

CÁC ĐIỀU KIỆN NHẬP VIỆN

Bệnh nhân ký tên dưới đây được nhận vào bệnh viện Hoag Memorial Hospital Presbyterian (“Bệnh viện”) để điều trị nội trú, ngoại trú và / hoặc điều trị cấp cứu theo các điều khoản và điều kiện sau đây:

1. ĐỒNG Ý VỚI CÁC THỦ THUẬT Y TẾ VÀ PHẪU THUẬT

Người ký tên dưới đây đồng ý với các thủ thuật có thể được thực hiện trong lần nhập viện này hay theo diện ngoại trú bao gồm điều trị hay dịch vụ cấp cứu, mà có thể bao gồm, nhưng không giới hạn, các thủ thuật phòng thí nghiệm, khám kiểm tra bằng x-quang, các thủ thuật y tế hay phẫu thuật, các dịch vụ y tế viễn thông, gây tê, hay các dịch vụ bệnh viện được cung cấp cho bệnh nhân theo các hướng dẫn chung và đặc biệt của bác sĩ điều trị hay bác sĩ phẫu thuật của bệnh nhân. Để đáp ứng các yêu cầu của luật pháp California, các đánh giá và xét nghiệm có thể được thực hiện hoặc dịch vụ điều trị được cung cấp trong thời gian nằm Viện (như xét nghiệm PKU) vì lợi ích của bệnh nhân. Người ký tên dưới đây đồng ý với việc thực hiện xét nghiệm hoặc điều trị đó theo luật pháp tiểu bang.

2. ĐIỀU DƯỠNG

Bệnh viện này chỉ cung cấp dịch vụ điều dưỡng thông thường trừ khi, theo y lệnh của bác sĩ điều trị của bệnh nhân, bệnh nhân được cung cấp dịch vụ điều dưỡng tập trung hơn. Nếu điều kiện của bệnh nhân ở trong tình trạng cần dịch vụ của một y tá đặc biệt, bệnh nhân và bệnh viện đồng ý rằng việc đó phải được bệnh nhân hay đại diện pháp lý của bệnh nhân bố trí. Bệnh viện không chịu trách nhiệm đối với việc không thể bố trí một y tá đặc biệt và do đó được miễn bất kỳ và tất cả trách nhiệm phát sinh từ việc bệnh nhân không được cung cấp dịch vụ chăm sóc bổ sung này.

3. CÁC BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ LÀ NHỮNG NGƯỜI HÀNH NGHỀ Y TẾ ĐỘC LẬP

Tất cả các bác sĩ điều trị và bác sĩ phẫu thuật cung cấp các dịch vụ cho bệnh nhân, bao gồm các chuyên viên x-quang, chuyên gia bệnh học, bác sĩ cấp cứu, chuyên gia gây mê, bác sĩ thuộc bệnh viện và tất cả các chuyên gia y tế tương tự là những người hành nghề y độc lập và **không** phải là nhân viên hay đại diện của bệnh viện. Họ đơn giản chỉ được quyền sử dụng Bệnh viện để chăm sóc và điều trị cho các bệnh nhân của họ. Các khoản phí của bác sĩ điều trị được xuất hóa đơn riêng tách biệt với các khoản phí của Bệnh viện, và do đó, bệnh nhân có thể nhận được nhiều hóa đơn.

Ký tắt tại đây (Initial Here): _____

Bệnh nhân được chăm sóc và giám sát bởi bác sĩ điều trị của bệnh nhân. Bác sĩ điều trị hay bác sĩ phẫu thuật của bệnh nhân có trách nhiệm thu thập phiếu đồng ý có hiểu biết của bệnh nhân, khi được yêu cầu, đối với các liệu pháp điều trị bằng thuốc hay bằng phẫu thuật, các thủ thuật chẩn đoán hay trị liệu đặc biệt, hay các dịch vụ Bệnh viện được cung cấp cho bệnh nhân theo các hướng dẫn chung và đặc biệt của bác sĩ điều trị đó.

