

**ĐỒNG Ý ĐIỀU TRỊ  
ĐIỀU KHOẢN VÀ ĐIỀU KIỆN**

CONSENT FOR TREATMENT TERMS AND CONDITIONS

## I. SỰ ĐỒNG Ý CHUNG

**A. Đồng ý với các dịch vụ lâm sàng, y tế và điều trị phẫu thuật:** Tôi đồng ý với việc điều trị có thể xảy ra trong cuộc gặp gỡ. Chúng có thể bao gồm, nhưng không giới hạn, các cuộc gặp gỡ lâm sàng, dịch vụ sức khỏe hành vi, Dịch vụ y tế tại nhà / tại nhà, điều trị hoặc dịch vụ khẩn cấp, thủ tục trong phòng thí nghiệm, kiểm tra X-quang, điều trị hoặc thủ tục y tế hoặc phẫu thuật, chăm sóc được hỗ trợ bởi các công nghệ viễn thông ("telehealth"), gây mê hoặc các dịch vụ bệnh viện được cung cấp cho tôi theo hướng dẫn chung và đặc biệt của nhà cung cấp hoặc bác sĩ phẫu thuật. Tôi hiểu rằng việc thực hành y học và phẫu thuật sức khỏe hành vi và lâm sàng không phải là một khoa học chính xác, và chẩn đoán và điều trị có thể liên quan đến nguy cơ chấn thương hoặc thậm chí tử vong. Tôi thừa nhận rằng không có đảm bảo nào được đưa ra cho tôi về kết quả kiểm tra hoặc điều trị.

Bệnh nhân phụ sản: Nếu tôi sinh (những) trẻ sơ sinh trong khi là bệnh nhân của bệnh viện này, tôi đồng ý rằng những điều kiện nhập viện tương tự này áp dụng cho (các) trẻ sơ sinh.

**B. Nhiếp ảnh / Quay phim:** Tôi đồng ý với việc chụp ảnh, băng video và ghi âm cần thiết cho mục đích nhận dạng, để ghi lại các quá trình chẩn đoán và điều trị và ghi lại các chấn thương kéo dài trong chấn thương. Tôi cũng đồng ý với việc sử dụng hình ảnh, băng video và bản ghi âm đó cho mục đích cung cấp dịch vụ chăm sóc, cải thiện chất lượng, giáo dục và bồi hoàn. (có thể có ngoại lệ đối với Dịch vụ Sức khỏe Hành vi)

**C. Tổ chức giảng dạy, nghiên cứu và chăm sóc sức khỏe:** Sở Y tế Công cộng San Francisco, Phòng khám, Bệnh viện Đa khoa Zuckerberg San Francisco, Bệnh viện Laguna Honda và các chương trình liên kết là một tổ chức giảng dạy, nghiên cứu và chăm sóc sức khỏe. Tôi hiểu rằng cư dân, thực tập sinh, sinh viên y khoa, sinh viên của các ngành nghề chăm sóc sức khỏe phụ trợ (ví dụ: điều dưỡng, chụp X-quang, liệu pháp phục hồi chức năng), nghiên cứu sinh sau đại học, và các học viên khác và giáo sư thỉnh giảng có thể quan sát, kiểm tra, điều trị và tham gia theo yêu cầu và dưới sự giám sát của các nhà cung cấp / bác sĩ tham dự trong sự chăm sóc của tôi như. Tôi cũng hiểu rằng một hội đồng đánh giá thể chế phê duyệt các dự án được thực hiện bởi các nhà nghiên cứu theo luật tiểu bang và liên bang. Kết quả là, tôi hiểu rằng tôi có thể được liên lạc và yêu cầu tham gia vào các nghiên cứu, nhưng tôi không có nghĩa vụ phải làm như vậy. Quyết định của tôi có tham gia hay không sẽ không ảnh hưởng đến khả năng chăm sóc y tế của tôi.

