớ I ĐÂY

- ❑ **DỊ CH VỤ NGOẠ I TRÚ (không bao gồ m bấ t kỳ liệ u pháp nào đư ợ c liệ t kê dư ớ i đây)** ***Các dị ch vụ ngoạ i trú bao gồ m, như ng không giớ i hạ n ở : Chuẩ n đoán hình ả nh; Xét nghiệ m (bao gồ m như ng không giớ i hạ n ở : xét nghiệ m máu, nư ớ c tiể u, HIV); Nghiên cứ u thầ n kinh họ c (bao gồ m như ng không giớ i hạ n ở : điệ n não đồ ERG, điệ n não đồ EEG và điệ n thế gợ i EP); dùng thuố c, các phư ơ ng pháp điề u trị sinh họ c hoặ c phư ơ ng pháp điề u trị khác; Chăm sóc y tế thư ờ ng quy (bao gồ m cả tiêm).***
- ❑ **TRỊ LIỆ U:** ***Vậ t lý trị liệ u, Hoạ t độ ng trị liệ u, Ngôn ngữ trị liệ u/Thính họ c hoặ c chăm sóc vế t thư ơ ng ngoài da***

Tôi cho phép Nhà cung cấ p dị ch vụ chăm sóc sứ c khỏ e thự c hiệ n các dị ch vụ bổ sung hoặ c dị ch vụ mở rộ ng khác trong các tình huố ng khẩ n cấ p nế u cầ n thiế t hoặ c đư ợ c khuyế n nghị để bả o vệ tính mạ ng hoặ c sứ c khỏ e củ a tôi. Tôi biế t rằ ng các thự c hành y họ c không phả i là khoa họ c chính xác và tôi thừ a nhậ n rằ ng tôi không đư ợ c đả m bả o hay hứ a hẹ n gì về kế t quả củ a quá trình chẩ n đoán hoặ c điề u trị .

CHO PHÉP TRAO ĐỔ I THÔNG TIN: Tôi hiể u rằ ng Bệ nh việ n Nhi sử dụ ng các phư ơ ng thứ c liên lạ c khác nhau bao gồ m cuộ c gọ i thoạ i, cuộ c gọ i trên máy vi tính, nhắ n tin văn bả n có hỗ trợ máy tính, email, fax, cuộ c gọ i tự độ ng và tin nhắ n thoạ i cho mụ c đích chia sẻ kế t quả lâm sàng/ y tế , lên lị ch hẹ n, gử i lờ i nhắ c cuộ c hẹ n, lấ y thông tin về sự hài lòng củ a bệ nh nhân và trao đổ i/ thả o luậ n về trách nhiệ m tài chính. Bằ ng việ c ký vào mẫ u đơ n này, tôi cho phép Bệ nh việ n Nhi sử dụ ng tấ t cả các số điệ n thoạ i mà tôi đã cung cấ p để liên hệ vớ i tôi về lầ n thăm khám hiệ n tạ i và bấ t kỳ lầ n thăm khám nào sau này cho các mụ c đích đã nêu ở trên. Tôi cũ ng hiể u rằ ng tôi có quyề n thu hồ i việ c cho phép này bấ t cứ lúc nào bằ ng cách gử i yêu cầ u này đế n Bệ nh việ n Nhi.

CUNG CẤ P THÔNG TIN: Tôi cho phép Bệ nh việ n Nhi hoặ c bấ t kỳ bác sĩ nào điề u trị cho tôi tạ i Bệ nh việ n Nhi đư ợ c tiế t lộ thông tin y tế hoặ c thông tin khác cho các đạ i lý củ a Bệ nh việ n Nhi, bác sĩ chăm sóc chính hoặ c bác sĩ tiế p nhậ n củ a tôi, các công ty bả o hiể m, đạ i lý củ a họ , dị ch vụ vậ n chuyể n, Cơ quan An sinh Xã hộ i (Medicare), Bộ Y tế và Bệ nh việ n Louisiana (Medicaid và SSI), Chư ơ ng trình Dị ch vụ Y tế Đặ c biệ t dành cho Trẻ em, các bên trung gian hoặ c nhà cung cấ p dị ch vụ củ a họ , hoặ c bấ t kỳ bên thứ ba nào đạ i diệ n cho tôi hoặ c Bệ nh việ n Nhi, cầ n thiế t để các khoả n trợ cấ p đư ợ c thanh toán theo bả o hiể m củ a tôi hoặ c các hợ p đồ ng thích hợ p khác để yêu cầ u thanh toán cho việ c điề u trị . Theo đây tôi xin bả o đả m và miễ n trừ Bệ nh việ n Nhi khỏ i mọ i trách nhiệ m liên quan đế n việ c tiế t lộ thông tin đó. Tôi hiể u rằ ng Bệ nh việ n Nhi sẽ thự c hiệ n tiế t lộ bấ t kỳ thông tin nào do pháp luậ t yêu cầ u để đáp ứ ng các yêu cầ u báo cáo bắ t buộ c. Theo đây tôi xin bả o đả m và miễ n trừ Bệ nh việ n Nhi khỏ i mọ i trách nhiệ m liên quan đế n việ c tiế t lộ thông tin đó.

THỦ THUẬ T PHẪ U THUẬ T NGOẠ I TRÚ: Bả n chấ p thuậ n chung này không mở rộ ng hay áp dụ ng cho bấ t kỳ thủ thuậ t phẫ u thuậ t ngoạ i trú nào đư ợ c đề xuấ t mà luậ t pháp hoặ c chính sách củ a Bệ nh việ n Nhi yêu cầ u phả i có sự Chấ p thuậ n Đầ y đủ .