4. CÁC TÀI SẢN CÁ NHÂN

Bệnh viện khuyến khích bệnh nhân để các tài sản cá nhân ở nhà. Bệnh viện có một két an toàn chống lửa để giữ an toàn tiền bạc và các vật có giá trị của bệnh nhân. Bệnh viện không chịu trách nhiệm về những mất mát hoặc thiệt hại xảy ra với tiền bạc, nữ trang, tài liệu, hoặc các tài sản cá nhân khác được mang vào khuôn viên bệnh viện. Trách nhiệm của bệnh viện đối với mất mát tài sản cá nhân đã được ký gửi an toàn tại bệnh viện được giới hạn theo luật ở mức năm trăm đô la (\$500) trừ khi có một giấy biên nhận cho khoản ký gửi có giá trị cao hơn từ Bệnh viện.

Ký tắt tại đây (Initial Here): _____

CONDITIONS OF ADMISSION - VIETNAMESE

PS 1104-V

Page 1 of 4

Rev 03/24/17

Patient Identification



[1212]

5. CÁC SẢN PHỤ

Nếu bệnh nhân sinh con khi là bệnh nhân của Bệnh viện này, người ký tên dưới đây đồng ý rằng các Điều kiện Nhập viện này cũng được áp dụng cho (các) con mới sinh.

Ký tắt tại đây (Initial Here): _____

6. THAM GIA VÀO CÁC CHƯƠNG TRÌNH GIÁO DỤC/GIẢNG DẠY Y KHOA

Người ký tên dưới đây thừa nhận và hiểu rằng Bệnh viện tham gia vào các chương trình giảng dạy và theo đó việc đào tạo của các đồng nghiệp bác sĩ thông qua một Chương trình Giáo dục Y khoa, của các y tá và những nhân viên y tế khác diễn ra tại Bệnh viện và những người này có thể tham gia vào phẫu thuật, các thủ thuật chẩn đoán đặc biệt hay trị liệu, hoặc điều trị được nêu ở trên dưới sự giám sát thích hợp và người ký tên dưới đây theo văn bản này đã đồng ý với điều đó.

7. ĐỒNG Ý VỚI VIỆC CHỤP HÌNH

Người ký tên dưới đây đồng ý được chụp hình (bao gồm cả video hay ảnh tĩnh, dạng kỹ thuật số hay ở bất kỳ định dạng nào khác, và bởi bất kỳ phương tiện ghi hình hay tái tạo hình ảnh nào khác) trong khi được điều trị tại Bệnh viện, với hiểu biết rằng các hình ảnh từ việc chụp hình đó có thể được sử dụng cho việc điều trị bệnh nhân hay cho các hoạt động y tế của Bệnh viện như bình duyệt hay giáo dục y khoa, nếu Bệnh viện hay (các) bác sĩ điều trị của bệnh nhân cho là phù hợp.

8. THỎA THUẬN TÀI CHÍNH

Người ký tên dưới đây đồng ý, dù người này ký tên với tư cách là đại diện hay là bệnh nhân, rằng với sự cân nhắc về các dịch vụ được cung cấp cho bệnh nhân, người này bằng văn bản này với tư cách cá nhân đồng ý chịu trách nhiệm nhanh chóng thanh toán toàn bộ tài khoản nợ Bệnh viện theo các mức giá và điều khoản thanh toán thông thường của Bệnh viện, bao gồm các chính sách chăm sóc từ thiện và giảm giá dịch vụ của bệnh viện, nếu thích hợp. Người ký tên dưới đây hiểu rằng tất cả các bác sĩ và bác sĩ phẫu thuật, bao gồm các chuyên gia x-quang, chuyên gia bệnh học, bác sĩ cấp cứu, chuyên gia gây mê, bác sĩ thuộc bệnh viện, và các chuyên gia y tế khác, sẽ yêu cầu thanh toán riêng cho các dịch vụ của họ. Nếu bất kỳ tài khoản nợ nào được chuyển đến một luật sư hay một công ty thu hồi nợ, người ký tên dưới đây sẽ trả các phí luật sư và chi phí thu hồi nợ thực tế phát sinh. Tất cả những tài khoản nợ quá hạn sẽ chịu lãi suất theo mức mà luật quy định.

