



Tên của bệnh nhân \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ Số hồ sơ y tế \_\_\_\_\_

**THÔNG BÁO CẢM PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ:**

Spectrum Health tuân thủ các điều luật dân quyền hiện hành của liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, giới tính hay tình trạng khuyết tật. Spectrum Health không loại trừ hay đối xử khác biệt với bất cứ người nào căn cứ vào chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, giới tính, tình trạng khuyết tật hay bất kỳ lý do nào khác bị luật cấm.

**TÔI ĐỒNG Ý:**

- Cho phép các nhà cung cấp dịch vụ, bác sĩ, bác sĩ nội trú, sinh viên và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác tại Spectrum Health thăm khám và điều trị cho tôi/con tôi. Hình thức khám có thể bao gồm khám trực tiếp theo nhóm, khám từ xa, thu hình, chụp hình và sử dụng các thiết bị âm thanh. Các phương pháp này có thể được sử dụng để điều trị/chẩn đoán bệnh hoặc để thực hiện các thủ thuật cần thiết vì lý do y tế, khoa học và/hoặc sự an toàn cá nhân.
- Bác sĩ có thể thay đổi chế độ chăm sóc nếu điều đó có lợi cho cuộc sống hay sức khỏe của tôi và/hoặc con tôi.
- Nếu tôi đến đây để sinh con, tôi đồng ý rằng bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác có thể chăm sóc cho con tôi.
- Nếu tôi tham gia một cuộc khám theo nhóm thì tôi hiểu rằng tôi sẽ được khám chung với các bệnh nhân khác. Trong cuộc hẹn này, người cung cấp dịch vụ y tế có thể chia sẻ thông tin cá nhân của tôi với những người khác.

**TÔI HIỂU RẰNG:**

- Tôi sẽ nêu lên các câu hỏi của tôi.
- Không có ai đưa ra lời hứa hay đảm bảo nào về kết quả điều trị hay chăm sóc cho tôi. Tôi nhận biết rằng việc hành nghề y tế và phẫu thuật không phải là một khoa học chính xác. Không ai có thể đảm bảo kết quả của việc điều trị hay thăm khám cho tôi tại Spectrum Health.
- Các sinh viên và nhân viên có thể khám cho tôi và xem hồ sơ y tế của tôi nhằm mục đích giảng dạy hay nghiên cứu.
- Nhân viên sẽ xác nhận lại danh tính của tôi. Họ sẽ hỏi xem tôi ở đây để làm gì. Họ làm như vậy để bảo vệ tôi.
- Một số bác sĩ và nhân viên không phải nằm trong biên chế của Spectrum Health. Tôi biết rằng Spectrum Health sẽ không chịu trách nhiệm đối với các dịch vụ chăm sóc hoặc hành động khác của những người này. Tôi cũng biết rằng những người này sẽ gửi hóa đơn riêng cho tôi mặc dù họ đã cung cấp dịch vụ cho tôi tại cơ sở của Spectrum Health. Tôi sẽ làm việc với văn phòng của họ để trả lời mọi thắc mắc về bảo hiểm của tôi.
- Nếu một người tham gia chăm sóc cho tôi tiếp xúc với máu hay dịch cơ thể của tôi thì luật pháp Michigan cho phép nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe xét nghiệm máu của tôi để tìm HIV (vi rút gây bệnh AIDS) hoặc viêm gan mà không cần sự cho phép của tôi.
- Một bản sao của Chính sách về các Điều kiện được Hỗ trợ Tài chính của Spectrum Health có sẵn theo yêu cầu tại tất cả các khu đăng ký cũng như ở trang web tại địa chỉ [www.spectrumhealth.org](http://www.spectrumhealth.org).
- Spectrum Health sẽ không dung thứ cho bất kỳ sự phân biệt đối xử nào đối với nhà cung cấp dịch vụ y tế cho tôi và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe hay nhân viên khác dựa trên chủng tộc, màu da, giới tính xã hội, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, giới tính sinh học, tình trạng khuyết tật hoặc bất kỳ lý do nào khác bị cấm bởi luật pháp liên bang, tiểu bang hay địa phương.
- Nếu tình trạng sức khỏe khiến tôi cần được giới thiệu đến một bác sĩ chuyên khoa thì tôi hiểu rằng tôi sẽ được yêu cầu lựa chọn một nhà cung cấp dịch vụ chuyên khoa. Tôi sẽ có cơ hội chọn một nhà cung cấp dịch vụ để Spectrum Health liên lạc, hoặc nếu tôi không muốn chọn thì Spectrum Health sẽ liên lạc với một nhà cung cấp dịch vụ độc lập có tên trong danh sách các “đối tác có sẵn”. Tôi cho phép công ty bảo hiểm của tôi tính tiền cho các dịch vụ chuyên nghiệp mà tôi nhận được từ nhà cung cấp này bất kể nhà cung cấp có tham gia với chương trình bảo hiểm của tôi hay không.
- Mẫu ưng thuận này sẽ có hiệu lực trong một (1) năm kể từ ngày tôi ký tên.