CƠ SỞ GIẢ NG DẠ Y: Tôi đã đư ợ c thông báo và hiể u rằ ng cơ sở này là mộ t tổ chứ c giả ng dạ y và các thủ thuậ t đư ợ c thự c hiệ n có thể đòi hỏ i sự quan sát, hợ p tác và các dị ch vụ củ a nhiề u nhà cung cấ p dị ch vụ chăm sóc sứ c khỏ e. Tôi cho phép các nghiên cứ u sinh, bác sỹ nộ i trú và/hoặ c sinh viên đư ợ c tham gia chăm sóc tôi.

BẢ O LÃNH THANH TOÁN & Ủ Y QUYỀ N BẢ O HIỂ M/CHUYỂ N GIAO QUYỀ N LỢ I BẢ O HIỂ M: Tôi đồ ng ý thanh toán toàn bộ chi phí cho các thủ thuậ t chẩ n đoán và điề u trị y tế đư ợ c cung cấ p cho tôi hoặ c bệ nh nhân đư ợ c nêu tên. Tôi cho phép các bên thứ ba thanh toán trự c tiế p cho Bệ nh việ n Nhi bấ t kỳ lợ i ích bả o hiể m nào đế n hạ n cho các dị ch vụ đư ợ c cung cấ p thay mặ t tôi hoặ c bệ nh nhân đư ợ c nêu tên. Theo đây, tôi ấ n đị nh rằ ng tấ t cả các lợ i ích y tế sẽ bao gồ m các lợ i ích y tế chính cho các dị ch vụ đư ợ c cung cấ p bở i Nhà cung cấ p dị ch vụ chăm sóc sứ c khỏ e mà tôi đư ợ c hư ở ng, bao gồ m cả Medicare hoặ c Medicaid, bả o hiể m tư nhân và các chư ơ ng trình sứ c khỏ e khác cho Bệ nh việ n Nhi. Tôi hiể u rằ ng, trừ trư ờ ng hợ p luậ t pháp hoặ c hợ p đồ ng bả o hiể m y tế củ a tôi vớ i Nhà cung cấ p dị ch vụ chăm sóc sứ c khỏ e có quy đị nh khác, tôi sẽ chị u trách nhiệ m cho tấ t cả các chi phí mà công ty bả o hiể m củ a tôi không chi trả .

THÔNG BÁO VỀ THỰ C HÀNH QUYỀ N RIÊNG TƯ VÀ QUYỀ N CỦ A BỆ NH NHÂN: Tôi xác nhậ n rằ ng tôi có thể tiế p cậ n các bả n sao Thông báo về Thự c hành Quyề n riêng tư và Thông báo về Quyề n và Trách nhiệ m củ a Bệ nh nhân.

CHẤ P THUẬ N TRAO ĐỔ I THÔNG TIN (HIE) trên myLCMC HEALTH: Tôi hiể u rằ ng myLCMC Health là mộ t cổ ng thông tin bệ nh nhân thông qua đó tôi có thể truy cậ p thông tin sứ c khỏ e đư ợ c bả o vệ củ a mình. Sau này, tấ t cả các bác sĩ củ a LCMC sẽ trở thành mộ t phầ n trong hoạ t độ ng trao đổ i thông tin sứ c khỏ e củ a LCMC thông qua myLCMC Health và các bác sĩ LCMC đư ợ c ủ y quyề n cũ ng có thể truy cậ p các phầ n thông tin sứ c khỏ e đã đư ợ c bả o vệ củ a tôi. Ngoài ra, sau này, các bác sĩ cộ ng đồ ng khác và nhữ ng hoạ t độ ng trao đổ i thông tin sứ c khỏ e khác có thể trở thành mộ t phầ n trong hoạ t độ ng trao đổ i thông tin sứ c khỏ e củ a LCMC thông qua myLCMC Health và nhữ ng ngư ờ i đư ợ c ủ y quyề n cũ ng có thể truy cậ p các phầ n thông tin sứ c khỏ e đã đư ợ c bả o vệ củ a tôi. Bằ ng việ c ký tên dư ớ i đây, tôi đồ ng ý sử dụ ng và lự a chọ n tham gia vào myLCMC Health.

☐ **Tôi không muố n đư a thông tin sứ c khỏ e đư ợ c bả o vệ củ a tôi lên cổ ng thông tin bệ nh nhân myLCMC Health.**

CHẤ P THUẬ N VỀ HÌNH Ả NH: Tôi cho phép Bệ nh việ n Nhi và các nhà cung cấ p dị ch vụ chăm sóc sứ c khỏ e củ a tôi đư ợ c chụ p ả nh, ghi hình video và/hoặ c ghi âm cho con tôi và sử dụ ng nhữ ng bứ c ả nh, băng video và/hoặ c bả n ghi âm đó cho các mụ c đích lâm sàng, giáo dụ c và pháp lý.

CHO PHÉP SỬ DỤ NG LINKS: LINKS (Hệ thố ng Tiêm chủ ng Louisiana cho Trẻ em Toàn quố c) là hệ thố ng máy tính bí mậ t đư ợ c tài trợ bở i Bộ Y tế và Bệ nh việ n giúp bạ n và bác sĩ theo dõi lị ch sử tiêm chủ ng củ a bệ nh nhân. Bệ nh việ n Nhi là mộ t cơ sở tham gia LINKS và do đó tôi cho phép Bệ nh việ n Nhi chia sẻ thông tin tiêm chủ ng vớ i LINKS.

THU HỒ I: Tôi hiể u rằ ng tôi có thể thu hồ i bả n chấ p thuậ n này bằ ng văn bả n bấ t cứ lúc nào bằ ng cách đề bạ t ý muố n thu hồ i bả n chấ p thuậ n củ a mình tạ i bàn đăng ký tạ i Bệ nh việ n Nhi.

Bằng việc ký vào thỏa thuận này, tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu thông tin trong đây và tôi chấp nhận các điều khoản này.

