

ADVANCED ENT AND ALLERGY
Dr. Ninh Nguyen, D.O.
10726 Huffmeister Rd, Ste 140, Houston, TX 77065
Số văn phòng: (832) 604-3636 Số Fax: (281) 469-8932

MẪU ĐĂNG KÝ BỆNH NHÂN
PATIENT REGISTRATION FORM

THÔNG TIN BỆNH NHÂN (PATIENT INFORMATION)

Tên hợp pháp của bệnh nhân: (Họ) _____ (Tên) _____ (Tên lót) _____
Patient's Legal Name: (Last) (First) (MI)

Tên khác (nếu khác với bên trên): _____ Giới tính (Khoanh tròn một): M / F
Preferred Full Name (if different from above): Sex (Circle one):

Ngày sinh: (Tháng) _____ (Ngày) _____ (Năm) _____ Số an sinh xã hội: _____
Date of Birth: (Month) (Day) (Year) Social Security #:

Địa chỉ đường phố: _____
Street Address:

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã vùng: _____
City: State: Zip Code:

Số điện thoại tay: _____ Số điện thoại làm việc / nhà: _____
Cell Phone #: Work / Home #:

Địa chỉ email: _____
Email Address:

Tình trạng hôn nhân (Khoanh tròn một): Độc thân Kết Hôn Ly thân Ly dị Góa Phụ
Marital Status (Circle One): Single Married Separated Divorced Widowed

Nghề nghiệp (Khoanh tròn một): Đã nghỉ hưu Khuyết tật Đang làm việc Nghề nghiệp hiện tại (nếu đang làm việc): _____
Occupation (Circle one): Retired Disabled Working Current Occupation (if working):

Giới tính: (Gender Identity) ☐ Nam giới (Male) ☐ Nữ giới (Female) ☐ Chuyển giới từ nữ sang nam (Trans F to M) ☐ Chuyển giới nam thành nữ (Trans M to F) ☐ Người có giới tính khác (Genderqueer) ☐ Chọn không tiết lộ (Choose not to disclose) ☐ Bổ sung không được liệt kê: (Additional not listed)	Chủng tộc: (Race) ☐ Người Mỹ da đỏ / thổ dân Alaska (American Indian/Alaska Native) ☐ Châu Á (Asian) ☐ Người Hawaii / Người đảo Thái Bình Dương (Native Hawaiian/Pacific Islander) ☐ Người Mỹ đen / Người Mỹ gốc phi (Black/African American) ☐ Người Mỹ trắng (White) ☐ Người gốc Tây Ban Nha (Hispanic) ☐ Chọn không tiết lộ (Choose not to disclose)	Sắc tộc: (Ethnicity) ☐ Tây Ban Nha hoặc Latino (Hispanic or Latino) ☐ Không phải gốc Tây Ban Nha hoặc Latino (Not Hispanic or Latino) ☐ Chọn không tiết lộ (Choose not to disclose) Ngôn ngữ ưa thích: (Preferred Language) ☐ Tiếng Anh (English) ☐ Tiếng Mễ (Spanish) ☐ Tiếng Việt (Vietnamese)
--	--	--

Tên bác sĩ gia đình: _____ Số điện thoại bác sĩ gia đình: _____
PCP Name: PCP Phone #:

Tên nhà thuốc: _____ Số điện thoại nhà thuốc: _____
Pharmacy Name: Pharmacy Phone #:

Địa chỉ nhà thuốc: _____
Pharmacy Address:

THÔNG TIN LIÊN HỆ KHẨN CẤP (EMERGENCY CONTACT INFORMATION)

Liên lạc khẩn cấp Tên: (Họ) _____ (Tên) _____
Emergency Contact Name: (Last) (First)

Số điện thoại: _____ Có di chúc sống không? (Khoanh tròn một) Có Không
Phone #: Do you have a living will? (Circle one) Yes No

Quan hệ với bệnh nhân: _____ Người liên lạc có phải là người giám hộ? Có Không
Relationship to patient: Is emergency contact the patient's guardian? Yes No

Địa chỉ đầy đủ (Nếu khác với bệnh nhân): _____
Full Address (If different from patient's):

THÔNG TIN BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM TÀI CHÍNH (Nếu không phải là chính mình) (Thông tin được sử dụng cho bảng kê số dư của bệnh nhân)