**D. Sử dụng Thông tin Y tế và Mẫu bệnh phẩm để Báo cáo:** Tôi hiểu rằng thông tin y tế, ảnh và / hoặc video của tôi dưới bất kỳ hình thức nào có thể được sử dụng cho các mục đích khác của Bộ Y tế Công cộng SF (SFDPH) / Mạng lưới Y tế SF (SFHN), chẳng hạn như cải thiện chất lượng, an toàn cho bệnh nhân và giáo dục. Tôi cũng hiểu rằng thông tin y tế và mô, chất lỏng, tế bào và các mẫu vật khác của tôi (gọi chung là "Mẫu vật") mà SFDPH / SFHN có thể thu thập trong quá trình

**ĐỒNG Ý ĐIỀU TRỊ  
ĐIỀU KHOẢN VÀ ĐIỀU KIỆN**

**CONSENT FOR TREATMENT TERMS AND CONDITIONS**

điều trị và chăm sóc của tôi có thể được sử dụng và chia sẻ với các nhà nghiên cứu và bất kỳ việc sử dụng nào như vậy sẽ phù hợp với luật tiểu bang và liên bang, bao gồm tất cả các luật và quy định quản lý bảo mật bệnh nhân, như được viết trong Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư. Tôi hiểu rằng theo luật California, tôi không có bất kỳ quyền nào đối với bất kỳ sản phẩm hữu ích thương mại nào có thể được phát triển từ nghiên cứu đó.

Tôi hiểu rằng nếu tôi được chẩn đoán mắc một bệnh có thể báo cáo ở California, bao gồm nhưng không giới hạn ở ung thư, HIV, các bệnh lây truyền qua đường tình dục, co giật, lao, viêm màng não do vi-rút hoặc các chẩn đoán có thể báo cáo khác, DPH được pháp luật yêu cầu báo cáo chẩn đoán của tôi cho các tổ chức chính phủ như Bộ Dịch vụ Y tế Tiểu bang hoặc Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh. Nghi ngờ lạm dụng trẻ em, lạm dụng người cao tuổi và những người có thể gây hại cho bản thân hoặc những người khác được pháp luật yêu cầu phải báo cáo cho các dịch vụ bảo vệ. SFDPH cũng báo cáo việc chủng ngừa và xét nghiệm lao cho Cơ quan Đăng ký Tiêm chủng California theo yêu cầu của pháp luật. Nếu bạn không muốn thông tin chủng ngừa này được chia sẻ với các nhà cung cấp khác, bạn có thể liên hệ với [cairweb.org](http://cairweb.org) đăng ký CAIR hoặc bộ phận trợ giúp 1-800-578-1889

- E. **Lịch sử dùng thuốc:** Tôi đồng ý rằng SFDPH/SFHN có thể truy cập điện tử vào lịch sử dùng thuốc của tôi từ các hiệu thuốc bên ngoài và ghi lại thông tin này trong hồ sơ y tế của tôi trừ khi tôi cung cấp cho SFDPH thông báo kịp thời bằng văn bản về sự phản đối của tôi. Tôi hiểu rằng SFDPH/SFHN có thể sử dụng phần mềm để tìm kiếm cơ sở dữ liệu máy tính của các nhà thuốc bên ngoài và người quản lý phúc lợi nhà thuốc nhằm mục đích lấy lịch sử dùng thuốc của tôi và đưa ra quyết định liên quan đến việc chăm sóc của tôi.
- F. **Các biện pháp phòng ngừa chất gây nghiện cơ thể:** Tôi hiểu rằng nhân viên chăm sóc sức khỏe SFDPH / SFHN được yêu cầu tuân thủ các biện pháp phòng ngừa chất gây nghiện cơ thể nghiêm ngặt trong tất cả các hoạt động chăm sóc bệnh nhân / khách hàng / cư dân để bảo vệ cả bệnh nhân / khách hàng / cư dân và nhân viên khỏi bị nhiễm trùng. Do đó, nhân viên y tế không bắt buộc phải xét nghiệm mầm bệnh truyền qua máu.
- G. **Đồng ý qua e-mail và nhắn tin:** Tôi đồng ý gửi lời nhắc cuộc hẹn cho tôi qua nhắn tin / email hoặc thông báo MyChart với sự hiểu biết rằng tôi có thể **chọn không tham gia** bất kỳ lúc nào. Tôi hiểu rằng nếu tôi gửi email hoặc nhắn tin cho các nhà cung cấp dịch vụ và những người khác liên quan đến việc chăm sóc tôi thì họ có thể không trả lời tôi bằng cùng một phương pháp tôi đã sử dụng, do thông tin bí mật được bảo vệ. Tôi hiểu rằng nhắn tin và email của một trong hai người gửi có thể không phải là phương thức liên lạc an toàn vì các tin nhắn không được mã hóa có thể bị chặn.