Chữ ký của Bên chịu trách nhiệm (Phụ huynh/Người giám hộ nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi hoặc không có thẩm quyền) **X**	**Ngày** MM/DD/YY / /	**Thời gian** 00:00 sáng/chiều **SÁNG CHIỀU**
Mối quan hệ với bệnh nhân		
Chữ ký của Người làm chứng (Chỉ cần nếu chữ ký bằng dấu) **X**	**Ngày** MM/DD/YY / /	**Thời gian** 00:00 sáng/chiều **SÁNG CHIỀU**

KHÔNG VIẾT RA NGOÀI Ô

Children's Hospital New Orleans LCMC Health	**CHẤP THUẬN DỊCH VỤ Y TẾ TỪ XA** TRANG 1 TRÊN 1	*THÔNG TIN BỆ NH NHÂN* ĐẶT NHÃN BỆNH NHÂN TẠI ĐÂY

Y tế Từ xa liên quan đến việc sử dụng truyền thông điện tử để quý vị, với tư cách là bệnh nhân, có thể chia sẻ và trao đổi thông tin y tế với nhà cung cấp nhằm mang lại dịch vụ chăm sóc bệnh nhân thuận tiện, có hiệu suất cao và phát huy hiệu quả. Luật bảo vệ quyền riêng tư và bảo mật thông tin y tế cũng được áp dụng cho y tế từ xa, vì vậy mọi tư vấn qua dịch vụ y tế từ xa đều được bảo mật và đảm bảo.

Rủi ro tiềm ẩn

Tôi hiểu những điều sau đây liên quan đến tư vấn y tế từ xa:

- Thiết bị trao đổi qua video trực tiếp có thể không hoạt động, khiến việc đánh giá và điều trị y tế bị chậm trễ.
- Trong những trường hợp hiếm gặp, thông tin được truyền tải có thể không đủ (ví dụ: độ phân giải hình ảnh kém) để cho phép nhà cung cấp dịch vụ tư vấn đưa ra quyết định y tế phù hợp.
- Trong các trường hợp rất hiếm gặp, các giao thức bảo mật có thể không hoạt động, khiến quyền riêng tư về thông tin y tế cá nhân bị xâm phạm.
- Tôi/con tôi có thể phải được thăm khám hoặc đến gặp trực tiếp chuyên gia tư vấn nếu cần thêm thông tin để chẩn đoán.

Tôi hiểu những điều sau đây liên quan đến tư vấn y tế từ xa:

- Tôi đã được giải thích về cách sử dụng công nghệ trao đổi qua video trực tiếp nhằm tạo thuận lợi cho việc tư vấn vì nhà cung cấp dịch vụ tư vấn và tôi sẽ không ở cùng một địa điểm.
- Các cá nhân có thể cùng có mặt với nhà cung cấp dịch vụ tư vấn để vận hành thiết bị hoặc để hỗ trợ đánh giá, kiểm tra và/hoặc điều trị. Tôi sẽ được thông báo nếu có sự có mặt của người khác.
- Tôi có quyền được: (1) yêu cầu nhân viên phi y tế rời khỏi phòng; và/hoặc (2) dừng buổi tư vấn bất cứ lúc nào.
- Nếu không thể hoàn thành buổi tư vấn y tế từ xa vì bất kỳ lý do gì (chẳng hạn như lỗi thiết bị), tôi có thể làm việc với nhân viên Bệnh viện Nhi để xếp lại lịch. Nếu tôi/con tôi cần được chăm sóc khẩn cấp, tôi cũng có thể gọi 911 hoặc đến phòng cấp cứu gần nhất ngay lập tức.
- Tôi đã được giải thích về các giải pháp thay thế cho tư vấn y tế từ xa và tôi lựa chọn cho tôi/con tôi tham gia tư vấn y tế từ xa.
- Tôi hiểu vai trò của bác sĩ và bệnh nhân và vai trò của bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác đối với việc quản lý bệnh nhân.
- Tôi hiểu rằng không bao giờ nên sử dụng dịch vụ tư vấn y tế từ xa của Bệnh viện Nhi cho các vấn đề khẩn cấp. Do đó, đối với tất cả các vấn đề chăm sóc sức khỏe khẩn cấp, tôi sẽ ngay lập tức đến hoặc đưa con tôi đến khoa cấp cứu của bệnh viện địa phương và/hoặc gọi 911.
- Tôi có quyền từ chối hoặc rút lại sự chấp thuận của tôi đối với tư vấn y tế từ xa bất cứ lúc nào mà không ảnh hưởng đến quyền được chăm sóc, điều trị, hưởng quyền lợi của tôi/con tôi hoặc đến các chương trình mà tôi/con tôi đủ điều kiện tham gia.
- Tôi hiểu rằng các buổi trao đổi qua video trực tiếp này không được ghi lại thường xuyên. Tuy nhiên, có thể có những trường hợp nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần phải chụp ảnh hoặc ghi lại video hoặc ghi âm. Bằng việc ký tên dưới đây, tôi cho phép Bệnh viện Nhi và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình chụp ảnh, ghi video và/hoặc ghi âm cho con tôi và sử dụng những bức ảnh, băng video và/hoặc ghi âm đó cho các mục đích lâm sàng, giáo dục và pháp lý.
- Tôi có quyền tiếp cận bản sao hồ sơ y tế của tôi/con tôi. Tôi đã được cung cấp một bản sao Thông báo về Thực hành quyền riêng tư của Bệnh viện Nhi, bao gồm các hướng dẫn về cách thực hiện.
- Tôi hiểu thông tin chăm sóc sức khỏe của tôi/con tôi có thể được chia sẻ với các cá nhân khác để lên lịch và lập hóa đơn và các mục đích bảo hiểm cũng như nhân viên quản lý ca bảo hiểm của bên chi trả (công ty bảo hiểm).
- Tôi hiểu rằng nhà cung cấp sẽ lập hóa đơn bảo hiểm hoặc hóa đơn Medicaid cho các dịch vụ này. Tôi hiểu rằng tôi có thể phải chịu trách nhiệm thanh toán các dịch vụ, đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm nếu công ty bảo hiểm của tôi yêu cầu.
- Tôi hiểu rằng những buổi thăm khám y tế từ xa qua video là một dịch vụ của Bệnh viện Nhi, không phải của nhà trường. Trường học, học khu, trường đặc cách, hoặc hệ thống trường giáo xứ sẽ không chịu trách nhiệm về các hóa đơn chưa thanh toán.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi/con tôi cần hoặc muốn được chăm sóc theo dõi từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe này, tôi có thể liên hệ với Bệnh viện Nhi theo số (504)-899-9511.
- Tôi hiểu rằng tài khoản của tôi/con tôi có thể không luôn luôn khả dụng do lỗi công nghệ hoặc lỗi hệ thống không lường trước được, do thủ tục sao lưu, bảo trì hoặc các nguyên nhân khác ngoài tầm kiểm soát của Bệnh viện Nhi hoặc các nhà cung cấp và đại lý được ủy quyền. Quyền truy cập được cung cấp trên cơ sở "hiện khả dụng", Bệnh viện Nhi và các nhà cung cấp và đại lý ủy quyền không đảm bảo rằng tôi sẽ luôn có thể truy cập vào tài khoản của mình. Trong trường hợp xảy ra lỗi công nghệ hoặc lỗi hệ thống như vậy, tôi có thể gọi (888)-666-2352 hoặc truy cập https://www.chnola.org/our-services/telehealth/contact-us/ để được hỗ trợ hoặc yêu cầu chăm sóc thêm.
- Tôi hiểu rằng mình có thể từ chối nhận các dịch vụ y tế từ xa và có thể tạm ngưng hoặc rút lại chấp thuận của mình cho dịch vụ chăm sóc đó bất cứ lúc nào mà không ảnh hưởng đến quyền được chăm sóc hoặc điều trị sau này của tôi. Tôi có thể rút lại chấp thuận bằng lời nói hoặc bằng văn bản bất cứ lúc nào bằng cách liên hệ với Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi. Trong thời gian bản chấp thuận này có hiệu lực (chưa bị rút lại), đội ngũ chăm sóc sức khỏe của tôi có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho tôi qua y tế từ xa mà không cần tôi phải ký vào mẫu đơn chấp thuận khác.

