Adventist Health Portland

Patient MRN: _____

Patient DOB: _____

Patient Name: _____

Điều Kiện Đăng Ký

1. **Đồng Ý Thực Hiện Dịch Vụ Y Tế:** Tôi đồng ý thực hiện dịch vụ điều trị y tế này khi tôi là bệnh nhân. Loại dịch vụ này có thể bao gồm thăm khám tại phòng mạch, xét nghiệm máu không phức tạp hoặc làm thủ thuật xét nghiệm, chụp X-quang, điều dưỡng, chăm sóc sức khỏe từ xa, thăm khám trực tuyến, dịch vụ cấp cứu, dịch vụ y tế và dịch vụ phẫu thuật, cũng như các dịch vụ khác được cung cấp theo chỉ dẫn của bác sĩ phụ trách, bác sĩ điều trị hoặc bác sĩ phẫu thuật của tôi ("Nhà Cung Cấp"). Tôi hiểu rằng thực hành y khoa không hoàn toàn chính xác và rủi ro có thể xảy ra trong quá trình điều trị cho tôi. Tôi xác nhận rằng tôi không được đảm bảo về kết quả thăm khám hoặc điều trị.

2. **Chăm Sóc Điều Dưỡng Tại Bệnh Viện:** Nếu dịch vụ điều trị của tôi bao gồm cả nhập viện tại một bệnh viện thuộc hệ thống Adventist Health, tôi hiểu rằng Y Tá Hành Nghề và Trợ Lý Điều Dưỡng sẽ cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng tổng hợp và dịch vụ chăm sóc theo y lệnh của Nhà Cung Cấp. Nếu tôi muốn được cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn cá nhân, tôi (hoặc người đại diện hợp pháp của tôi) đồng ý với sự sắp xếp đó.

3. **Mối Quan Hệ Pháp Lý với Nhà Cung Cấp:**

   a. **Phòng Khám:** Tôi hiểu rằng tôi đang được Nhà Cung Cấp điều trị chăm sóc và theo dõi. Phòng khám thuộc hệ thống Adventist Health và đội ngũ nhân viên có trách nhiệm thực hiện theo hướng dẫn của Bác Sĩ. Khi cần, Nhà Cung Cấp có trách nhiệm đạt được sự chấp thuận của tôi về dịch vụ điều trị y tế cụ thể, thủ thuật chẩn đoán hoặc trị liệu đặc biệt hoặc dịch vụ phòng khám được cung cấp theo hướng dẫn chung hoặc đặc biệt của Nhà Cung Cấp.

   b. Bệnh Viện: Nhiều Nhà Cung Cấp, bao gồm nhưng không giới hạn ở bác sĩ X-quang, bác sĩ bệnh lý học, bác sĩ cấp cứu, bác sĩ gây mê, bác sĩ tim mạch, bác sĩ phẫu thuật, bác sĩ y học bệnh viện và một số y tá cao cấp và trợ lý bác sĩ cung cấp dịch vụ cho tôi <u>KHÔNG PHẢI</u> là nhân viên của bệnh viện thuộc hệ thống Adventist Health và được cấp đặc quyền sử dụng bệnh viện để chăm sóc và điều trị cho bệnh nhân của họ. Các nhà cung cấp có thể lập hóa đơn dịch vụ riêng. Tôi hiểu rằng tôi đang được Nhà Cung Cấp theo dõi và chăm sóc. Bệnh viện thuộc hệ thống Adventist Health và đội ngũ nhân viên điều dưỡng có trách nhiệm thực hiện theo hướng dẫn của Nhà Cung Cấp. Tôi hiểu rằng khi cần, Nhà Cung Cấp có trách nhiệm đạt được sự chấp thuận của tôi về dịch vụ điều trị y tế hoặc phẫu thuật cụ thể, thủ thuật chẩn đoán hoặc trị liệu đặc biệt hoặc dịch vụ bệnh viện được cung cấp theo hướng dẫn chung hoặc đặc biệt của Nhà Cung Cấp.

c. **Thông Báo cho Khách Hàng:** Trợ lý bác sĩ và Nhà Cung Cấp dịch vụ y tế được cấp phép và quản lý bởi Oregon Medical Board (971) 673-2700 www.oregon.gov/omb/

4. **Chụp Ảnh:** Tôi đồng ý cho phép chụp ảnh, quay video, chụp ảnh kỹ thuật số hoặc hình ảnh khác, theo dõi và giám sát nhằm phục vụ cho mục đích chẩn đoán, điều trị hoặc hoạt động, bao gồm bình duyệt, chương trình giáo dục hoặc đào tạo do Adventist Health tổ chức.

5. **Đồng Ý Áp Dụng Cho Trẻ Sơ Sinh Khi Sinh Con Tại Bệnh Viện:** Nếu tôi sinh con khi đang là bệnh nhân của bệnh viện thuộc hệ thống Adventist Health, tôi đồng ý rằng những Điều Kiện Đăng Ký này sẽ áp dụng cho trẻ sơ sinh trong tất cả cơ sở chăm sóc sức khỏe của Adventist Health, bao gồm cả các lần thăm khám tại phòng khám sau sinh.

6. **Đồ Dùng Cá Nhân:** Nếu dịch vụ điều trị của tôi bao gồm cả nhập viện tại một bệnh viện thuộc hệ thống Adventist Health, tôi hiểu rằng Adventist Health sẽ cung cấp cho tôi chỗ cất giữ quần áo, đồ dùng vệ sinh cá nhân và các đồ dùng cá nhân khác. Tôi hiểu rằng tôi không được phép cất giữ hàng lậu hoặc các mặt hàng bị cấm khác và cũng được khuyến khích không cất giữ những vật dụng có giá trị. Tôi xác nhận rằng tôi chịu trách nhiệm về tất cả đồ dùng cá nhân cất giữ ở nơi được cung cấp. Adventist Health không có trách nhiệm thay thế vật dụng bị mất hoặc thất lạc.

7. **Chương Trình Giảng Dạy:** Nếu Adventist Health tổ chức chương trình giảng dạy, sinh viên sẽ được phép tham gia chăm sóc cho tôi, trừ khi tôi (hoặc người đại diện hợp pháp của tôi) thông báo cho Nhà Cung Cấp rằng tôi không đồng ý cho phép sinh viên tham gia.

8. **Không Phân Biệt Đối Xử:** Tôi được thông báo rằng Adventist Health không phân biệt đối xử dựa trên độ tuổi, chủng tộc, sắc dân, màu da, tổ tiên, tôn giáo, văn hóa, ngôn ngữ, khuyết tật về thể chất hoặc tinh thần, tình trạng kinh tế xã hội, giới tính, xu hướng tính dục và bản dạng giới hoặc thể hiện giới.

9. **Thông Báo về Thực Hành Quyền Riêng Tư:** Tôi đã nhận được một bản sao của Thông Báo về Thực Hành Quyền Riêng Tư (Notice of Privacy Practices, NPP). Thông báo này mô tả thời điểm Adventist Health có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin của tôi phục vụ cho mục đích điều trị, thanh toán và thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe, quyền hợp pháp của tôi liên quan đến thông tin này, cũng như cách nộp đơn khiếu nại nếu tôi tin rằng quyền của mình đã bị xâm phạm. NPP được đưa vào Điều

Kiện Đăng Ký và Thỏa Thuận Tài Chính theo dẫn chiếu này. Thông báo này chỉ được cung cấp khi tôi nhận được dịch vụ đầu tiên từ Adventist Health. Thông báo này cũng có sẵn khi được yêu cầu.

10. **Thỏa Thuận Tài Chính:** Tôi chấp nhận chịu trách nhiệm tài chính về mọi dịch vụ trong quá trình chăm sóc cho tôi. Tôi hiểu rằng tôi có thể nhận được hóa đơn riêng từ Adventist Health, Nhà Cung Cấp và các dịch vụ chuyên khoa khác. Tôi đồng ý thanh toán ngay mọi hóa đơn dịch vụ theo mức giá và điều khoản thông thường của Adventist Health, cũng như chính sách Hỗ Trợ Tài Chính và chiết khấu thanh toán của Adventist Health (nếu có). Quyền truy cập trực tuyến để thanh toán hóa đơn của tôi có sẵn trên ***MyChart***. Nếu tài khoản nợ được chuyển đến luật sư hoặc công ty thu nợ, tôi sẽ thanh toán phí luật sư và chi phí thu nợ thực tế phát sinh. Mọi tài khoản nợ quá hạn phải chịu mức lãi suất theo luật định. Tôi cho phép Adventist Health và/hoặc người đại diện của Adventist Health yêu cầu nhiều văn phòng báo cáo tín dụng khác nhau cung cấp thông tin tín dụng để thu tài khoản nợ của tôi, bao gồm nhưng không giới hạn ở việc thu tài khoản nợ quá hạn, đánh giá yêu cầu hỗ trợ tài chính và đánh giá rủi ro tín dụng thường kỳ.

11. **Đồng Ý Liên Lạc Qua Email:** Tôi đã được thông báo rằng khi cung cấp địa chỉ email cho Adventist Health, tôi công khai chấp thuận và đồng ý nhận thông tin liên lạc từ hoặc thay mặt cho Adventist Health (bao gồm cả người đại diện, chi nhánh và nhà thầu độc lập của Adventist Health) qua email. Loại thông tin liên lạc này có thể bao gồm nhưng không giới hạn ở thông tin liên lạc về sức khỏe tổng quát như lời nhắc cuộc hẹn, hướng dẫn trước phẫu thuật, kết quả xét nghiệm hoặc theo dõi sau khi xuất viện, cũng như thông báo lập hóa đơn, thông báo thanh toán, thu nợ và thông tin quảng bá dịch vụ và Nhà Cung Cấp mới tại Adventist Health. Ngoài ra, Adventist Health cũng có thể định kỳ gửi lời mời tham gia Khảo Sát Trải Nghiệm Bệnh Nhân qua email. Khảo sát này không bắt buộc. Tôi cũng xác nhận rằng thông tin liên lạc qua email từ Adventist Health không phải lúc nào cũng được bảo mật tuyệt đối và có thể bị bên thứ ba chặn lại, khiến người khác có thể xem thư chứa thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi. Nếu không muốn tiếp tục nhận email từ Adventist Health, tôi hiểu rằng tôi sẽ có cơ hội chọn không nhận email khi thư được gửi đi hoặc có thể liên hệ với support@ah.org

12. **Đồng Ý Liên Lạc Qua Điện Thoại và Văn Bản:** Tôi đã được thông báo rằng khi tự nguyện cung cấp số điện thoại cố định hoặc di động cho Adventist Health, tôi công khai chấp thuận và đồng ý nhận cuộc gọi được quay số tự động và/hoặc được ghi âm trước,

cũng như tin nhắn văn bản SMS từ hoặc thay mặt cho Adventist Health (bao gồm cả người đại diện, chi nhánh và nhà thầu độc lập của Adventist Health) theo số này. Loại cuộc gọi và tin nhắn văn bản này có thể bao gồm nhưng không giới hạn ở thông tin liên lạc về sức khỏe tổng quát như lời nhắc cuộc hẹn, hướng dẫn trước phẫu thuật, kết quả xét nghiệm hoặc theo dõi sau khi xuất viện, cũng như thông tin về dịch vụ và Nhà Cung Cấp mới tại Adventist Health. Ngoài ra, Adventist Health cũng có thể định kỳ gửi lời mời tham gia Khảo Sát Trải Nghiệm Bệnh Nhân qua tin nhắn văn bản. Khảo sát này không bắt buộc. Tôi cũng công khai xác nhận và đồng ý rằng loại cuộc gọi và tin nhắn văn bản này có thể liên quan đến thông báo lập hóa đơn, thông báo thanh toán và thu nợ, cũng như thông tin quảng bá dịch vụ và Nhà Cung Cấp mới tại Adventist Health. Cước phí dữ liệu và tin nhắn văn bản thông thường sẽ áp dụng cho mỗi nhà cung cấp dịch vụ điện thoại di động riêng. Tôi cũng đồng ý rằng mọi thông tin số điện thoại cố định hoặc di động được cung cấp cho Adventist Health đều xác thực. Tôi cũng xác nhận rằng thông tin liên lạc qua tin nhắn văn bản không phải lúc nào cũng được bảo mật tuyệt đối và có thể bị bên thứ ba chặn lại. Tôi cũng hiểu rằng nếu tôi chia sẻ thiết bị di động với người khác, họ có thể xem tin nhắn do Adventist Health gửi, trong đó chứa thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi. Nếu tôi không muốn tiếp tục nhận cuộc gọi hoặc tin nhắn văn bản SMS, tôi hiểu rằng tôi sẽ có cơ hội dừng hoặc chọn không nhận khi tin nhắn được gửi đi theo hướng dẫn trong tin nhắn thoại hoặc tin nhắn văn bản hoặc có thể liên hệ với support@ah.org.

13. **Chuyển Nhượng Quyền Lợi Bảo Hiểm:** Tôi chuyển nhượng và ủy quyền trực tiếp thanh toán mọi quyền lợi bảo hiểm và chương trình đối với dịch vụ chăm sóc đã nhận cho Adventist Health. Khi có sự ủy quyền này, tất cả các bên đồng ý rằng việc công ty bảo hiểm thanh toán cho Adventist Health sẽ đáp ứng nghĩa vụ của công ty bảo hiểm liên quan đến giai đoạn chăm sóc này. Tôi cũng hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm tài chính đối với khoản phí chưa thanh toán theo sự chuyển nhượng này.

14. **Hỗ Trợ Tài Chính:** Tôi đã được thông báo về chính sách Hỗ Trợ Tài Chính của Adventist Health. Tôi hiểu rằng tôi có thể tìm thêm thông tin về chính sách này tại khu vực đăng ký của cơ sở hoặc trang web AdventistHealth.org/PortlandFinancialAssistance, bằng cách gọi số (503) 782-9235 hoặc (888) 311-1283. Đối với số dư tăng thêm bất kỳ trong tài khoản của tôi, khoản thanh toán sẽ đến hạn sau khi nhận được hóa đơn. Nếu tôi không có bảo hiểm, tôi có thể đủ điều kiện được giảm giá dịch vụ theo Chính Sách Giảm Giá cho Người Không Có Bảo Hiểm của Adventist Health. Chúng tôi sẵn lòng xem xét tình hình tài chính của quý vị để xác định xem quý vị có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay

không. Liên hệ Văn Phòng Lập Hóa Đơn tại (503) 782-9325.

15. **Chương Trình Hỗ Trợ Nhà Thuốc/Thiết Bị Y Tế:** Nhà sản xuất dược phẩm, thiết bị y tế, tổ chức phi lợi nhuận và tổ chức chính phủ tài trợ cho chương trình hỗ trợ bệnh nhân, cung cấp thuốc và thiết bị y tế miễn phí hoặc giảm giá cho bệnh nhân đủ điều kiện ("Chương Trình Hỗ Trợ Bệnh Nhân"). Adventist Health đã thay mặt bệnh nhân ký hợp đồng với bên thứ ba để nhận các quyền lợi của chương trình. Adventist Health cung cấp dịch vụ này miễn phí cho quý vị. Khi ký tên vào biểu mẫu này, tôi ủy quyền cho Adventist Health và nhà thầu bên thứ ba làm người đại diện theo mục đích giới hạn là đăng ký tham gia Chương Trình Hỗ Trợ Bệnh Nhân dành cho bệnh nhân của Adventist Health. Thẩm quyền mà tôi trao cho Adventist Health và nhà thầu bên thứ ba bao gồm quyền (i) ký tên vào đơn đăng ký tham gia Chương Trình Hỗ Trợ Bệnh Nhân, (ii) xem xét và tiết lộ bất kỳ thông tin nào mà tôi cung cấp cho Adventist Health hoặc có trong hồ sơ y tế của tôi, bao gồm cả thông tin cá nhân, y tế và/hoặc tài chính. Thông tin này sẽ chỉ được cung cấp cho đơn vị tài trợ chương trình. Adventist Health không thể đảm bảo đơn đăng ký của tôi sẽ thành công. Tuy nhiên, nếu Adventist Health nhận được thuốc/thiết bị y tế miễn phí hoặc giảm giá theo đơn đăng ký của tôi thì chi phí thuốc hoặc thiết bị y tế sẽ được miễn hoặc giảm giá trong hóa đơn của tôi. Nếu tôi không muốn tham gia chương trình này, tôi hiểu rằng tôi sẽ có cơ hội dừng hoặc chọn không tham gia bằng cách gửi email đến support@ah.org, trong đó cho biết tôi muốn được loại khỏi chương trình RecovRx.

16. **Chuyển Nhượng Medicare:** Tôi xác nhận rằng thông tin tôi cung cấp khi đăng ký thanh toán từ bất kỳ người trả tiền bên thứ ba nào, bao gồm cả khoản thanh toán theo Tiêu Đề XVIII của Đạo Luật An Sinh Xã Hội, là chính xác. Tôi yêu cầu thanh toán các quyền lợi được ủy quyền thay mặt cho tôi. Tôi cũng cho phép Văn Phòng Sở An Sinh Xã Hội (Social Security Administration Office) trực thuộc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (Department of Health and Human Services) tiết lộ thông tin về khả năng tôi hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm theo Medicare Phần A và Medicare Phần B, bao gồm nhưng không giới hạn đến ngày bảo hiểm có hiệu lực. Tôi cũng cho phép Adventist Health và bác sĩ tiết lộ mọi thông tin cần thiết cho việc này hoặc yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm Medicare liên quan cho Sở An Sinh Xã Hội (Social Security Administration) hoặc bên trung gian hay hãng bảo hiểm.

17. **Bệnh Nhân Ngoại Trú Medicare:** Medicare không bao trả thuốc kê toa trong bệnh viện ngoại trú, trừ một vài trường hợp ngoại lệ. "Thuốc tự dùng" là những loại thuốc mà quý vị thường tự mua và tự dùng. Tôi xác nhận rằng tôi có trách nhiệm thanh toán bất kỳ loại thuốc nào được cung cấp khi tôi là bệnh nhân ngoại trú đủ điều kiện theo định nghĩa thuốc kê toa

của Medicare. Người thụ hưởng Medicare Phần D có thể gửi văn bản yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đến Chương Trình Medicare Phần D để được hoàn lại tiền đối với những loại thuốc này theo tài liệu ghi danh Chương Trình Thuốc của Medicare.

18. **Đạo Luật về Quyền Tự Quyết của Bệnh Nhân:** Tôi đã được cung cấp thông tin liên quan đến Chỉ Thị Trước (chẳng hạn như giấy ủy quyền lâu dài về chăm sóc sức khỏe và ý nguyện trị liệu). Vui lòng ký tắt hoặc đánh dấu bên cạnh **một** trong những phát biểu sau đây:

□ Tôi đã thực hiện chỉ thị trước và đã được yêu cầu cung cấp một bản sao cho Adventist Health.
□ Tôi đã thực hiện chỉ thị trước và đã cung cấp một bản sao cho Adventist Health.
□ Tôi chưa thực hiện chỉ thị trước, nhưng tôi muốn thực hiện. Tôi đã nhận được thông tin về cách thực hiện chỉ thị trước và có thể cần hỗ trợ để có được và/hoặc thực hiện chỉ thị trước
□ Tôi chưa thực hiện chỉ thị trước và tôi cũng không muốn thực hiện.

Tôi đã có cơ hội đọc tài liệu này, đặt câu hỏi và đã được cung cấp một bản sao của tài liệu để lưu hồ sơ. Tôi hiểu rằng những Điều Kiện Đăng Ký này vẫn sẽ có hiệu lực cho đến khi tôi hoàn thành biểu mẫu Điều Kiện Đăng Ký khác.

Chữ Ký của Bệnh Nhân/Người Đại Diện Hợp Pháp:

X_____ Ngày: _____

_____ Thời Gian: _____

Tên Viết In Hoa

□ Tôi là bệnh nhân
□ Tôi đã được bệnh nhân ủy quyền ký thay bệnh nhân

Nếu quý vị không phải là bệnh nhân, vui lòng xác định mối quan hệ của quý vị với bệnh nhân.

□ Vợ/Chồng
□ Cha/Mẹ
□ Người Đại Diện Hợp Pháp
□ Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe
□ Người Bảo Lãnh
□ Khác (vui lòng nêu rõ) _____

Adventist Health Portland

OHSU

Patient MRN: _____

Patient DOB: _____

Patient Name: _____

Witness Signature and Title:

Witness Signature:_____ **Title:**_____ **Date:**_____

Printed Name of Witness:_____ **Time:**_____ **AM/PM**

- OR -

□ **Telephone Consent Obtained**

Witness 1 Signature:_____ **Print Name:** _____

Title:_____ **Date:**_____ **Time:**_____ **AM/PM**

Witness 2 Signature:_____ **Print Name:** _____

Title:_____ **Date:**_____ **Time:**_____ **AM/PM**

Translation/Interpreter Statement:

Primary Language (if not English): _____

I have accurately and completely read the foregoing document to the signatory identified in the patient/legal representative's primary language. He/she understands all terms and conditions and acknowledges his/her agreement by signing this document.

Translator ID#_____ (□ Phone □ Video) Date:_____ Time:_____ AM/PM

- OR -

On-site Translator Name (Printed): _____

On-site Translator Signature:_____ Date:_____ Time:_____ AM/PM

Relationship: □ Certified Interpreter □ Patient-Appointed Agent □ Other _____

[ADVENTISTHEALTH:INTERNAL]