Ký tắt tại đây (Initial Here): _____

9. CHUYỂN NHƯỢNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Người ký tên dưới đây chuyển nhượng và ủy quyền, dù người này ký tên với tư cách là đại diện hay là bệnh nhân, thanh toán trực tiếp cho Bệnh viện bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào lẽ ra phải trả cho hoặc thay mặt cho bệnh nhân cho thời gian nằm viện này hay cho các dịch vụ điều trị ngoại trú này. Tôi đồng ý rằng khoản thanh toán mà một công ty bảo hiểm trả cho Bệnh viện, theo ủy quyền này, sẽ giải quyết hết bất kỳ và tất cả các trách nhiệm của công ty bảo hiểm theo một hợp đồng bảo hiểm trong phạm vi khoản thanh toán đó. Người ký tên dưới đây hiểu rằng người này chịu trách nhiệm tài chính đối với các khoản phải trả không được thanh toán theo chỉ định này.

10. TRÁCH NHIỆM CỦA CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM Y TẾ (BẢO HIỂM)

Bệnh viện này duy trì một danh sách các chương trình bảo hiểm có hợp đồng với Bệnh viện. Một danh sách các chương trình như vậy có sẵn theo yêu cầu tại Văn phòng Tiếp nhận và Đăng ký. Bệnh viện không có hợp đồng, rõ ràng hay ngầm định, với bất kỳ chương trình nào không có tên trong danh sách. Bệnh nhân có trách nhiệm đảm bảo rằng chương trình bảo hiểm của bệnh nhân đã cho phép Bệnh viện cung cấp các dịch vụ đó. Người ký tên dưới đây đồng ý rằng người này với tư cách cá nhân đồng ý thanh toán tài khoản nợ Bệnh viện theo các mức giá và điều khoản thanh toán thông thường của Bệnh viện, bao gồm các chính sách hỗ trợ tài chính của bệnh viện, nếu chương trình bảo hiểm của người này không có tên trong danh sách nêu trên hay nếu bệnh nhân không có được ủy quyền của chương trình bảo hiểm.

Tất cả các bác sĩ và bác sĩ phẫu thuật, bao gồm các chuyên gia x-quang, chuyên gia bệnh học, bác sĩ cấp cứu, chuyên gia gây mê, bác sĩ thuộc bệnh viện, và các chuyên gia y tế khác, sẽ yêu cầu thanh toán riêng cho các dịch vụ của họ. Người ký tên dưới đây chịu trách nhiệm xác định liệu các bác sĩ cung cấp dịch vụ cho bệnh nhân có hợp đồng với chương trình bảo hiểm của bệnh nhân hay không, nếu như có bảo hiểm.

Ký tắt tại đây (Initial Here): _____

11. CÔNG NHẬN

- a. Văn bản này công nhận rằng người ký tên dưới đây đã nhận được sách giới thiệu *Patient Information (Thông tin Bệnh nhân)* đề cập đến *Patient Rights (Quyền của Bệnh nhân)* và cách để gửi khiếu nại, *Patient Responsibilities (Trách nhiệm của Bệnh nhân)*, và *Your Right to Make Decisions about Medical Treatment (Quyền Quyết định của Quý vị đối với Điều trị Y tế)* (Advance Health Care Directive information (Thông tin Chỉ thị Y tế Trước)) cùng với các thông tin khác.
- b. Người ký tên dưới đây công nhận và hiểu rằng đôi khi Bệnh viện có thể cung cấp dịch vụ cho bệnh nhân của mình thông qua việc sử dụng các nguồn lực bên ngoài hay dàn xếp với các bên thứ ba, bao gồm, ví dụ như, các dịch vụ được cung cấp cho bệnh nhân của Bệnh viện theo giới thiệu bởi các phòng thí nghiệm chuyên sâu hay Hoag Orthopedic Institute (Viện Chỉnh hình Hoag). Trong các trường hợp đó, Bệnh viện giữ trách nhiệm chuyên môn và quản lý đối với tất cả các dịch vụ được những nguồn lực bên ngoài đó cung cấp cho bệnh nhân của Bệnh viện.