Chữ ký của phụ huynh/người giám hộ: X	**Ngày** MM/DD/YY / /	**Thời gian** 00:00 SÁNG/CHIỀU :

Tên viết hoa của học sinh: _____

Tôi đã đọc và hiểu các thông tin được cung cấp ở trên liên quan đến y tế từ xa. Tôi chấp thuận (đồng ý) tham gia Chương trình Y tế Từ xa qua Học đường theo các điều khoản đã nêu ở trên.

CHỈ DÀNH CHO VĂN PHÒNG*Bằng việc ký tên dưới đây, tôi xác nhận người giám hộ hợp pháp của học sinh đã chấp thuận bằng lời nói đối với việc điều trị trước khi bắt đầu lần thăm khám qua video. Chữ ký của người giám hộ ở trên thừa nhận rằng đã chấp thuận bằng lời nói trước khi có sự chấp thuận bằng văn bản.

Chữ ký của Người đại diện Chương trình y tế từ xa: X	**Ngày** MM/DD/YY /xx/	**Thời gian** 00:00 SÁNG/CHIỀU :

Children's Hospital
New Orleans
LCMC Health

MẪU GHI DANH CHƯƠNG TRÌNH SỨC KHỎE TỪ XA HỌC ĐƯỜNG

THÔNG TIN BỆ NH NHÂN

ĐẶT NHÃN BỆNH NHÂN TẠI ĐÂY

* Mẫu đăng ký này sẽ được sử dụng để tham khảo tại thời điểm thăm khám qua video cho con của quý vị.

Thông tin chung

Tên Học sinh: _____
Họ Tên Tên đệm

Ngày sinh của Học sinh: _____ Giới tính: □ Nam □ Nữ

Nhà cung cấp Dịch vụ chăm sóc Chính: _____

Số điện thoại của Nhà cung cấp Dịch vụ chăm sóc Chính: _____

Tên Phụ huynh / Người giám hộ: _____

Ngày sinh của Phụ huynh / Người giám hộ: _____ Mối quan hệ với Học sinh: _____

Email của Phụ huynh / Người giám hộ: _____

Thông tin chính của Học sinh:

Địa chỉ nhà: _____

Thành phố: _____ Bang: _____ Mã bưu chính: _____

Điện thoại chính*: _____ ■ Số gia đình □ Di động □ Cơ quan

* Chúng tôi sẽ gọi số này nếu cần truy cập video điện

thoại phụ: _____ ■ Số gia đình □ Di động □ Cơ quan

Thông tin thanh toán / bảo hiểm:

Lưu ý rằng lần thăm khám chỉ được lập hóa đơn sau khi thăm khám video hoàn tất thành công. Nếu thông tin này thay đổi mà không có thông báo hoặc không chính xác, hóa đơn có thể được gửi đến địa chỉ trên.

□ Số Medicaid: _____

Chương trình Medicaid: _____

□ Chương trình bảo hiểm tư nhân: _____

Số hợp đồng: _____

Tên của người mà học sinh được thụ hưởng bảo hiểm: _____

Mối quan hệ: _____ Ngày sinh: _____

□ **Không có bảo hiểm**

Lưu ý rằng lần thăm khám qua video sẽ được lập hóa đơn cho phụ huynh / người giám hộ liệt kê ở trên

Vui lòng liệt kê nếu có:

Các loại dị ứng đã biết	Các loại thuốc đang sử dụng	Các thủ thuật y tế hoặc sự kiện chính
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.