- H. **Trao đổi thông tin sức khỏe:** Tôi hiểu thông tin của tôi sẽ có sẵn trong một mạng an toàn như

**ĐỒNG Ý ĐIỀU TRỊ  
ĐIỀU KHOẢN VÀ ĐIỀU KIỆN**

**CONSENT FOR TREATMENT TERMS AND CONDITIONS**

Epic CareEverywhere, trừ khi tôi **CHỌN KHÔNG THAM GIA**. Việc trao đổi này cho phép các nhà cung cấp / tổ chức / tổ chức chăm sóc sức khỏe được ủy quyền và các chuyên gia liên quan đến việc điều trị, điều phối chăm sóc, cải thiện chất lượng và các hoạt động liên quan đến quản lý hoặc thanh toán, truy cập vào hồ sơ chăm sóc sức khỏe của tôi để cung cấp cho tôi dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng và thông tin nhất.

- I. **Điều phối Chăm sóc:** Tôi đồng ý với việc tiết lộ và sử dụng thông tin sức khỏe của tôi bởi các nhà cung cấp trong SFDPH / SFHN và giữa SFDPH / SFHN, các chi nhánh và nhà cung cấp hợp đồng của SFDPH cho các mục đích điều phối chăm sóc. Thông tin sức khỏe được chia sẻ có thể bao gồm nhưng không giới hạn ở: y tế, phẫu thuật, dị ứng, nha khoa, thị lực, thính giác, dinh dưỡng, cai thuốc lá, công việc trong phòng thí nghiệm, phát triển và sức khỏe tâm thần có thể cần thiết cho việc điều trị của tôi.
- J. **Quyền riêng tư - Số an sinh xã hội:** Theo Đạo luật Quyền riêng tư Liên bang năm 1974, bạn được thông báo rằng nếu bạn có số an sinh xã hội, việc tiết lộ số an sinh xã hội của bạn là bắt buộc. Nó được sử dụng để xác minh danh tính của bạn trong hệ thống chăm sóc y tế và thanh toán. Việc tiết lộ số an sinh xã hội là bắt buộc theo quy định 4, Mục 404.1256, Bộ luật Quy định Liên bang, theo Mục 218, Tiêu đề II, của Đạo luật An sinh Xã hội, đã được sửa đổi.