Bên có trách nhiệm tên: (Họ) _____ (Tên) _____
Responsible Party Name: (Last) (First)

Ngày sinh: (Tháng) _____ (Ngày) _____ (Năm) _____ Giới tính (Khoanh tròn một): M / F Số an sinh xã hội: _____
Date of Birth: (Month) (Day) (Year) Sex (Circle one): Social Security #:

Địa chỉ (Nếu khác với bệnh nhân): _____
Full Address (If different from patient's):

THÔNG TIN BẢO HIỂM: Cung cấp (các) thẻ bảo hiểm của bệnh nhân (chính, phụ, v.v.) cho quầy lễ tân khi nhận phòng.

ĐỒNG Ý CHUNG CHO CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ (GENERAL CONSENT FOR CARE AND TREATMENT)

ĐỐI VỚI BỆNH NHÂN: Với tư cách là bệnh nhân, bệnh nhân có quyền được thông báo về tình trạng của mình và thủ tục phẫu thuật, y tế hoặc chẩn đoán được khuyến nghị sẽ sử dụng để bệnh nhân có thể đưa ra quyết định có nên thực hiện bất kỳ điều trị hoặc thủ tục nào được đề xuất sau đó hay không, biết những rủi ro và mối nguy hiểm liên quan. Tại thời điểm này trong quá trình chăm sóc của bạn, không có phương pháp điều trị cụ thể nào được khuyến nghị. Mẫu chấp thuận này chỉ đơn giản là một nỗ lực nhằm đạt được sự cho phép của bệnh nhân để thực hiện đánh giá cần thiết nhằm xác định phương pháp điều trị và/hoặc quy trình thích hợp cho bất kỳ tình trạng bệnh lý nào được xác định.

Sự đồng ý này cung cấp cho chúng tôi sự cho phép của bệnh nhân để thực hiện các kiểm tra, xét nghiệm và điều trị y tế hợp lý và cần thiết. Bằng cách ký tên bên dưới, bệnh nhân cho biết rằng (1) bệnh nhân có ý định rằng sự đồng ý này vẫn tiếp tục về bản chất ngay cả sau khi chẩn đoán cụ thể đã được đưa ra và khuyến nghị điều trị; và (2) bệnh nhân đồng ý điều trị tại văn phòng này hoặc bất kỳ văn phòng vệ tinh nào khác thuộc quyền sở hữu chung. Sự đồng ý sẽ vẫn có hiệu lực đầy đủ cho đến khi nó được thu hồi bằng văn bản. Bệnh nhân có quyền ngừng dịch vụ bất cứ lúc nào.

Bệnh nhân có quyền thảo luận kế hoạch điều trị với bác sĩ về mục đích, rủi ro tiềm ẩn và lợi ích của bất kỳ xét nghiệm nào được yêu cầu cho bạn. Nếu bệnh nhân có bất kỳ thắc mắc nào về bất kỳ xét nghiệm hoặc phương pháp điều trị nào được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân đề xuất, chúng tôi khuyến khích bệnh nhân đặt câu hỏi. Tôi tự nguyện yêu cầu bác sĩ và/hoặc nhà cung cấp dịch vụ cấp trung (y tá, trợ lý bác sĩ hoặc chuyên gia y tá lâm sàng) và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác hoặc người được chỉ định nếu thấy cần thiết, thực hiện khám, xét nghiệm và điều trị y tế hợp lý và cần thiết cho tình trạng đã khiến tôi phải tìm kiếm sự chăm sóc tại cơ sở thực hành này. Tôi hiểu rằng nếu đề nghị xét nghiệm bổ sung, các thủ tục xâm lấn hoặc can thiệp, tôi sẽ được yêu cầu đọc và ký vào các mẫu chấp thuận bổ sung trước (các) xét nghiệm hoặc (các) thủ tục.

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu đầy đủ các tuyên bố trên và đồng ý hoàn toàn và tự nguyện với nội dung của nó.