Bằng việc gửi biểu mẫu này, tôi xác nhận rằng thông tin về con mình có thể được nhập vào Hồ sơ y tế điện tử của Bệnh viện Nhi.

Chữ ký của bệnh nhân / Người giám hộ: X	**Ngày** MM/DD/YY / /	**Thời gian** 00:00 SÁNG/CHIỀU :

BẢNG CÂU HỎI
CH2053 | (08/19) Mới

EL245

Thông báo về Thực hành quyền riêng tư đối với Thông tin y tế được bảo vệ

Thông báo này mô tả cách chúng tôi sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của quý vị, cũng như cách quý vị có thể tiếp cận thông tin này. Vui lòng xem lại cẩn thận.

Thông báo về Thực hành quyền riêng tư này ("Thông báo") được cung cấp cho quý vị theo yêu cầu của Đạo luật về tính linh động và tính minh bạch của bảo hiểm y tế ("HIPAA"). Luật pháp yêu cầu chúng tôi phải tuân thủ các điều khoản của Thông báo này và đảm bảo sự riêng tư và bảo mật của thông tin y tế đã được bảo vệ của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết ngay nếu xảy ra vi phạm có thể làm tổn hại đến quyền riêng tư hoặc bảo mật thông tin của quý vị.

Luật pháp yêu cầu chúng tôi đảm bảo rằng thông tin y tế mang tính nhận dạng quý vị là ai phải được giữ kín. Chúng tôi cũng được yêu cầu cung cấp cho quý vị Thông báo về nghĩa vụ pháp lý và thực hành quyền riêng tư của chúng tôi để quý vị biết những gì chúng tôi làm với thông tin y tế của quý vị. Có thể quý vị sẽ muốn nghiên cứu điều luật này để hiểu rõ hơn. Cụ thể tại Quy định liên bang CFR 45 phần 164.

Chúng tôi có quyền thay đổi các điều khoản của Thông báo này bất cứ lúc nào và hiệu lực hóa các điều khoản của Thông báo mới đối với tất cả các thông tin y tế được bảo vệ mà chúng tôi duy trì. Quý vị có thể yêu cầu được xem thông báo mới đó tại các Cơ sở của chúng tôi và trên trang web.

Những ai phải tuân thủ thông báo này

LCMC Health là một hệ thống y tế hoạt động như một "Chuỗi chăm sóc sức khỏe có tổ chức (OHCA)." Thông báo này mô tả các quy tắc thực hành quyền riêng tư của LCMC Health và các đơn vị và cơ sở liên kết. Các đơn vị của LCMC Health (mỗi đơn vị là một "Cơ sở") bao gồm, nhưng không giới hạn ở: Bệnh viện Nhi, Bệnh viện Touro, Trung tâm Y tế Đại học New Orleans, Bệnh viện New Orleans East, Trung tâm Y tế West Jefferson và LCMC Health Anesthesia Corp., và các công ty con và đơn vị liên kết của mỗi Cơ sở và tất cả các phòng khám, cơ sở và các địa điểm cung cấp dịch vụ khác.

Tất cả các đơn vị và các Cơ sở của LCMC Health đều tham gia OHCA và tuân thủ Thông báo này. Tất cả các đơn vị và Cơ sở tham gia OHCA có thể chia sẻ thông tin y tế của quý vị với nhau để điều trị, thanh toán hoặc hoạt động chăm sóc sức khỏe liên quan đến OHCA và được cho phép bởi luật pháp hiện hành. Danh sách này có thể không phản ánh việc mua bán gần đây của các đơn vị, trang web hay địa điểm. Thông báo này cũng áp dụng cho tất cả các nhân viên, tình nguyện viên, sinh viên và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bất kỳ Cơ sở hoặc đơn vị nào thuộc LCMC Health.

Việc sử dụng và tiết lộ thông tin của chúng tôi

Chúng tôi thường sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế của quý vị theo những cách sau. Những mô tả này không liệt kê được hết mọi trường hợp sử dụng hoặc tiết lộ được phép đối với mỗi loại.

Cung cấp dịch vụ chăm sóc bệnh nhân cho quý vị. Thông tin y tế của quý vị có thể được sử dụng hoặc chia sẻ bởi các bác sĩ, y tá, kỹ thuật viên, bác sỹ nội trú, sinh viên y khoa hoặc nhân viên khác có liên quan đến việc chăm sóc quý vị. Các khoa khác nhau của bệnh viện, cũng như các đơn vị khác nhau, cũng có thể chia sẻ thông tin y tế của quý vị để phối hợp thực hiện những việc có thể cần thiết cho quý vị, ví dụ như đơn thuốc, xét nghiệm, X-quang và chăm sóc theo dõi. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho những người và các tổ chức bên ngoài bệnh viện có thể liên quan đến việc chăm sóc y tế hiện tại của quý vị. Ví dụ, bác sĩ điều trị chấn thương cho quý vị có thể hỏi một bác sĩ khác về tình trạng sức khỏe tổng thể của quý vị.

Để thanh toán. Thông tin y tế của quý vị có thể được sử dụng hoặc chia sẻ để lập hóa đơn, thu và xử lý các khoản thanh toán từ quý vị cũng như từ bất kỳ công ty bảo hiểm nào, chương trình chính phủ nào (Medicare, Medicaid, Worker Comp.,...) hoặc người chịu trách nhiệm thanh toán khác. Ví dụ: chúng tôi cung cấp thông tin của quý vị cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị để họ sẽ trả tiền cho các dịch vụ.