Ký tắt tại đây (Initial Here): _____

12. CÔNG NHẬN KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

Bằng văn bản này tôi yêu cầu và đồng ý rằng các kết quả xét nghiệm của tôi có thể được cung cấp cho Patient Portal (Cổng Thông tin Bệnh nhân), để tôi có thể truy cập chúng bằng phương tiện điện tử như một phần của hồ sơ y tế lâm sàng của tôi. Tôi hiểu rằng các kết quả xét nghiệm cung cấp qua Patient Portal sẽ không bao gồm các kết quả xét nghiệm về HIV, bệnh viêm gan, lạm dụng ma túy, hay một khối u ác tính.

 Vâng [yes] Không [no]

Ký tắt tại đây(Initial Here): _____

13. CALIFORNIA IMMUNIZATION REGISTRY (ĐĂNG KÝ TIÊM CHỦNG CALIFORNIA)

Hoag có thể chia sẻ thông tin về tiêm chủng hay hồ sơ tầm soát bệnh lao (TB) của quý vị với California Immunization Registry (CAIR-Đăng ký Tiêm chủng California), một cơ sở dữ liệu toàn tiểu bang, an toàn và bí mật chứa thông tin về tiêm chủng của bệnh nhân. CAIR được các chuyên gia y tế, các cơ quan, và trường học sử dụng để theo dõi tất cả các mũi tiêm chủng và xét nghiệm TB (bệnh lao), và có thể cung cấp bằng chứng về tiêm chủng cần thiết để bắt đầu gửi trẻ, nhập học, hay làm công việc mới. Nếu quý vị không muốn chia sẻ hồ sơ về tiêm chủng hay TB của mình với những người dùng cơ sở dữ liệu đăng ký tiêm chủng khác, hãy gửi fax hay email "Decline or Start Sharing/Immunization Information Request Form" (Mẫu Từ chối hay Bắt đầu Chia sẻ/ Yêu cầu Thông tin Tiêm chủng) có sẵn trên trang web của CAIR tại <http://cairweb.org/cair-forms/>, tới CAIR Help Desk (Bộ phận Trợ giúp CAIR) theo số 1-888-436-8320 hoặc CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov

Ký tắt tại đây(Initial Here): _____

14. ĐẠO LUẬT TELEPHONE CONSUMER PROTECTION (BẢO VỆ NGƯỜI DÙNG ĐIỆN THOẠI) VÀ ĐẠO LUẬT CAN-SPAM

Bằng việc cung cấp cho chúng tôi một số điện thoại cho một thiết bị di động hay không dây, quý vị đồng ý rằng, để chúng tôi hay các nhà cung cấp dịch vụ của chúng tôi quản lý và thu hồi (các) tài khoản của quý vị (bao gồm việc liên lạc với quý vị về vấn đề xin hỗ trợ tài chính tiềm năng cho (các) tài khoản của quý vị), hay để thu hồi bất kỳ khoản tiền nào mà quý vị có thể còn nợ, chúng tôi, các đại lý, đại diện, hay các nhà cung cấp dịch vụ khác của chúng tôi có thể liên lạc với quý vị và điều này có thể dẫn đến việc quý vị phải chịu các khoản phí. Quý vị đồng ý một cách rõ ràng rằng các phương pháp liên hệ có thể bao gồm những thông điệp được ghi âm từ trước hay bằng giọng nói do máy tính tạo ra và/hoặc việc sử dụng một thiết bị quay số tự động, nếu thích hợp. Bản đồng ý này áp dụng cho tất cả các dịch vụ và hóa đơn yêu cầu thanh toán có liên quan đến (các) số tài khoản của quý vị và không phải là điều kiện để mua tài sản, hàng hóa, hay dịch vụ. Quý vị không buộc phải ký tắt vào phần này như một điều kiện để được nhập viện.

Nếu quý vị Chọn Không Tham gia hãy đánh dấu:

Ký tắt tại đây(Initial Here): _____

Người ký tên dưới đây xác nhận rằng mình đã đọc Các Điều Kiện Nhập Viện, nhận được một bản sao văn bản, và là bệnh nhân, người đại diện hợp pháp của bệnh nhân, hay được sự ủy quyền đầy đủ của bệnh nhân làm người đại diện chung của bệnh nhân để thực hiện các nội dung ở trên và đồng ý với các điều khoản của những nội dung đó.

_____ A.M./P.M.
 [Chữ ký của Bệnh nhân/Cha mẹ/Người bảo vệ/Giám hộ] _____ [Ngày] _____ [Giờ]
 [Signature of Patient/Parent/Conservator/Guardian] [Date] [Time]

_____ [Đại diện Bệnh viện]
 [Nếu được ký bởi người khác ngoài bệnh nhân, ghi rõ mối quan hệ] [Hospital Representative]
 [If signed by other than patient, indicate relationship]

ĐỒNG Ý TRÁCH NHIỆM TÀI CHÍNH BỞI NGƯỜI KHÔNG PHẢI LÀ BỆNH NHÂN HAY ĐẠI DIỆN PHÁP LÝ CỦA BỆNH NHÂN

Tôi đồng ý chấp nhận trách nhiệm tài chính cho các dịch vụ được cung cấp cho bệnh nhân và chấp nhận các điều khoản của phần Thỏa thuận Tài Chính, Chỉ định Quyền lợi Bảo hiểm, và Trách nhiệm của Chương trình Bảo hiểm Y tế ở trên.

FINANCIAL RESPONSIBILITY AGREEMENT BY PERSON OTHER THAN THE PATIENT OR THE PATIENT'S LEGAL REPRESENTATIVE

I agree to accept financial responsibility for services rendered to the patient and to accept the terms of the Financial Agreement, Assignment of Insurance Benefits, and Health Plan Obligation provisions above.

_____ A.M./P.M. _____
 [Chữ ký của Bên chịu Trách nhiệm Tài chính] _____ [Ngày] _____ [Giờ] _____ [Đại diện của Bệnh viện]
 [Signature of Financially Responsible Party] [Date] [Time] [Hospital Representative]

Tuyên bố của Phiên dịch viên:

Tài liệu trên đây được phiên dịch viên (có tên dưới đây) dịch cho bệnh nhân hay đại diện pháp lý của bệnh nhân bằng ngôn ngữ chính của bệnh nhân hay của người đại diện pháp lý (tên ngôn ngữ):

_____. Người đó đã hiểu tất cả các điều khoản và điều kiện và với văn bản trên đây đã công nhận sự đồng ý của mình.

Interpreter's Statement:

The foregoing document was translated by the interpreter (listed below) to the patient or legal representative in the patient's or legal representative's primary language (indicate language): _____. He/she understood all of the terms and conditions and acknowledged his/her agreement with the above document.

Dịch vụ phiên dịch [Interpreter Service]

_____ [Tên của Phiên dịch viên và Mã số Nhận dạng – Viết In Hoa]
 [Interpreter Name and Identification Code – Print]

_____ A.M./P.M. _____
 [Nhân chứng] _____ [Ngày] _____ [Giờ]
 [Witness] [Date] [Time]