Chữ ký của bệnh nhân/Người giám hộ/Người đại diện: _____ Ngày: _____
Signature of Patient/Guardian/Representative: _____ Date: _____

Tên viết in của bệnh nhân/Người giám hộ/Người đại diện: _____ Quan hệ với bệnh nhân: _____
Printed Name of Patient/Guardian/Representative: _____ Relation to patient: _____

BỆNH NHÂN ĐỒNG Ý GIAO TIẾP TÀI CHÍNH (PATIENT CONSENT FOR FINANCIAL COMMUNICATION)

Thỏa thuận tài chính

- Tôi thừa nhận về nguyên tắc, **Advanced Ear, Nose, Throat, & Allergy (Advanced ENT & Allergy)** có thể lập hoá đơn cho công ty bảo hiểm của tôi về các dịch vụ được cung cấp cho tôi.
- Tôi đồng ý thanh toán cho các dịch vụ không được bảo hiểm hoặc các khoản phí không được thanh toán đầy đủ, bao gồm nhưng không giới hạn ở bất kỳ khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và/hoặc khoản khấu trừ nào hoặc các khoản phí không được bảo hiểm chi trả.
- Tôi hiểu rằng có một khoản phí chi phiếu bị trả lại

Bộ sưu tập của bên thứ ba

tôi thừa nhận **Advanced ENT & Allergy** có thể sử dụng dịch vụ của đối tác kinh doanh bên thứ ba hoặc tổ chức liên kết làm văn phòng kinh doanh mở rộng (Nhà cung cấp dịch vụ EBO), để thanh toán và cung cấp dịch vụ cho tài khoản y tế.

Chuyển nhượng lợi ích

Tôi xin giao cho **Advanced ENT & Allergy** bất kỳ bảo hiểm hoặc lợi ích nào khác của bên thứ ba dành cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp cho tôi. Tôi hiểu **Advanced ENT & Allergy** có quyền từ chối hoặc chấp nhận việc chuyển giao những lợi ích đó. Nếu những lợi ích này không được giao cho **Advanced ENT & Allergy**, Tôi đồng ý chuyển tiếp tất cả các khoản thanh toán từ bảo hiểm y tế hoặc bên thứ ba mà tôi nhận được cho các dịch vụ được cung cấp cho tôi ngay khi nhận được.

Chứng nhận bệnh nhân Medicare và chuyển nhượng quyền lợi

Tôi xác nhận rằng mọi thông tin tôi cung cấp, nếu có, khi đăng ký thanh toán theo Title XVIII (Medicare) hoặc Title XIX (Medicaid) của Đạo luật An sinh Xã hội là chính xác. Tôi yêu cầu thanh toán các khoản trợ cấp được ủy quyền thay mặt cho tôi để **Advanced ENT & Allergy** bởi chương trình Medicare hoặc Medicaid.

Đồng ý gọi điện thoại để liên lạc tài chính

Tôi đồng ý rằng, để **Advanced ENT & Allergy** hoặc nhà cung cấp dịch vụ và đại lý thu nợ của Văn phòng Kinh doanh Mở rộng (EBO), để phục vụ tài khoản của tôi hoặc để thu bất kỳ khoản tiền nào tôi có thể nợ, tôi đồng ý và đồng ý rõ ràng rằng **Advanced ENT & Allergy** hoặc Nhà cung cấp dịch vụ EBO và đại lý thu phí có thể liên hệ với tôi qua điện thoại theo bất kỳ số điện thoại nào, không giới hạn số điện thoại không dây, tôi đã cung cấp hoặc theo bất kỳ số điện thoại nào được chuyển tiếp hoặc chuyển từ số đó, về các dịch vụ được cung cấp hoặc các nghĩa vụ tài chính liên quan của tôi. Các phương thức liên lạc có thể bao gồm sử dụng tin nhắn thoại nhân tạo/được ghi âm sẵn và/hoặc sử dụng thiết bị quay số tự động, nếu có.

Bản sao của văn bản đồng ý này được coi là có giá trị như bản gốc.

Chữ ký của bệnh nhân/Người giám hộ/Người đại diện: _____ Ngày: _____
Signature of Patient/Guardian/Representative: _____ Date: _____

Tên viết in của bệnh nhân/Người giám hộ/Người đại diện: _____ Quan hệ với bệnh nhân: _____
Printed Name of Patient/Guardian/Representative: _____ Relation to patient: _____

BẢNG CÂU HỎI LỊCH SỬ SỨC KHỎE

HEALTH HISTORY QUESTIONNAIRE

THUỐC HIỆN TẠI (CURRENT MEDICATIONS)

Liệt kê (các) loại thuốc của bệnh nhân bên dưới, bao gồm thuốc không kê đơn, vitamin, chất bổ sung và aspirin, hoặc đính kèm danh sách thuốc của bệnh nhân.