## II TIÊU CHUẨN ỨNG XỬ

- A. **Chính sách SFDPH/SFHN:** Tôi đồng ý tuân thủ tất cả các chính sách của SFDPH/SFHN liên quan đến hành vi của tôi tại cơ sở SFDPH/SFHN hoặc với sự có mặt của Nhân viên DPH.
- B. **Môi trường không khói thuốc:** Tôi thừa nhận rằng SFDPH/SFHN là môi trường không khói thuốc và đồng ý không hút thuốc trong bất kỳ tòa nhà nào của SFDPH/SFHN hoặc với sự có mặt của Nhân viên DPH.
- C. **Môi trường an toàn để chăm sóc bệnh nhân: Không có đồ uống có cồn, ma túy bất hợp pháp hoặc vũ khí cầm tay:** Tôi đồng ý không mang đồ uống có cồn, ma túy bất hợp pháp, súng hoặc vũ khí nguy hiểm khác vào cơ sở SFDPH / SFHN hoặc trước sự hiện diện của Nhân viên DPH. Tôi đồng ý rằng đồ đạc cá nhân của tôi có thể được khám xét bởi nhân viên được ủy quyền hợp pháp của SFDPH / SFHN, Sở Cảnh sát San Francisco hoặc Sở Cảnh sát trưởng San Francisco.

## III. ĐIỀU KHOẢN TÀI CHÍNH

- A. **Thỏa thuận Hoàn trả SFDPH/SFHN:** Tôi đồng ý thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp bởi các luật, pháp lệnh, nghị quyết và lệnh hiện hành của Liên

**ĐỒNG Ý ĐIỀU TRỊ  
ĐIỀU KHOẢN VÀ ĐIỀU KIỆN**

**CONSENT FOR TREATMENT TERMS AND CONDITIONS**

bang và Tiểu bang của Thành phố và Quận San Francisco, bao gồm, nhưng không giới hạn, Bộ luật Thành phố San Francisco Phần Bệnh, Chương V. Điều 3 (Bộ luật Y tế). Tôi đồng ý cho phép SFDPH/SFHN điều tra và xác minh bất kỳ thông tin cá nhân và/hoặc tài chính nào được gửi để hỗ trợ yêu cầu dịch vụ của tôi và bất kỳ đơn xin trợ cấp phúc lợi công cộng nào. Theo đây, tôi tự do và tự nguyện từ bỏ thời hiệu giới hạn quyền của SFDPH / SFHN để khẳng định quyền cầm giữ đối với tài sản của tôi hoặc bất kỳ hành động nào tại tòa án của Tiểu bang California để thu chi phí dịch vụ như chăm sóc bệnh viện, dịch vụ ngoại trú và dịch vụ chuyên nghiệp. Tôi hiểu rằng tôi sẽ nhận được tin nhắn và cuộc gọi thay mặt cho SFDPH / SFHN, theo các số được cung cấp, bao gồm số điện thoại di động và địa chỉ e-mail được cung cấp trong quá trình đăng ký của tôi. Các phương thức liên lạc có thể bao gồm sử dụng tin nhắn thoại được ghi âm trước / nhân tạo và / hoặc sử dụng thiết bị quay số tự động, nếu có. Tôi ủy quyền cho SFDPH/SFHN thực hiện tất cả các khoản hoàn trả phát sinh từ bất kỳ khoản phí nào mà tôi hoặc những người mà tôi là bên chịu trách nhiệm.

**B. Mọi quan hệ giữa SFDPH / SFHN và Nhà cung cấp UCSF:** Tôi hiểu rằng các nhà cung cấp, bác sĩ và bác sĩ phẫu thuật, trong cả môi trường nội trú, ngoại trú (bao gồm sức khỏe hành vi) và bác sĩ X quang, bác sĩ bệnh học, nhà cung cấp dịch vụ cấp cứu, bác sĩ gây mê và những người khác, không phải là nhân viên hoặc đại lý của bệnh viện hoặc SFDPH / SFHN. Các nhà cung cấp này có thể lập hóa đơn riêng cho các dịch vụ chuyên nghiệp dưới tên doanh nghiệp là Tập đoàn Y tế San Francisco. Bác sĩ y khoa (MD, DO) được cấp phép và quản lý bởi Hội đồng Y khoa California. Để kiểm tra giấy phép hoặc nộp đơn khiếu nại, hãy truy cập [www.mbc.ca.gov](http://www.mbc.ca.gov), gửi email: [licensecheck@mbc.ca.gov](mailto:licensecheck@mbc.ca.gov)