Đối với các hoạt động chăm sóc sức khỏe của chúng tôi. Thông tin y tế của quý vị có thể được sử dụng hoặc chia sẻ để điều hành tổ chức của chúng tôi, xem xét chất lượng và sự phù hợp của dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được và liên hệ với quý vị khi cần thiết. Ví dụ: chúng tôi sử dụng thông tin y tế của quý vị để quản lý việc điều trị và các dịch vụ cung cấp cho quý vị. Chúng tôi cũng có thể sử dụng hoặc chia sẻ thông tin chăm sóc sức khỏe của quý vị để thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe thay mặt cho Chuỗi Chăm sóc Sức khỏe có Tổ chức được mô tả ở trên.

Để tạo dữ liệu chống tiết lộ nhận dạng. Chúng tôi có thể sử dụng thông tin y tế của quý vị để tạo ra thông tin "chống tiết lộ nhận dạng" theo luật pháp hiện hành. Sau khi xóa thông tin có thể cho biết quý vị là ai, thông tin y tế có giới hạn và được chống tiết lộ nhận dạng của quý vị có thể được đưa vào một chương trình máy tính có thể được sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nếu thông tin của quý vị được chống tiết lộ nhận dạng một phần, nó được gọi là "bộ dữ liệu giới hạn", và có thể được sử dụng cho các mục đích nghiên cứu tương tự theo luật pháp và quy định hiện hành.

Những cách sử dụng hoặc tiết lộ khác đối với thông tin của quý vị mà chúng tôi được phép

Ngoài việc sử dụng hoặc chia sẻ thông tin y tế của quý vị cho các hoạt động điều trị, thanh toán và chăm sóc sức khỏe của chúng tôi như được mô tả ở trên, chúng tôi có thể sử dụng hoặc chia sẻ thông tin của quý vị như sau:

Theo yêu cầu của pháp luật. Chúng tôi sẽ tiết lộ thông tin y tế của quý vị nếu luật pháp liên bang hoặc tiểu bang yêu cầu.

Những người mà quý vị yêu cầu chúng tôi cung cấp thông tin cho họ. Nếu quý vị thông báo với chúng tôi rằng quý vị muốn chúng tôi cung cấp thông tin y tế của quý vị cho ai đó, chúng tôi sẽ cung cấp. Quý vị cần điền vào một mẫu ủy quyền cho phép chúng tôi tiết lộ thông tin y tế của quý vị. Quý vị có thể dừng ủy quyền này bất cứ lúc nào. Chúng tôi không được phép ép buộc quý vị cho phép chúng tôi cung cấp thông tin y tế của quý vị cho bất cứ ai. Chúng tôi không thể từ chối điều trị cho quý vị vì quý vị ngừng ủy quyền này

Các hoạt động. Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin của quý vị để liên lạc với quý vị cho các hoạt động gây quỹ. Nếu quý vị không muốn chúng tôi liên hệ cho hoạt động gây quỹ, quý vị có quyền từ chối liên lạc đó.

"Cộng sự kinh doanh." Cộng sự kinh doanh là các công ty hoặc những người chúng tôi ký kết hợp đồng để làm một số công việc nhất định cho chúng tôi. Ví dụ bao gồm cung cấp thông tin cho một dịch vụ sao chép mà chúng tôi sử dụng khi tạo bản sao hồ sơ sức khỏe của quý vị hoặc kiểm toán viên có thể xem lại hóa đơn bệnh viện để kiểm tra quy trình tính phí phù hợp. Để bảo vệ thông tin y tế của quý vị, chúng tôi yêu cầu cộng sự kinh doanh bảo vệ thông tin của quý vị một cách thích hợp.

Người nhận bộ dữ liệu giới hạn. Nếu chúng tôi sử dụng thông tin của quý vị để tạo một "bộ dữ liệu giới hạn", chúng tôi sẽ cung cấp "bộ dữ liệu giới hạn" có chứa các thông tin của quý vị cho người khác nhằm mục đích nghiên cứu, hoạt động y tế công cộng hoặc các hoạt động chăm sóc sức khỏe. Những người nhận được "bộ dữ liệu giới hạn" được yêu cầu phải đồng ý thực hiện các bước hợp lý để bảo vệ quyền riêng tư về thông tin y tế của quý vị.

Bộ trưởng Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ. Bộ trưởng, hoặc người được chỉ định, có quyền xem thông tin của quý vị để đảm bảo chúng tôi tuân thủ pháp luật.

Cơ quan Y tế Công cộng. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho cơ quan y tế công cộng chịu trách nhiệm ngăn ngừa hoặc kiểm soát bệnh, duy trì số liệu thống kê quan trọng hoặc các chức năng y tế công cộng khác. Chúng tôi cũng có thể cung cấp thông tin y tế của quý vị cho Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm liên quan đến các sản phẩm do FDA quản lý.

Hoạt động Giám sát Sức khỏe. Chúng tôi có thể cung cấp thông tin y tế của quý vị cho các cơ quan chịu trách nhiệm về các hoạt động giám sát sức khỏe, chẳng hạn như điều tra và kiểm toán hệ thống chăm sóc sức khỏe hoặc các chương trình phúc lợi, theo luật cho phép.

Sức khỏe và An toàn Công cộng. Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin của quý vị trong một số trường hợp nhất định như phòng ngừa bệnh, giúp thu hồi sản phẩm, báo cáo phản ứng bất lợi với thuốc, báo cáo nghi ngờ lạm dụng, bỏ bê hoặc bạo lực gia đình, hoặc ngăn chặn hoặc giảm đe dọa nghiêm trọng đối với sức khỏe và an toàn của bất cứ ai.

Bồi thường Lao động. Chúng tôi có thể sử dụng hoặc chia sẻ thông tin y tế của quý vị để yêu cầu bồi thường lao động.