TÊN NAME	LIỀU LƯỢNG / SỨC MẠNH DOSE / STRENGTH	TÍNH THƯỜNG XUYÊN FREQUENCY	BÁC SĨ KÊ TOA PRESCRIBING PHYSICIAN

LỊCH SỬ Y TẾ (MEDICAL HISTORY)

BỆNH TRƯỚC / HIỆN TẠI / BỊ THƯƠNG TÍCH (ví dụ: tiểu đường, huyết áp cao, v.v.)
(PAST / CURRENT ILLNESS / INJURY HISTORY)

SỰ MIÊU TẢ
DESCRIPTION

DỊ ỨNG (ALLERGIES)

Bệnh nhân đã bao giờ gặp vấn đề / phản ứng với việc gây mê chưa? (Khoanh tròn một)
Have you ever had a problem / reaction with anesthesia? (Circle one)

Có Không
Yes No

Nếu có, vui lòng giải thích:
If yes, please explain:

Bệnh nhân có bị dị ứng với loại thuốc nào không? (Khoanh tròn một)
Are you allergic to any medications? (Circle one)

Có Không
Yes No

Nếu có, vui lòng liệt kê dị ứng và phản ứng bên dưới. (If yes, please list allergy and reaction below.)

DỊ ỨNG / THUỐC
ALLERGY / MEDICATION

SỰ PHẢN ỨNG LẠI
REACTION

BẢNG CÂU HỎI LỊCH SỬ SỨC KHỎE

HEALTH HISTORY QUESTIONNAIRE

TIỀN SỬ PHẪU THUẬT / NHẬP VIỆN (SURGICAL / HOSPITALIZATION HISTORY)

TIỀN SỬ PHẪU THUẬT TRƯỚC ĐÂY (PAST SURGICAL HISTORY)

THÁNG / NĂM
MON / YEAR

SỰ MIÊU TẢ
DESCRIPTION

LỊCH SỬ NHẬP VIỆN KHÁC (OTHER HOSPITALIZATIONS)

THÁNG / NĂM
MON / YEAR

SỰ MIÊU TẢ
DESCRIPTION

LỊCH SỬ SỨC KHỎE GIA ĐÌNH (FAMILY HEALTH HISTORY)

GIA ĐÌNH	STATUS: CÒN SỐNG / ĐÃ CHẾT	TUỔI HOẶC TUỔI KHI CHẾT	CÁC VẤN ĐỀ SỨC KHỎE (ví dụ: tiểu đường, huyết áp cao, mỡ cao, v.v.)
BỐ FATHER			
MẸ MOTHER			
ÔNG NỘI PATERNAL GRANDPA			
BÀ NỘI PATERNAL GRANDMA			
ÔNG NGOẠI MATERNAL GRANDPA			
BÀ NGOẠI MATERNAL GRANDMA			
ANH EM TRAI BROTHER(S)			
CHỊ EM GÁI SISTER(S)			
CON TRAI SON(S)			
CON GÁI DAUGHTER(S)			

BẢNG CÂU HỎI LỊCH SỬ SỨC KHỎE

HEALTH HISTORY QUESTIONNAIRE

THÓI QUEN SỨC KHỎE / LỊCH SỬ XÃ HỘI (HEALTH HABITS / SOCIAL HISTORY)

THUỐC LÁ	Bệnh nhân có sử dụng thuốc lá không? (Khoanh tròn một) Do you use tobacco? (Circle one)	Có Yes	Không bao giờ Never	Không, nghĩ năm _____ No, I quit year _____
Nếu có, hãy đánh dấu tất cả những gì áp dụng: If yes, check all that apply:				
☐ Thuốc lá, _____ lần một ngày Cigarettes times a day		☐ Vape, _____ lần một ngày Vape times a day		
☐ Nhai, _____ lần một ngày Chew times a day		☐ Xi gà, _____ lần một ngày Cigars times a day		
DRUGS	Bệnh nhân có sử dụng thuốc nào khác ngoài những loại thuốc nêu trên vì lý do y tế không? Have you used drugs other than those for medical reasons? (Circle one)	Có Yes	Không No	
RƯỢU BIA	Bệnh nhân có uống rượu không? (Khoanh tròn một) Do you drink alcohol? (Circle one)	Có (Yes)	Xã giao (Socially)	Hằng ngày (Daily)
Nếu có, uống bao nhiêu lần một tháng? _____ If yes, how many times a month?				
Uống bao nhiêu chai / ly một tuần? _____ How many drinks a week?		Loại rượu gì? _____ What type of alcohol?		