**C. Thỏa thuận hoàn trả cho Tập đoàn Y tế San Francisco:** Tôi đồng ý rằng khi xem xét các dịch vụ được cung cấp bởi bất kỳ nhà cung cấp, bác sĩ, bác sĩ phẫu thuật hoặc nha sĩ nào, tôi sẽ trả mức giá thông thường cho tất cả các khoản phí chuyên môn mà tôi phải chịu trách nhiệm. Tôi đồng ý cho phép Tập đoàn Y tế San Francisco điều tra và xác minh bất kỳ thông tin cá nhân và tài chính nào được gửi để hỗ trợ yêu cầu dịch vụ và cho bất kỳ đơn xin trợ cấp quyền lợi công cộng nào. Tôi tự do và tự nguyện từ bỏ thời hiệu của Tập đoàn Y tế San Francisco để khẳng định quyền cầm giữ đối với tài sản của tôi hoặc bắt đầu bất kỳ hành động nào tại tòa án của Tiểu bang California để thu chi phí dịch vụ chuyên nghiệp.

Cơ sở dữ liệu Open Payments là một công cụ liên bang được sử dụng để tìm kiếm các khoản thanh toán được thực hiện bởi các công ty dược phẩm và thiết bị cho các nhà cung cấp và bệnh viện giảng dạy. Nó có thể được tìm thấy tại <https://openpaymentsdata.cms.gov>

**D. Tiết lộ thông tin để được hoàn trả:** Tôi đồng ý rằng, trong phạm vi cần thiết để xác

**ĐỒNG Ý ĐIỀU TRỊ  
ĐIỀU KHOẢN VÀ ĐIỀU KIỆN**

**CONSENT FOR TREATMENT TERMS AND CONDITIONS**

định trách nhiệm thanh toán và để được hoàn trả, SFDPH / SFHN có thể tiết lộ một phần hồ sơ y tế của tôi cho bất kỳ cá nhân hoặc công ty nào đang hoặc có thể chịu trách nhiệm về tất cả hoặc bất kỳ phần nào trong các khoản phí của SFDPH / SFHN, bao gồm, nhưng không giới hạn, các công ty bảo hiểm, Các tổ chức đánh giá của hãng bảo hiểm, kế hoạch dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc hãng bảo hiểm bồi thường cho người lao động. Tôi hiểu rằng hồ sơ y tế của tôi có thể được xem xét bởi một nhà thầu hoặc đại diện của một người hoặc công ty đó. Tôi cũng hiểu rằng để ngăn chặn việc tiết lộ hồ sơ y tế của mình cho mục đích hoàn trả, tôi phải cung cấp cho SFDPH / SFHN thông báo bằng văn bản kịp thời.

**E. Chuyển nhượng quyền lợi:** Tôi chỉ định và ủy quyền thanh toán trực tiếp cho SFDPH / SFHN và Tập đoàn Y tế San Francisco cho tất cả các quyền lợi bảo hiểm phải trả cho bệnh nhân ngoại trú, phòng khám, sức khỏe hành vi hoặc nhập viện. Tôi đồng ý rằng khoản thanh toán của công ty bảo hiểm theo ủy quyền này sẽ thực hiện nghĩa vụ của công ty bảo hiểm trong phạm vi thanh toán đó. Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm tài chính đối với các khoản phí không được thanh toán theo nhiệm vụ này.

**F. Medi-Cal/Medicare Phần A & B:** Tôi xác nhận rằng bất kỳ thông tin nào được cung cấp khi nộp đơn xin trợ cấp của các chương trình MEDI-CAL hoặc MEDICARE là chính xác. Tôi cho phép tiết lộ bất kỳ thông tin cần thiết nào để hành động trên ứng dụng này. Tôi yêu cầu thanh toán bất kỳ quyền lợi nào được thực hiện thay mặt tôi cho SFDPH / SFHN và Tập đoàn Y tế San Francisco và đồng ý thanh toán mọi khoản phí còn lại mà tôi chịu trách nhiệm pháp lý.