Confidentiality of this medical record shall be maintained except when use or disclosure is required or permitted by law, regulation, or written authorization by the patient.

DO NOT MARK BELOW THIS LINE      BARCODE ZONE      DO NOT MARK BELOW THIS LINE



\* X 0 4 8 7 8 \*

## THÔNG TIN Y TẾ CỦA TÔI

- SPECTRUM HEALTH CÓ THỂ TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ CỦA TÔI CHO:
  - Các công ty bảo hiểm, chương trình chăm sóc sức khỏe và người quản lý chương trình để thực hiện thanh toán cho các dịch vụ đã cung cấp cho tôi hay con tôi.
  - Các cơ quan chính phủ như Medicare và Medicaid, hoặc theo yêu cầu của luật pháp.
  - Các nhà cung cấp dịch vụ cho tôi và những người khác tham gia chăm sóc cho tôi trong hiện tại và tương lai.
  - Chủ thuê lao động của tôi, nếu hồ sơ được tiết lộ có liên quan đến sự chăm sóc hay dịch vụ do chủ thuê lao động thanh toán hoặc vì những mục đích khác được luật pháp cho phép.
  - Bất kỳ người hay tổ chức nào có trách nhiệm thanh toán một phần hay toàn bộ hóa đơn cho tôi.
- Tôi đồng ý rằng Spectrum Health có thể chụp hình tôi hay con tôi để lưu vào hồ sơ y tế điện tử của tôi. Tôi hiểu rằng Spectrum Health sẽ sử dụng hình ảnh này để xác nhận danh tính của bệnh nhân với mục đích cải thiện trải nghiệm của tôi.
- Tôi hiểu rằng Spectrum Health sẽ lưu giữ thông tin y tế của tôi hay con tôi theo cách phù hợp với luật pháp tiểu bang, luật pháp liên bang và chính sách bệnh viện. Tôi cũng hiểu rằng thông tin y tế của tôi có thể được lưu trên phương tiện điện tử và có thể được gửi đến hay nhận từ những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và/hoặc các bên thanh toán khác qua đường điện tử. Thông tin này bao gồm chẩn đoán của tôi (vấn đề sức khỏe của tôi), các phương pháp điều trị (những gì được làm để chữa trị cho tôi) và thông tin về thuốc hay toa thuốc. Thông tin này cũng có thể bao gồm chi tiết về sức khỏe tâm thần, các bệnh truyền nhiễm (như HIV) và các vấn đề khác của tôi, ví dụ như rối loạn lạm dụng ma túy hay rượu bia.
- Trong một số trường hợp, luật pháp buộc Spectrum Health phải báo cáo thông tin y tế lên một cơ quan như sở y tế, có thể bao gồm thông tin về HIV, bệnh lao và các bệnh khác.
- Nếu tôi được chuyển đến một cơ sở khác thì các nhà cung cấp dịch vụ/bác sĩ/bác sĩ nội trú của Spectrum Health có thể xem hồ sơ y tế của tôi để theo dõi quá trình chăm sóc cho tôi và/hoặc sử dụng thông tin đó cho việc nghiên cứu y tế.

## THÔNG BÁO VỀ QUYỀN RIÊNG TƯ

- Tôi có một số quyền và trách nhiệm khi tôi hay con tôi nhận dịch vụ. Spectrum Health đã cung cấp cho tôi một bản Thông báo về các Quy tắc Thực hành Bảo vệ Quyền riêng tư, và tôi đã có cơ hội đặt câu hỏi về nội dung của Thông báo đó.