KHOANH TRÒN NỘI DUNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE HIỆN TẠI HOẶC TRƯỚC ĐÂY

THỂ CHẤT Tăng cân / Giảm cân Mất ngủ Ớn lạnh / Sốt / Đổ mồ hôi đêm	HÔ HẤP Hút hơi / Hen suyễn / Thở khò khè Chứng ngưng thở lúc ngủ Ngáy Khó thở vào ban đêm Ho ra máu COPD Bệnh lao Viêm phổi	DỊ ỨNG / MIỄN DỊCH Hắt xì ngứa mắt Ngứa họng Phát ban da HIV
TIM VÀ MẠCH Huyết áp cao Thấp khớp Tiếng thổi tim Bệnh động mạch cảnh Phẫu thuật bắc cầu Ngất / ngất xỉu Đau ngực hoặc đau thắt ngực Nhồi máu cơ tim Đánh trống ngực Máy tạo nhịp tim / Máy khử rung tim Rung tâm nhĩ	MẮT Tầm nhìn đôi Mất thị giác hoặc thay đổi	TIÊU HÓA Đau bụng Đi ngoài ra máu Ghế đầu đen Đại tiện không tự chủ Viêm gan Trào ngược axit / ợ nóng Vàng da Vấn đề về gan Vết loét Buồn nôn ói mửa
THẦN KINH Tê / Yếu đuối Đột quỵ Mất trí nhớ Nhức đầu / Đau nửa đầu Vấn đề cân bằng Mất điện Không có khả năng tập trung	TAI, MŨI, HỌNG, MIỆNG Mất thính lực Tiếng ồn / Tiếng chuông trong tai Thoát nước từ tai Nghẹt mũi / Thoát nước mũi Không có khả năng ngửi Đau họng Khó nuốt Khàn tiếng Chóng mặt/chóng mặt	SINH DỤC TIẾT NIỆU Tiểu không tự chủ Rắc rối bàng quang Máu trong nước tiểu Bệnh thận Bệnh tuyến tiền liệt Rối loạn chức năng tình dục
CƠ XƯƠNG Đau / Yếu chân / tay Viêm xương khớp Viêm khớp dạng thấp	NỘI TIẾT Bệnh tiểu đường Bệnh tuyến giáp Khác: _____	HUYẾT HỌC Bệnh thiếu máu Rối loạn chảy máu Đề chảy máu Khác: _____
	TÂM THẦN Trầm cảm Sự lo lắng Khác: _____	

MẪU XÁC NHẬN VÀ ĐỒNG Ý CỦA BỆNH NHÂN HIPAA
PATIENT HIPAA ACKNOWLEDGMENT AND CONSENT FORM

Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư / Phòng khám

Tôi xác nhận rằng tôi đã nhận được Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư, trong đó mô tả các cách thức mà phòng khám/phòng khám có thể sử dụng và tiết lộ thông tin chăm sóc sức khỏe của tôi cho việc điều trị, thanh toán, hoạt động chăm sóc sức khỏe cũng như các mục đích sử dụng và tiết lộ được mô tả và cho phép khác, tôi hiểu rằng tôi có thể liên hệ với Nhân viên phụ trách quyền riêng tư được chỉ định trong thông báo nếu tôi có thắc mắc hoặc khiếu nại. Tôi hiểu rằng thông tin này có thể được Nhà cung cấp và/hoặc đối tác kinh doanh của Nhà cung cấp tiết lộ dưới dạng điện tử. Trong phạm vi được pháp luật cho phép, tôi đồng ý sử dụng và tiết lộ thông tin của mình cho các mục đích được mô tả trong Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư.