**G. Đại diện được ủy quyền:** Tôi ủy quyền cho SFDPH/SFHN, tại cuộc bầu cử nhưng không có nghĩa vụ, đại diện cho tôi về bất kỳ đơn đăng ký và kháng cáo nào về tính đủ điều kiện và lợi ích liên quan đến Medicare, MEDICAL, Dịch vụ Trẻ em California, Nạn nhân của Tội phạm hoặc các chương trình khác cung cấp các lợi ích liên quan đến các dịch vụ được cung cấp tại cơ sở SFDPH/SFHN.

**H. Quyền cầm giữ đối với các bên thứ ba:** Trong trường hợp tôi nộp đơn kiện lên tòa án hoặc kháng định khiếu nại chống lại một bên khác cáo buộc rằng bất kỳ phần nào của dịch vụ ngoại trú hoặc nhập viện là cần thiết do hành vi sai trái của người khác, tôi đồng ý thông báo về trường hợp đó cho Cục Thu thuế quá hạn tại Văn phòng Thu thuế như được quy định trong Bộ luật Y tế San Francisco Mục 124.5 để tạo điều kiện thực thi quyền thế chấp hoàn trả chi phí được thiết lập bởi Bộ luật Y tế San Francisco Mục 124. Tôi thừa nhận rằng chi phí dịch vụ trong các trường hợp được nêu ở đây là quyền thế chấp đối với bất kỳ thiệt hại nào mà tôi bồi thường, cho dù bằng phán quyết, giải quyết hay thỏa hiệp.

**ĐỒNG Ý ĐIỀU TRỊ  
ĐIỀU KHOẢN VÀ ĐIỀU KIỆN**

CONSENT FOR TREATMENT TERMS AND CONDITIONS

- I. **Nghĩa vụ của Chương trình Bảo hiểm Y tế:** SFDPH/SFHN duy trì một danh sách các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà SFDPH/SFHN ký hợp đồng. Một danh sách các kế hoạch như vậy có sẵn theo yêu cầu từ văn phòng tài chính. SFDPH / SFHN không có hợp đồng, rõ ràng hay ngụ ý, với bất kỳ kế hoạch nào không xuất hiện trong danh sách. Tôi đồng ý thanh toán toàn bộ phí cho tất cả các dịch vụ do SFDPH/SFHN cung cấp cho tôi nếu tôi thuộc chương trình không có trong danh sách nêu trên. Các nhà cung cấp, bác sĩ và bác sĩ phẫu thuật có thể lập hóa đơn riêng cho các dịch vụ của họ. Tôi có trách nhiệm xác định xem nhà cung cấp/bác sĩ cung cấp dịch vụ cho tôi có ký hợp đồng với chương trình sức khỏe của tôi hay không, nếu có.
- J. **Bảo hiểm Y tế, Chăm sóc Từ thiện và Hỗ trợ Chương trình Thanh toán Giảm giá:** SFDPH/SFHN cung cấp hỗ trợ đăng ký bảo hiểm y tế cho khách hàng/cư dân/bệnh nhân không có bảo hiểm và không được bảo hiểm để giúp trang trải chi phí dịch vụ. Khách hàng, Cư dân, Bệnh nhân có thể đủ điều kiện tham gia các chương trình bao gồm: (1) Medi-Cal, cung cấp bảo hiểm y tế miễn phí hoặc chi phí thấp cho cư dân California đủ điều kiện có thu nhập hạn chế, (2) Tính đủ điều kiện giả định Medi-Cal, cung cấp quyền truy cập ngay lập tức vào các dịch vụ Medi-Cal tạm thời, miễn phí trong khi các cá nhân nộp đơn xin Medi-Cal vĩnh viễn, (3) Healthy San Francisco, một chương trình tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe giá cả phải chăng cho cư dân San Francisco, (4) Chương trình Quy mô Trượt của Quận San Francisco, chương trình hỗ trợ y tế của quận dành cho cư dân San Francisco và (5) CA được bảo hiểm, là thị trường bảo hiểm y tế của tiểu bang, nơi cư dân California có thể mua sắm các chương trình sức khỏe và tiếp cận trợ giúp tài chính. Hỗ trợ đăng ký cho các chương trình này có sẵn bằng cách liên hệ với Văn phòng Đăng ký Tiếp cận Bệnh nhân theo số (628) 206-7800. Mạng lưới Y tế San Francisco (SFHN) cũng cung cấp các chương trình Chăm sóc Từ thiện và Thanh toán Giảm giá cho khách hàng, cư dân, bệnh nhân không đủ khả năng chi trả chi phí dịch vụ và những người đã hợp tác với việc cung cấp hoặc theo đuổi tất cả bảo hiểm của bên thứ ba. Chính sách Chăm sóc Từ thiện và Thanh toán Giảm giá có trên trang web của Bệnh viện Đa khoa Laguna Honda Hospital tại <https://lagunahondahospital.org/> để biết đầy đủ các yêu cầu về tính đủ điều kiện. Hỗ trợ ứng dụng có sẵn bằng cách liên hệ với Văn phòng Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân theo số (415) 682-5683 hoặc thông qua cổng thông tin bệnh nhân MyChart. Liên minh Người tiêu dùng Y tế (<https://healthconsumer.org/>) cung cấp hỗ trợ bảo hiểm y tế. Bay Area Legal Aid (<https://baylegal.org/>) cung cấp hỗ trợ pháp lý và người tiêu dùng y tế. Có những tổ chức khác sẽ giúp khách hàng, cư dân, bệnh nhân hiểu quy trình lập hóa đơn và thanh toán. Người phụ trách các dịch vụ có thể mua sắm (là danh sách các mặt hàng có thể được lập hóa đơn cho khách hàng, cư dân, bệnh nhân) được đặt trên trang web của Bộ Thông tin Tiếp cận Chăm sóc Sức khỏe (HCAI) của Tiểu

**ĐỒNG Ý ĐIỀU TRỊ  
ĐIỀU KHOẢN VÀ ĐIỀU KIỆN**  
CONSENT FOR TREATMENT TERMS AND CONDITIONS

bang California tại <https://hcai.cagov/>.

#### IV. ĐIỀU KHOẢN CHỈ DÀNH CHO BỆNH NHÂN NỘI TRÚ

- Đơn đặt hàng của nhà cung cấp:** Tôi đồng ý rằng các phương pháp điều trị y tế được thực hiện trong bệnh viện sẽ được giới hạn ở những phương pháp được kê toa bởi nhà cung cấp hoặc bác sĩ phẫu thuật là thành viên của Nhân viên Y tế bệnh viện.
- Chăm sóc điều dưỡng:** Bệnh viện chỉ cung cấp dịch vụ chăm sóc và chăm sóc điều dưỡng tổng quát theo chỉ định của bác sĩ / thành viên nhà cung cấp dịch vụ của nhân viên y tế. Nếu tôi muốn có một y tá riêng, tôi đồng ý sắp xếp như vậy. Bệnh viện không chịu trách nhiệm về việc không cung cấp y tá tư nhân và do đó được miễn bất kỳ và tất cả trách nhiệm pháp lý phát sinh từ thực tế là bệnh viện không cung cấp dịch vụ chăm sóc bổ sung này.
- Ở lại đơn vị điều dưỡng:** Tôi đồng ý ở lại đơn vị / bệnh viện. Tôi hiểu rằng nếu tôi lựa chọn rời khỏi đơn vị / bệnh viện mà không có nhân viên bệnh viện đi cùng, mà không có sự cho phép của nhân viên điều dưỡng hoặc lệnh của bác sĩ, tôi có thể được xuất viện.
- Vật có giá trị cá nhân:** Trách nhiệm của bệnh viện đối với việc mất bất kỳ tài sản cá nhân nào được gửi với bệnh viện để giữ an toàn được giới hạn theo luật ở mức năm trăm đô la (\$ 500,00) trừ khi tôi nhận được biên lai bằng văn bản với số tiền lớn hơn từ bệnh viện. Quần áo và các vật dụng cá nhân khác sẽ bị loại bỏ nếu không được yêu cầu bồi thường trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày xuất viện.

**CHỨNG NHẬN**

**ĐỒNG Ý ĐIỀU TRỊ  
ĐIỀU KHOẢN VÀ ĐIỀU KIỆN**  
CONSENT FOR TREATMENT TERMS AND CONDITIONS

Tôi xin xác nhận rằng tôi đã đọc những điều đã nói ở trên và nhận được một bản sao. Tôi là khách hàng, bệnh nhân, cư dân hoặc đại diện pháp lý, hoặc được cá nhân ủy quyền hợp lệ để ký những điều trên và thay mặt họ chấp nhận các điều khoản của nó.

Ngày: \_\_\_\_\_ giờ: \_\_\_\_\_

Chữ ký của khách hàng / bệnh nhân / cư trú: \_\_\_\_\_

Tên in của khách hàng / bệnh nhân / cư dân: \_\_\_\_\_

Chữ ký của khách hàng, bệnh nhân hoặc người đại diện theo pháp luật: \_\_\_\_\_

Khách hàng, bệnh nhân hoặc người đại diện theo pháp luật Tên in: \_\_\_\_\_

Từ chối ký  Không thể ký

**If signed by someone other than the client/resident/patient, indicate**

Mối quan hệ: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

Chữ ký của nhân chứng: \_\_\_\_\_ Tên in: \_\_\_\_\_ Ngày/Giờ: \_\_\_\_\_

Chữ ký của nhân chứng: \_\_\_\_\_ Tên in: \_\_\_\_\_ Ngày/Giờ: \_\_\_\_\_

Interpreter Language: \_\_\_\_\_ Interpreter ID #: \_\_\_\_\_ Signature if present: \_\_\_\_\_

**Chỉ thị trước:** SFDPH / SFHN tôn trọng mong muốn của khách hàng / cư dân / bệnh nhân về các quyết định điều trị bất cứ khi nào có thể. SFDPH/SFHN khuyến khích các cá nhân truyền đạt các ưu tiên chăm sóc sức khỏe của họ cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của họ và cho những người có thể phải đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho họ nếu họ mất khả năng lao động. SFDPH/SFHN không phân biệt đối xử với một cá nhân dựa trên việc cá nhân đó đã thực hiện Chỉ thị trước hay chưa. Nếu Chỉ thị trước đã được thực thi, người ký tên dưới đây có trách nhiệm cung cấp một bản sao Chỉ thị trước cho SFDPH / SFHN để đưa vào hồ sơ y tế.

Bạn có Chỉ thị trước về Chăm sóc Sức khỏe không?  Có  Không

- Tôi đã được thông báo rằng tôi có trách nhiệm trình bày Chỉ thị này cho SFDPH / SFHN như một phần vĩnh viễn của biểu đồ
- Tôi đã nhận được thông tin về Chỉ thị trước.
- Tôi từ chối nhận thông tin về Chỉ thị trước tại thời điểm này.

**THEO YÊU CẦU, MỘT BẢN SAO CỦA TÀI LIỆU NÀY SẼ ĐƯỢC TRAO CHO KHÁCH HÀNG, BỆNH NHÂN, CƯ DÂN HOẶC BẤT KỲ AI KÝ TÀI LIỆU NÀY.**