## ĐỒ VẬT CÓ GIÁ TRỊ

- Spectrum Health yêu cầu bệnh nhân để các đồ vật có giá trị ở nhà hoặc gửi cho người nhà giữ. Tôi đồng ý rằng Spectrum Health sẽ không chịu trách nhiệm đối với việc bảo vệ tài sản của tôi.

## CÁC QUYỀN CỦA BỆNH NHÂN VÀ THỦ TỤC KHIẾU NẠI

- Tôi hiểu rằng tôi có thể nêu quan ngại hay nộp khiếu nại mà không sợ bị ảnh hưởng tiêu cực hay trả thù vì hành động này. Mọi nỗ lực sẽ được thực hiện để giải quyết vấn đề nhanh chóng hoặc trong vòng bảy (7) ngày nếu có thể. Nếu tôi có thắc mắc về các quyền của tôi với tư cách là bệnh nhân thì tôi có thể đặt câu hỏi. Số điện thoại liên lạc là 269.983.8724 (Spectrum Health Lakeland) hoặc 855.613.2262 (tất cả các địa điểm khác của Spectrum Health).

## CHO PHÉP GỌI ĐIỆN

- Tôi đã cung cấp cho Spectrum Health các số điện thoại ở nhà và/hoặc di động cũng như địa chỉ email của tôi. Tôi đồng ý nhận các cuộc gọi sử dụng thiết bị bấm số tự động và/hoặc tin nhắn thu âm sẵn cũng như các tin nhắn văn bản và/hoặc email từ Spectrum Health và/hoặc các đại diện/bên thứ ba của Spectrum Health. Các thông báo này có thể bao gồm hóa đơn tính tiền. Tôi sẽ có trách nhiệm thanh toán phí dịch vụ của (các) công ty cung cấp dịch vụ điện thoại, nếu có. Tôi vẫn có thể được điều trị ngay cả khi tôi từ chối "cho phép gọi điện".

## CHO PHÉP THU TIỀN THANH TOÁN VÀ LẬP HÓA ĐƠN

- Spectrum Health được phép yêu cầu thanh toán từ bất kỳ bên thứ ba nào cũng như từ chính tôi. Tôi ủy quyền cho Spectrum Health hành động thay mặt tôi trong việc thu nhận tiền quyền lợi từ bất kỳ bên thứ ba nào và trong việc ký hậu các chi phiếu trả tiền cho tôi và/hoặc cho Spectrum Health.
- Tôi đồng ý cho bất kỳ công ty bảo hiểm nào có trách nhiệm thanh toán dịch vụ chăm sóc và điều trị y tế cho tôi được phép trả tiền trực tiếp cho Spectrum Health đối với các dịch vụ đã được cung cấp. Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm phải trả bất kỳ chi phí nào không được bảo hiểm chi trả.
- Tôi yêu cầu rằng các khoản chi trả mà Medicare chấp nhận cho tôi để thanh toán các dịch vụ được cung cấp bởi Spectrum Health hoặc tại các cơ sở của Spectrum Health đều được trả (thay mặt cho tôi) trực tiếp cho Spectrum Health.



Tên của bệnh nhân \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ Số hồ sơ y tế \_\_\_\_\_

**CHO PHÉP THU TIỀN THANH TOÁN VÀ LẬP HÓA ĐƠN (TIẾP TỤC)**

- Tôi đồng ý rằng nếu tài khoản của tôi không được thanh toán đúng hạn thì bệnh viện có thể thuê luật sư và/hoặc dịch vụ thu nợ để đòi số tiền còn thiếu. Tôi sẽ phải chịu trách nhiệm bồi hoàn cho bệnh viện tất cả các phí tổn, chi phí và lệ phí liên quan đến việc thu nợ các khoản đã đến hạn. Điều này bao gồm, nhưng không giới hạn ở, các khoản lãi suất hợp lý, án phí (nếu khởi kiện ra tòa án), chi phí luật sư hợp lý và/hoặc chi phí dịch vụ thu nợ hợp lý, bao gồm cả loại chi phí tính theo tỷ lệ phần trăm của khoản nợ cần thu.
- Nếu quý vị không muốn chúng tôi gửi hóa đơn đến công ty bảo hiểm thì quý vị phải thông báo cho chúng tôi biết vào lúc nhận dịch vụ.

**CHUYỂN NHƯỢNG**

- Tôi chuyển nhượng cho Spectrum Health:
  - Tất cả các quyền lợi, quyền yêu cầu bồi thường cũng như bất kỳ và tất cả các quyền khác, bao gồm quyền gửi hóa đơn tới và trao đổi với bất kỳ bên thứ ba nào vì mục đích yêu cầu thanh toán liên quan đến các chi phí của tôi tại Spectrum Health.
  - Quyền nộp đơn kiện hoặc can thiệp vào bất kỳ vụ kiện hay thủ tục pháp lý nào liên quan đến các chi phí của tôi tại Spectrum Health.
  - Quyền thực hiện bất kỳ hành động nào khác nhằm thu tiền thanh toán cho các chi phí của tôi tại Spectrum Health.
- Việc chuyển nhượng này bao gồm, nhưng không giới hạn ở, việc nhượng quyền kháng cáo nếu bị bất kỳ bên thanh toán nào từ chối trả các chi phí của tôi tại Spectrum Health, bao gồm bất kỳ chương trình quyền lợi hay hợp đồng bảo hiểm nào do một chủ thuê lao động tài trợ hoặc chương trình bảo hiểm khác được cung cấp theo luật pháp hay hợp đồng.
- Tôi cũng đồng ý từ bỏ và chuyển nhượng cho Spectrum Health bất kỳ và tất cả các quyền của tôi trong việc thu xếp, chuyển giao hoặc thu giữ tiền thanh toán các chi phí của tôi tại Spectrum Health, hoặc quyền thực hiện bất kỳ việc nào khác có thể gây khó khăn cho việc yêu cầu thanh toán hay hoàn trả các chi phí của tôi tại Spectrum Health.
- Tôi cũng chỉ định và ủy quyền cho Spectrum Health đại diện cho tôi trong các thủ tục yêu cầu thanh toán chi phí của tôi tại Spectrum Health. Tôi cho phép Spectrum Health hành động thay mặt cho tôi trong các thủ tục yêu cầu quyền lợi, gồm cả quyền lợi chiếu theo Luật Bảo đảm Thu nhập Hưu trí của Nhân viên năm 1974, và kháng cáo lại nếu có quyết định từ chối chi trả quyền lợi. Tôi đồng ý hợp tác với Spectrum Health trong các nỗ lực yêu cầu tất cả các quyền lợi bảo hiểm sẵn có và đồng ý trả tất cả các khoản đồng bảo hiểm, đồng trả và khoản khấu trừ được yêu cầu theo bất kỳ chương trình bảo hiểm nào.
- Tôi ủy quyền và yêu cầu Spectrum Health sử dụng bất kỳ khoản thu nào để thanh toán các chi phí của tôi tại Spectrum Health.



**CHỮ KÝ CỦA (CÁC) BỆNH NHÂN**

Tôi đã đọc và hiểu rõ mẫu này. Tất cả các câu hỏi của tôi đều được trả lời đầy đủ.

GIỜ \_\_\_\_\_  Sáng  Chiều NGÀY \_\_\_\_\_ Chữ ký bệnh nhân \_\_\_\_\_

- Bệnh nhân chưa đủ 18 tuổi hoặc không có khả năng đồng ý vì lý do khác, cụ thể là \_\_\_\_\_

GIỜ \_\_\_\_\_  Sáng  Chiều NGÀY \_\_\_\_\_

Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ hợp pháp/Người bệnh vực quyền của bệnh nhân/Người thân \_\_\_\_\_

Tên bằng chữ in \_\_\_\_\_



**STAFF SIGNATURE(S)**

TIME \_\_\_\_\_  AM  PM DATE \_\_\_\_\_ Witness \_\_\_\_\_

**SECOND WITNESS NEEDED FOR VERBAL CONSENT**

TIME \_\_\_\_\_  AM  PM DATE \_\_\_\_\_ Witness \_\_\_\_\_

Confidentiality of this medical record shall be maintained except when use or disclosure is required or permitted by law, regulation, or written authorization by the patient.