Tiết lộ cho bệnh nhân và / hoặc thành viên gia đình

Nếu tôi muốn chỉ định một thành viên gia đình hoặc (các) cá nhân khác mà nhà cung cấp có thể thảo luận về (các) tình trạng sức khỏe của tôi, tôi sẽ liệt kê các thành viên gia đình và/hoặc những người khác bên dưới.

Tôi cho phép tiết lộ Thông tin sức khỏe được bảo vệ của mình nhằm mục đích truyền đạt kết quả, phát hiện và quyết định chăm sóc cho các thành viên gia đình và/hoặc những người khác được liệt kê bên dưới.

HỌ VÀ TÊN	MỐI QUAN HỆ	SỐ LIÊN LẠC

*Bệnh nhân/Người đại diện có thể thu hồi hoặc sửa đổi ủy quyền cụ thể này và việc thu hồi hoặc sửa đổi đó phải bằng văn bản.

Thông tin liên lạc về My Healthcare

Tôi đồng ý Nhà cung cấp hoặc đại lý của Nhà cung cấp hoặc văn phòng bác sĩ độc lập có thể liên hệ với tôi vì mục đích lập kế hoạch tái khám cần thiết theo đề nghị của bác sĩ điều trị.

Đồng ý chụp ảnh hoặc ghi âm khác cho hoạt động bảo mật và/hoặc chăm sóc sức khỏe

Tôi đồng ý với các bức ảnh, bản ghi âm hoặc kỹ thuật số và/hoặc hình ảnh của tôi được ghi lại cho mục đích chăm sóc bệnh nhân, mục đích bảo mật và/hoặc mục đích hoạt động chăm sóc sức khỏe của phòng khám/phòng khám (ví dụ: các hoạt động cải thiện chất lượng). Tôi hiểu rằng phòng khám/phòng khám giữ quyền sở hữu đối với các hình ảnh và/hoặc bản ghi âm. Tôi sẽ được phép yêu cầu quyền truy cập hoặc bản sao của hình ảnh và/hoặc bản ghi khi khả thi về mặt công nghệ trừ khi bị pháp luật cấm. Tôi hiểu rằng những hình ảnh và/hoặc bản ghi này sẽ được lưu trữ và bảo vệ an toàn. Các hình ảnh và/hoặc bản ghi âm mà trong đó có thông tin nhận dạng của tôi sẽ không được tiết lộ và/hoặc sử dụng bên ngoài cơ sở mà không có sự cho phép cụ thể bằng văn bản của tôi hoặc người đại diện hợp pháp của tôi trừ khi được pháp luật cho phép hoặc yêu cầu khác.

Đồng ý sử dụng email, điện thoại, hoặc tin nhắn nhắc nhở cuộc hẹn và thông tin chăm sóc sức khỏe

Nếu bất kỳ lúc nào tôi cung cấp địa chỉ email hoặc số điện thoại di động mà tôi có thể liên hệ được, thì tôi đồng ý nhận các hướng dẫn không an toàn và các thông tin liên lạc chăm sóc sức khỏe khác tại email hoặc địa chỉ văn bản mà tôi đã cung cấp hoặc bệnh nhân hoặc Nhà cung cấp dịch vụ EBO của bệnh nhân đã nhận được, ở bất kỳ văn bản nào số được chuyển tiếp hoặc chuyển từ số đó. Những hướng dẫn này có thể bao gồm nhưng không giới hạn ở: hướng dẫn sau thủ thuật, hướng dẫn theo dõi, thông tin giáo dục và thông tin kê đơn. Các thông tin liên lạc về chăm sóc sức khỏe khác có thể bao gồm nhưng không giới hạn ở các thông tin liên lạc với gia đình hoặc người đại diện được chỉ định về việc điều trị hoặc tình trạng của tôi hoặc tin nhắn nhắc nhở tôi về các cuộc hẹn chăm sóc y tế.

Lưu ý: bệnh nhân có thể từ chối các thông tin liên lạc này bất cứ lúc nào. Phòng khám/phòng khám không tính phí dịch vụ này, nhưng cước nhắn tin văn bản tiêu chuẩn hoặc số phút gọi điện thoại di động có thể được áp dụng như được cung cấp trong gói không dây của bệnh nhân (liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ của bệnh nhân để biết thông tin chi tiết và gói giá).