Cán bộ hành pháp. Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin y tế của quý vị để đáp ứng các yêu cầu thực thi pháp luật nhất định, bao gồm:
phúc đáp lệnh của tòa án, trát hầu tòa, lệnh, giấy triệu tập hoặc quy trình tương tự;
để giúp nhận dạng hoặc xác định một nghi phạm, người lẩn trốn, nhân chứng quan trọng hoặc người mất tích;
phúc đáp các câu hỏi về nạn nhân một vụ phạm tội nếu trong một số trường hợp nhất định, chúng tôi không thể có được sự đồng ý của cá nhân đó;
phúc đáp các câu hỏi liên quan đến trường hợp tử vong mà chúng tôi tin rằng có thể là kết quả của hành vi phạm tội;
phúc đáp các câu hỏi liên quan đến hành vi phạm tội tại một Cơ sở; và
trong các tình huống khẩn cấp để báo cáo một vụ phạm tội, vị trí vụ việc hoặc của các nạn nhân, hoặc danh tính, mô tả hoặc vị trí của kẻ phạm tội.

Tòa án và cơ quan hành chính. Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin y tế của quý vị để phúc đáp lệnh của tòa án hoặc yêu cầu hành chính hoặc phúc đáp trát hầu tòa.

Cán bộ điều tra tử vong. Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin y tế của những người đã tử vong cho nhân viên điều tra, giám định y tế hoặc người hộ tang, theo pháp luật cho phép.

Dịch vụ Cấy ghép Tạng. Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin y tế của quý vị với các tổ chức mua tạng.

Nghiên cứu. Chúng tôi có thể sử dụng hoặc chia sẻ thông tin y tế của quý vị liên quan đến các hoạt động nghiên cứu nhất định sau khi đã thực hiện quy trình phê duyệt đặc biệt cho nghiên cứu đó.

Các nhà tù. Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin y tế của quý vị với nhà tù hoặc cán bộ hành pháp nếu quý vị là tù nhân trong một nhà tù hoặc bị quản giữ bởi một cán bộ hành pháp. Việc tiết lộ thông tin này có thể cần để: (1) cơ sở đó cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc sức khỏe; (2) để bảo vệ sức khỏe và sự an toàn của quý vị hoặc sức khỏe và sự an toàn của người khác; hoặc (3) vì an ninh an toàn của nhà tù.

Chức năng Chính quyền Chuyên trách. Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin y tế của quý vị cho một số hoạt động chính quyền chuyên trách, theo pháp luật cho phép. Các chức năng này bao gồm:
Hoạt động quân sự và cựu chiến binh;
Hoạt động tình báo và an ninh quốc gia;
Hoạt động bảo vệ cho Tổng thống và những người khác;
Xác định sự phù hợp về y tế;
Các nhà tù; và
Các tình huống giam giữ thực thi pháp luật khác.

Danh mục thông tin đặc biệt. Trong một số trường hợp, thông tin y tế của quý vị có thể bị hạn chế theo cách sẽ giới hạn một số việc sử dụng và tiết lộ được mô tả trong Thông báo này. Ví dụ: có những hạn chế đặc biệt đối với việc sử dụng hoặc tiết lộ một số loại thông tin nhất định, như là: xét nghiệm HIV, điều trị tình trạng sức khỏe tâm thần hoặc thông tin điều trị liên quan đến lạm dụng rượu hoặc ma túy.

Phản đối sử dụng và tiết lộ

Trong một số trường hợp nhất định, quý vị có quyền phản đối trước khi thông tin y tế của quý vị có thể bị sử dụng hoặc tiết lộ. Điều này có thể không được áp dụng nếu quý vị đang được điều trị một số vấn đề nhất định về tâm thần hoặc hành vi. Nếu quý vị không phản đối sau khi được trao cơ hội làm điều đó, thông tin y tế của quý vị có thể được sử dụng theo các cách sau:

Tìm kiếm Bệnh nhân. Trong hầu hết các trường hợp, điều này có nghĩa là tên quý vị, số phòng và thông tin chung về tình trạng của quý vị có thể được cung cấp cho những người hỏi về quý vị bằng tên. Ngoài ra, thông tin về tôn giáo của quý vị có thể được cung cấp cho các thành viên của hội giáo, ngay cả khi họ không yêu cầu quý vị bằng tên.

Gia đình và bạn bè. Chúng tôi có thể tiết lộ cho các thành viên gia đình của quý vị, những người thân khác và bạn bè cá nhân thân thiết của quý vị, bất kỳ thông tin y tế nào họ cần biết nếu họ có liên quan đến việc chăm sóc quý vị. Ví dụ: chúng tôi có thể nói với người đang hỗ trợ chăm sóc quý vị rằng quý vị cần dùng thuốc hoặc mua tiếp thuốc theo toa, hoặc cung cấp cho họ thông tin về cách chăm sóc quý vị. Chúng tôi cũng có thể sử dụng thông tin y tế của quý vị để tìm thành viên gia đình, đại diện cá nhân hoặc người khác chịu trách nhiệm chăm sóc cho quý vị và thông báo cho họ biết quý vị đang ở đâu, về tình trạng của quý vị, hoặc về cái chết của quý vị. Nếu đó là trường hợp khẩn cấp hoặc quý vị không thể liên lạc, chúng tôi vẫn có thể cung cấp thông tin nhất định cho người có thể giúp chăm sóc quý vị.

Cứu trợ Thiên tai. Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin y tế của quý vị với một tổ chức cứu trợ thảm họa công hoặc tư nhân hỗ trợ cho thảm họa hoặc trường hợp khẩn cấp.

Những cách sử dụng khác về thông tin y tế của quý vị

Những cách sử dụng và tiết lộ khác về thông tin y tế của quý vị không nằm trong Thông báo này, hoặc theo yêu cầu của pháp luật, sẽ chỉ được thực hiện khi có sự cho phép bằng văn bản của quý vị. Trong các trường hợp sau đây, chúng tôi sẽ không bao giờ chia sẻ thông tin của quý vị trừ khi được quý vị cho phép bằng văn bản: (1) mục đích tiếp thị, (2) bán thông tin của quý vị và (3) hầu hết các chia sẻ ghi chú tâm lý trị liệu. Nếu quý vị cho phép chúng tôi sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế đó về quý vị, quý vị có thể thu hồi sự cho phép đó, bằng văn bản, vào bất cứ lúc nào. Nếu quý vị thu hồi sự cho phép của mình, việc sử dụng hoặc tiết lộ thêm thông tin y tế đó cho các mục đích mà quý vị đã cho phép bằng văn bản sẽ ngừng, trừ khi chúng tôi đã hành động dựa trên sự cho phép của quý vị.

Quyền liên quan đến thông tin y tế của quý vị

Quý vị cũng có các quyền sau về thông tin y tế của mình:

Quyền yêu cầu một bản sao điện tử hoặc giấy của hồ sơ y tế của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu xem hoặc lấy một bản sao điện tử hoặc giấy hồ sơ y tế của quý vị mà chúng tôi có. Tất cả các yêu cầu phải ở dạng văn bản. Hãy yêu cầu chúng tôi hướng dẫn cách thực hiện điều này. Chúng tôi sẽ cung cấp một bản sao hoặc tóm tắt thông tin y tế của quý vị, thường là trong vòng 30 ngày kể từ khi quý vị yêu cầu. Chúng tôi có thể tính một mức phí hợp lý, dựa trên chi phí.

Quyền Yêu cầu Giới hạn. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi không chia sẻ thông tin y tế nhất định để điều trị, thanh toán hoặc các hoạt động của chúng tôi. Chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý với yêu cầu của quý vị và có thể nói "không" nếu điều đó ảnh hưởng đến việc chăm sóc cho quý vị. Nếu quý vị tự thanh toán đầy đủ cho một dịch vụ hoặc hạng mục chăm sóc sức khỏe, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi không chia sẻ thông tin cho mục đích thanh toán hoặc hoạt động của chúng tôi với công ty bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Chúng tôi sẽ "đồng ý" yêu cầu đó trừ khi luật pháp yêu cầu chúng tôi chia sẻ thông tin đó.

Quyền yêu cầu trao đổi bí mật. Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi liên hệ với quý vị theo một cách cụ thể (ví dụ: điện thoại nhà hoặc văn phòng) hoặc gửi thư đến một địa chỉ khác. Chúng tôi sẽ "đồng ý" tất cả các yêu cầu hợp lý. Hãy yêu cầu chúng tôi hướng dẫn cách thực hiện điều này.

Quyền sửa đổi. Nếu quý vị cảm thấy thông tin y tế chúng tôi có về quý vị không chính xác hoặc không đầy đủ, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi sửa đổi thông tin. Hãy yêu cầu chúng tôi hướng dẫn cách thực hiện điều này. Chúng tôi có thể "không đồng ý" với yêu cầu của quý vị, nhưng chúng tôi sẽ cho quý vị biết lý do bằng văn bản trong vòng 60 ngày.

Quyền được giải trình về việc tiết lộ thông tin. Quý vị có thể yêu cầu liệt kê (giải trình) về những lần chúng tôi đã chia sẻ thông tin y tế của quý vị trong vòng sáu năm trở về trước, chúng tôi đã chia sẻ với ai và tại sao.

Chúng tôi sẽ bao gồm tất cả các tiết lộ ngoại trừ những tiết lộ về điều trị, thanh toán và hoạt động chăm sóc sức khỏe và một số tiết lộ khác (chẳng hạn như bất kỳ hoạt động nào mà quý vị yêu cầu chúng tôi thực hiện). Chúng tôi sẽ cung cấp miễn phí một bản giải trình mỗi năm nhưng sẽ tính phí hợp lý, dựa trên chi phí nếu quý vị yêu cầu một bản giải trình khác trong vòng 12 tháng.

Quyền nhận bản sao giấy của thông báo này. Quý vị có thể yêu cầu một bản sao giấy của Thông báo này bất cứ lúc nào, ngay cả khi quý vị đã đồng ý nhận Thông báo điện tử. Chúng tôi sẽ nhanh chóng cung cấp cho quý vị một bản sao giấy. Để nhận bản sao của Thông báo này, hãy liên hệ với Cán bộ quyền riêng tư của Cơ sở hoặc lấy từ Khu vực Đăng ký Dành cho Bệnh nhân của một trong các Cơ sở của chúng tôi.

Quyền nộp đơn khiếu nại. Quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại với chúng tôi hoặc tới Văn phòng Dân quyền của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ nếu quý vị tin rằng chúng tôi đã vi phạm quyền riêng tư của quý vị. Để khiếu nại với chúng tôi, vui lòng liên hệ với Cán bộ quyền riêng tư của Cơ sở theo số điện thoại được liệt kê bên dưới hoặc bằng văn bản đến địa chỉ sau:

Privacy Officer (Cán bộ Quyền riêng tư)
Children's Hospital
200 Henry Clay Avenue
New Orleans LA 70118
504.894.5395

Quý vị sẽ không bị phạt hoặc bị trả thù vì đã nộp đơn khiếu nại.

Quyền chọn người thay mặt quý vị Nếu quý vị đã ủy quyền y tế cho ai đó hoặc nếu ai đó là người giám hộ hợp pháp của quý vị, người đó có thể thực hiện các quyền của quý vị và đưa ra lựa chọn về thông tin y tế của quý vị. Chúng tôi sẽ xác định người đó có thẩm quyền này và có thể thay mặt quý vị trước khi chúng tôi thực hiện hành động.

Thông báo này có hiệu lực từ ngày 6 tháng 4 năm 2018