****Ghi chú:** Vị trí này sử dụng Hồ sơ sức khỏe điện tử sẽ cập nhật tất cả thông tin nhân khẩu học và sự đồng ý của bệnh nhân với thông tin bệnh nhân vừa cung cấp. Xin lưu ý rằng thông tin này cũng sẽ được cập nhật để thuận tiện cho bệnh nhân tới tất cả các địa điểm liên kết của chúng tôi có chung hồ sơ sức khỏe điện tử mà bệnh nhân có quan hệ.

MẪU XÁC NHẬN VÀ ĐỒNG Ý CỦA BỆNH NHÂN HIPAA
PATIENT HIPAA ACKNOWLEDGMENT AND CONSENT FORM

Phát hành thông tin

Tôi cho phép phòng khám/phòng khám và các bác sĩ hoặc chuyên gia y tế khác tham gia chăm sóc bệnh nhân nội trú hoặc ngoại trú tiết lộ thông tin chăm sóc sức khỏe cho mục đích điều trị, thanh toán hoặc hoạt động chăm sóc sức khỏe.

- Thông tin chăm sóc sức khỏe liên quan đến (các) dịch vụ trước đây tại các nhà cung cấp liên kết với HCA khác có thể được cung cấp cho các nhà cung cấp liên kết với HCA tiếp theo để điều phối dịch vụ chăm sóc. Thông tin chăm sóc sức khỏe có thể được tiết lộ cho bất kỳ cá nhân hoặc tổ chức nào chịu trách nhiệm thanh toán thay mặt cho Bệnh nhân để xác minh các câu hỏi về bảo hiểm hoặc thanh toán hoặc cho bất kỳ mục đích nào khác liên quan đến thanh toán quyền lợi. Thông tin chăm sóc sức khỏe cũng có thể được tiết lộ cho người được chủ lao động chỉ định của tôi khi các dịch vụ được cung cấp có liên quan đến yêu cầu bồi thường cho người lao động.
- Nếu tôi được Medicare hoặc Medicaid bảo hiểm, tôi ủy quyền tiết lộ thông tin chăm sóc sức khỏe cho Cơ quan An sinh Xã hội hoặc các bên trung gian hoặc nhà cung cấp dịch vụ của họ để thanh toán yêu cầu Medicare hoặc cho cơ quan tiểu bang thích hợp để thanh toán yêu cầu Medicaid. Thông tin này có thể bao gồm, nhưng không giới hạn, lịch sử và thể chất, hồ sơ cấp cứu, báo cáo xét nghiệm, báo cáo phẫu thuật, ghi chú tiến triển của bác sĩ, ghi chú của y tá, tư vấn, báo cáo tâm lý và/hoặc tâm thần, điều trị ma túy và rượu và bản tóm tắt xuất viện.
- Luật liên bang và tiểu bang có thể cho phép cơ sở này tham gia vào các tổ chức với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, công ty bảo hiểm và/hoặc những người tham gia ngành chăm sóc sức khỏe khác và các nhà thầu phụ của họ để các cá nhân và tổ chức này chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi với nhau nhằm hoàn thành các mục tiêu có thể bao gồm nhưng không giới hạn ở: cải thiện độ chính xác và tăng tính sẵn có của hồ sơ sức khỏe của tôi; giảm thời gian cần thiết để truy cập thông tin của tôi; tổng hợp và so sánh thông tin của tôi nhằm mục đích cải thiện chất lượng; và các mục đích khác được pháp luật cho phép. Tôi hiểu rằng cơ sở này có thể là thành viên của một hoặc nhiều tổ chức như vậy. Sự đồng ý này đặc biệt bao gồm thông tin liên quan đến tình trạng tâm lý, tình trạng tâm thần, tình trạng thiếu năng trí tuệ, thông tin di truyền, tình trạng phụ thuộc vào hóa chất và/hoặc các bệnh truyền nhiễm bao gồm nhưng không giới hạn ở các bệnh lây truyền qua đường máu, chẳng hạn như HIV và AIDS.

Nhận đơn thuốc theo toa

Có thể đôi khi bệnh nhân cần một người bạn hoặc thành viên gia đình nhận đơn thuốc (bản thảo) từ văn phòng bác sĩ của bạn. Để chúng tôi có thể cấp đơn thuốc cho thành viên gia đình hoặc bệnh nhân bè của bạn, chúng tôi cần có hồ sơ về tên của họ. Trước khi phát hành tập lệnh, người được chỉ định của bệnh nhân sẽ cần xuất trình giấy tờ tùy thân có ảnh hợp lệ và ký tên vào đơn thuốc.

- ☐ **Tôi muốn** để chỉ định cá nhân sau đây thay mặt tôi nhận đơn thuốc:

HỌ VÀ TÊN	MỐI QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN

- ☐ **Tôi không muốn** để chỉ định bất kỳ ai nhận đơn thuốc của tôi.

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu đầy đủ các tuyên bố trên từ tất cả các trang và đồng ý hoàn toàn và tự nguyện với nội dung của nó.

Chữ ký của bệnh nhân/Người giám hộ/Người đại diện: _____ Ngày: _____
Signature of Patient/Guardian/Representative: _____ Date: _____

Tên viết in của bệnh nhân/Người giám hộ/Người đại diện: _____ Quan hệ với bệnh nhân: _____
Printed Name of Patient/Guardian/Representative: _____ Relation to patient: _____

THỜI GIAN HẸN/ CHÍNH SÁCH HỦY
APPOINTMENT TIME / CANCELLATION POLICY

Chúng tôi cố gắng cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế xuất sắc cho bệnh nhân và những bệnh nhân còn lại của chúng tôi. Để nhất quán với điều này, chúng tôi có chính sách về thời gian/hủy cuộc hẹn cho phép chúng tôi lên lịch hẹn cho tất cả bệnh nhân. Khi đến sớm hoặc muộn sẽ ảnh hưởng đến thời gian dành cho bệnh nhân khác và khi bỏ lỡ thì thời gian đó không thể dùng để điều trị cho bệnh nhân khác. Chính sách của chúng tôi như sau:

Nếu bệnh nhân đến sớm hơn giờ hẹn, chúng tôi yêu cầu bệnh nhân kiên nhẫn đợi trong phòng chờ của chúng tôi cho đến giờ hẹn để được bác sĩ khám. Điều này cho phép phòng khám của chúng tôi hoạt động hiệu quả và cho phép mỗi bệnh nhân được phân bổ đầy đủ thời gian để nhận được sự chăm sóc toàn diện.

Trong trường hợp bệnh nhân cần lên lịch lại cuộc hẹn, chúng tôi yêu cầu bệnh nhân cung cấp cho văn phòng của chúng tôi một thông báo **thông báo 24 giờ**. Điều này cho phép các bệnh nhân khác được xếp lịch vào khung thời gian đó. Nếu bệnh nhân lỡ hẹn mà không liên hệ với văn phòng chúng tôi trong thời gian quy định thì sẽ bị coi là lỡ hẹn. **Bệnh nhân sẽ phải trả phí hủy là \$25,00**. Khoản phí này không thể được tính cho công ty bảo hiểm của bệnh nhân và bệnh nhân sẽ chịu trách nhiệm trực tiếp. Không có cuộc hẹn nào trong tương lai có thể được lên lịch cũng như hồ sơ không thể được chuyển giao nếu không thanh toán khoản phí này.

Ngoài ra, nếu bệnh nhân bị **trễ hơn 15 phút** mà không thông báo trước cho cuộc hẹn đã lên lịch, chúng tôi sẽ coi đây là cuộc hẹn bị lỡ và **Phí hủy \$ 25,00 sẽ được tính**.

Nếu bệnh nhân có bất kỳ câu hỏi nào liên quan đến chính sách này, vui lòng cho nhân viên của chúng tôi biết và chúng tôi sẽ sẵn lòng làm rõ mọi thắc mắc của bạn. Chúng tôi cảm ơn sự bảo trợ của bạn.

Chữ ký của tôi dưới đây cho thấy rằng tôi đã đọc và hiểu chính sách về thời gian/hủy cuộc hẹn của phòng khám và tôi đồng ý bị ràng buộc bởi các điều khoản của nó. Tôi cũng hiểu và đồng ý rằng những điều khoản đó đôi khi có thể được sửa đổi theo thông lệ.

Chữ ký của bệnh nhân/Người giám hộ/Người đại diện: _____

Signature of Patient/Guardian/Representative:

Tên viết in của bệnh nhân/Người giám hộ/Người đại diện: _____

Printed Name of Patient/Guardian/Representative:

Ngày: _____

Date: