

# HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE

Đây là văn bản pháp lý.

Không chấp nhận có chỉnh sửa trên mẫu này.

## CÁC ĐIỀU KIỆN NHẬP VIỆN (CONDITIONS OF ADMISSION – VIETNAMESE)

Bệnh nhân ký tên dưới đây được nhập viện tại Hoag Orthopedic Institute (“HOI” hoặc “Bệnh Viện”) để điều trị nội trú và/hoặc ngoại trú theo các điều khoản và điều kiện sau:

### 1. CHẤP THUẬN CÁC THỦ THUẬT Y KHOA VÀ PHẪU THUẬT

Tôi chấp thuận các thủ thuật có thể được thực hiện trong quá trình nằm viện hoặc điều trị ngoại trú. Những thủ thuật đó có thể bao gồm nhưng không giới hạn ở các thủ thuật xét nghiệm, chụp X-quang, điều trị hoặc thủ thuật y tế hoặc phẫu thuật, gây mê hoặc các dịch vụ bệnh viện được cung cấp cho tôi theo y lệnh chung hoặc đặc biệt của bác sĩ hoặc bác sĩ phẫu thuật hoặc các chuyên gia y tế khác hỗ trợ chăm sóc tôi, cũng như các xét nghiệm sàng lọc hoặc phương pháp điều trị theo yêu cầu của luật pháp. Để hỗ trợ chăm sóc tôi, tôi đồng ý cho phép bác sĩ hoặc các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác ở xa tôi tiến hành đánh giá và chẩn đoán thông qua các công nghệ chăm sóc sức khỏe từ xa, bao gồm nhưng không giới hạn ở cuộc gọi video hai chiều, hình ảnh kỹ thuật số và các công nghệ chăm sóc sức khỏe từ xa khác do nhà cung cấp của tôi xác định. Tôi cũng đồng ý nhập viện tại Bệnh Viện.

### 2. CHĂM SÓC TẠI BỆNH VIỆN VÀ ĐIỀU DƯỠNG

Tôi hiểu rằng tôi đang được (các) bác sĩ của tôi chăm sóc và giám sát, và HOI cùng đội ngũ điều dưỡng sẽ thực hiện theo y lệnh của các bác sĩ này. Tôi cũng hiểu rằng HOI chỉ cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng theo nhiệm vụ chung và dịch vụ chăm sóc theo chỉ định của bác sĩ và HOI không chịu trách nhiệm về việc không cung cấp điều dưỡng viên chăm sóc riêng. Theo đây, tôi miễn trừ HOI khỏi mọi trách nhiệm phát sinh do HOI không cung cấp dịch vụ chăm sóc bổ sung này.

### 3. MỐI QUAN HỆ PHÁP LÝ GIỮA HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE VÀ CÁC BÁC SĨ

Tôi hiểu rằng tất cả các bác sĩ và bác sĩ phẫu thuật cung cấp dịch vụ cho tôi, bao gồm trợ lý bác sĩ, bác sĩ X-quang, bác sĩ giải phẫu bệnh, bác sĩ gây mê, bác sĩ nội trú, bác sĩ chuyên khoa chăm sóc đặc biệt và các bác sĩ khác đều là những người hành nghề y độc lập và không phải là nhân viên, người đại diện hoặc đại lý của HOI. Họ chỉ đơn thuần được cấp đặc quyền sử dụng bệnh viện để chăm sóc và điều trị cho bệnh nhân của mình. Phí dịch vụ của bác sĩ được tính riêng và độc lập với phí của HOI, nghĩa là tôi sẽ nhận được nhiều hơn một hóa đơn cho các dịch vụ.

Ký tắt tại đây: \_\_\_\_\_  
(Initial Here)

Tôi hiểu rằng tôi đang được bác sĩ chăm sóc và giám sát. HOI và đội ngũ điều dưỡng có trách nhiệm thực hiện theo y lệnh của bác sĩ. Bác sĩ hoặc bác sĩ phẫu thuật chịu trách nhiệm xin sự chấp thuận sau khi được cung cấp thông tin đầy đủ của tôi, khi cần thiết, trong điều trị y tế hoặc phẫu thuật, các thủ thuật chẩn đoán hoặc điều trị đặc biệt, hoặc các dịch vụ bệnh viện được cung cấp cho tôi theo y lệnh chung và đặc biệt của bác sĩ.

### 4. TÀI SẢN CÁ NHÂN VÀ TÀI SẢN CÓ GIÁ TRỊ

HOI yêu cầu bệnh nhân và gia đình không mang theo đồ dùng cá nhân và tài sản có giá trị vào bệnh viện. HOI không chịu trách nhiệm khi xảy ra mất mát hoặc thiệt hại về bất kỳ khoản tiền, giấy tờ, đồ trang sức, điện thoại di động, thiết bị điện tử hoặc các vật dụng khác không được cất giữ trong két chống cháy do Bệnh Viện Hoag Memorial Presbyterian quản lý. HOI không chịu trách nhiệm về những vật dụng mà bệnh nhân/gia đình để lại bên giường bệnh mà nhân viên chưa tiếp nhận. Trách nhiệm về việc mất mát tài sản cá nhân được gửi giữ an toàn tại HOI không vượt quá \$500.

Ký tắt tại đây: \_\_\_\_\_  
(Initial Here)

### 5. THAM GIA CÁC CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO Y KHOA VÀ ĐÀO TẠO LÂM SÀNG

Tôi hiểu rằng HOI tham gia các chương trình giảng dạy và các nghiên cứu sinh là bác sĩ được cấp phép, sinh viên các ngành nghề chăm sóc sức khỏe (như điều dưỡng, X-quang, vật lý trị liệu, v.v.), nghiên cứu sinh sau đại học và các thực tập sinh khác có thể quan sát, khám, điều trị và tham gia vào việc chăm sóc và điều trị cho tôi dưới sự giám sát phù hợp theo yêu cầu của chương trình giáo dục y khoa và đào tạo lâm sàng của họ.



## HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE

Đây là văn bản pháp lý.

Không chấp nhận có chỉnh sửa trên mẫu này.

### 6. ẢNH CHỤP, VIDEO VÀ BẢN GHI ÂM

Tôi đồng ý cho phép chụp ảnh, quay video hoặc hình ảnh kỹ thuật số hoặc hình ảnh khác (như hình ảnh thủ thuật, hình ảnh vết thương, v.v.) về tình trạng y tế hoặc phẫu thuật hoặc phương pháp điều trị của tôi, và sử dụng những hình ảnh này cho mục đích chẩn đoán hoặc điều trị cho tôi hoặc cho hoạt động của HOI, bao gồm bình duyệt, cải thiện chất lượng, giáo dục hoặc đào tạo. Tôi hiểu rằng việc tiết lộ hoặc phát tán ảnh, video, hình ảnh kỹ thuật số hoặc hình ảnh khác cho bất kỳ mục đích nào khác đều bị nghiêm cấm trừ khi tôi cho phép bằng văn bản riêng biệt.

Tôi hiểu rằng tôi hoặc khách của tôi không được chụp ảnh, quay phim, ghi âm, tiết lộ hoặc chia sẻ bất kỳ hình ảnh hoặc cuộc trò chuyện nào của nhân viên HOI, bác sĩ của tôi hoặc những người khác mà không có sự đồng ý bằng văn bản của tất cả các bên liên quan.

### 7. THỎA THUẬN TÀI CHÍNH

Tôi đồng ý, cho dù ký tên với tư cách là bệnh nhân hay người đại diện, vợ/chồng, cha mẹ, người giám hộ hoặc người bảo lãnh tài chính của bệnh nhân, rằng khi xem xét các dịch vụ được cung cấp, tôi đồng ý thanh toán ngay vào tài khoản của HOI theo các mức giá và thời hạn thông thường của HOI, bao gồm các chính sách chăm sóc từ thiện và thanh toán chiết khấu, nếu có. Tôi hiểu rằng tất cả bác sĩ và bác sĩ phẫu thuật, bao gồm trợ lý bác sĩ, bác sĩ X-quang, bác sĩ giải phẫu bệnh, bác sĩ gây mê, bác sĩ nội trú, bác sĩ chuyên khoa chăm sóc đặc biệt và các bác sĩ khác, sẽ tính phí riêng cho các dịch vụ của họ. Nếu bất kỳ tài khoản nào được chuyển đến luật sư hoặc cơ quan thu nợ để thu nợ, tôi sẽ trả phí luật sư và chi phí thu nợ thực tế. Mọi tài khoản quá hạn chi trả sẽ phải chịu lãi suất theo mức luật định.

Mức giá thông thường của HOI, được gọi là "Chargemaster" và thông tin thanh toán được đăng trực tuyến tại <https://www.hoagorthopedicinstitute.com/for-patients/billing-and-insurance/>. Mức giá thông thường áp dụng cho các dịch vụ do HOI cung cấp, bao gồm các dịch vụ không được Medicare, Medi-Cal hoặc Medicaid bao trả hoặc không tuân theo các thỏa thuận hợp đồng khác.

**Ngự Y Tế:** Bộ Luật Dân Sự, Mục 1785.27 quy định bên nắm giữ hợp đồng nợ y tế này tuyệt đối không được cung cấp bất kỳ thông tin nào liên quan đến khoản nợ này cho cơ quan báo cáo tín dụng tiêu dùng. Ngoài bất kỳ hình phạt nào khác theo quy định của pháp luật, nếu một người cố ý vi phạm mục này bằng cách tiết lộ thông tin về khoản nợ này cho cơ quan báo cáo tín dụng tiêu dùng, khoản nợ này sẽ bị vô hiệu và không thể thi hành được.

Ký tắt tại đây: \_\_\_\_\_  
(Initial Here)

### 8. HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Tôi đồng ý và hiểu rằng nếu tôi không thể đáp ứng nghĩa vụ tài chính của mình, tôi có thể liên hệ với Cố Vấn Tài Chính bằng cách gọi đến số (949)764-5564 hoặc qua email tại [FC@hoag.org](mailto:FC@hoag.org). HOI có thể hỗ trợ quý vị nộp đơn và cung cấp đơn đăng ký Medicare, Chương trình Healthy Families Program, Medi-Cal hoặc các chương trình bảo hiểm khác được cung cấp thông qua Chương trình California Health Benefit Exchange, chương trình Dịch Vụ Trẻ Em California, các chương trình bảo hiểm y tế khác do tiểu bang hoặc quận tài trợ. Nếu quý vị cần thêm trợ giúp để hiểu về quy trình lập hóa đơn và thanh toán, quý vị có thể truy cập trang web Health Consumer Alliance tại địa chỉ <https://healthconsumer.org> để tìm thông tin giới thiệu về các tổ chức có thể hỗ trợ thêm cho quý vị. Quý vị cũng có thể được giới thiệu tới [www.OCGOV.com](http://www.OCGOV.com) để nhận hỗ trợ tại địa phương. Chúng tôi cam kết cung cấp thông tin về Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính HOI đến các cộng đồng nơi chúng tôi phục vụ theo cách dễ hiểu nhất. Ngoài tiếng Anh, bản tóm tắt này, Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính HOI và mẫu Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính HOI đều có sẵn bằng các ngôn ngữ khác, bao gồm tiếng Ả Rập, tiếng Hoa, tiếng Ba Tư, tiếng Hàn, tiếng Tây Ban Nha và tiếng Việt. Truy cập trang web của chúng tôi tại <https://www.hoagorthopedicinstitute.com/for-patients/billing-and-insurance/financial-assistance/>.

### 9. THÔNG BÁO VỀ LỢI ÍCH TÀI CHÍNH CỦA BÁC SĨ

Tôi thừa nhận tôi đã được thông báo rằng HOI đáp ứng định nghĩa về "bệnh viện do bác sĩ làm chủ" theo luật liên bang (42 C.F.R. 489.3) và danh sách chủ sở hữu/nhà đầu tư của HOI, là bác sĩ hoặc thành viên gia đình trực hệ của bác sĩ, sẽ được cung cấp nếu có yêu cầu. Người ký tên dưới đây xác nhận đã nhận được thông báo *Tiết Lộ Quyền Sở Hữu* của Bệnh viện và hiểu rằng bệnh nhân có quyền lựa chọn một cơ sở khác ngoài HOI để nhận các dịch vụ do bác sĩ của bệnh nhân yêu cầu hoặc chỉ định.

Ký tắt tại đây: \_\_\_\_\_  
(Initial Here)

## HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE

Đây là văn bản pháp lý.

Không chấp nhận có chỉnh sửa trên mẫu này.

### 10. CHUYỂN GIAO TẤT CẢ QUYỀN VÀ LỢI ÍCH

Cho dù tôi ký với tư cách là bệnh nhân hay người đại diện, tôi đều đang chuyển nhượng và chuyển giao không thể hủy ngang cho HOI mọi quyền, lợi ích và bất kỳ quyền lợi nào khác liên quan đến bất kỳ chương trình bảo hiểm, chương trình phúc lợi sức khỏe hoặc nguồn thanh toán nào khác cho việc chăm sóc của tôi. Việc chuyển giao này bao gồm việc chỉ định và ủy quyền thanh toán trực tiếp cho HOI về mọi quyền lợi bảo hiểm và chương trình y tế phải trả cho lần nằm viện này hoặc cho các dịch vụ ngoại trú. Tôi đồng ý rằng khoản thanh toán của công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm cho HOI theo ủy quyền này sẽ hoàn thành nghĩa vụ của công ty trong phạm vi khoản thanh toán đó. Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm tài chính về các khoản phí chưa thanh toán theo chỉ định này, trong phạm vi cho phép của luật tiểu bang và liên bang. Tôi đồng ý hợp tác và thực hiện mọi bước theo yêu cầu hợp lý của HOI để hoàn thiện, xác nhận hoặc xác thực chỉ định này.

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

HOI duy trì danh sách các chương trình bảo hiểm y tế mà bệnh viện ký hợp đồng. Danh sách các chương trình này được cung cấp theo yêu cầu từ Văn Phòng Đăng Ký và Nhập Viện hoặc trên trang web của chúng tôi tại <https://www.hoagorthopedicinstitute.com/for-patients/billing-and-insurance/insurance/>. HOI không có hợp đồng, dù rõ ràng hay ngụ ý, với bất kỳ chương trình nào không có tên trong danh sách. Tôi có trách nhiệm xác định xem chương trình bảo hiểm y tế của tôi có cho phép HOI cung cấp các dịch vụ hay không. Cho dù tôi ký với tư cách là bệnh nhân hay người đại diện, tôi đồng ý rằng tôi có nghĩa vụ cá nhân phải thanh toán vào tài khoản của HOI theo mức giá và thời hạn thông thường của HOI bao gồm các chính sách hỗ trợ tài chính của HOI, nếu tôi tham gia một chương trình không có trong danh sách nêu trên hoặc nếu tôi không xin được ủy quyền của chương trình bảo hiểm y tế.

Tất cả bác sĩ và bác sĩ phẫu thuật, bao gồm cả trợ lý bác sĩ, bác sĩ X-quang, bác sĩ giải phẫu bệnh, bác sĩ gây mê, bác sĩ nội trú và những người khác, sẽ tính phí riêng cho các dịch vụ của họ. Tôi có trách nhiệm xác định xem các bác sĩ cung cấp dịch vụ cho tôi có ký hợp đồng với chương trình bảo hiểm y tế của tôi hay không, nếu có.

### 12. CÔNG NHẬN

- Tôi xác nhận rằng tôi đã nhận được *Tờ Thông Tin Dành Cho Bệnh Nhân*, trong đó đề cập đến *Quyền của Bệnh Nhân* và cách nộp đơn khiếu nại, *Trách Nhiệm của Bệnh Nhân* và *Quyền Tự Do Ra Quyết Định về Điều Trị Y Tế* (thông tin về Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe Trước) cùng nhiều thông tin khác.
- Tôi xác nhận và hiểu rằng đôi khi, HOI có thể cung cấp dịch vụ cho bệnh nhân nội trú thông qua việc sử dụng các nguồn lực bên ngoài hoặc theo thỏa thuận với bên thứ ba, bao gồm các dịch vụ do các phòng xét nghiệm tham chiếu chuyên khoa hoặc Bệnh Viện Hoag Memorial Presbyterian cung cấp cho bệnh nhân HOI. Trong những trường hợp này, HOI vẫn chịu trách nhiệm chuyên môn và hành chính về tất cả các dịch vụ do các nguồn lực bên ngoài cung cấp cho bệnh nhân HOI.

### 13. SỔ BỘ ĐĂNG KÝ CHỪNG NGỪA CALIFORNIA

HOI có thể chia sẻ hồ sơ xét nghiệm sàng lọc bệnh lao (tuberculosis, TB) hoặc hồ sơ chủng ngừa của quý vị với Sổ Bộ Đăng Ký Chủng Ngừa California (California Immunization Registry, CAIR), một cơ sở dữ liệu thông tin chủng ngừa của bệnh nhân an toàn và bảo mật trên toàn tiểu bang. CAIR được các chuyên gia chăm sóc sức khỏe, cơ quan và trường học sử dụng để theo dõi tất cả các mũi tiêm và xét nghiệm lao mà quý vị đã nhận và có thể cung cấp bằng chứng về việc chủng ngừa cần thiết để bắt đầu ghi danh vào nhà trẻ, trường học hoặc tìm một công việc mới. Nếu quý vị không muốn hồ sơ chủng ngừa hoặc bệnh lao của mình được chia sẻ với những người dùng sổ đăng ký khác, vui lòng fax hoặc gửi email "Mẫu Yêu Cầu Từ Chối hoặc Bắt Đầu Chia Sẻ/Thông Tin Chủng Ngừa", có sẵn trên trang web CAIR tại địa chỉ <http://cairweb.org/cair-forms/>, đến số fax của Bộ Phận Hỗ Trợ CAIR theo số 1-888-436-8320 hoặc qua CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov. Quý vị có thể liên hệ với CAIR qua điện thoại theo số 1-800-578-7889.

### 14. LIÊN LẠC QUA ĐIỆN THOẠI VÀ EMAIL

Bằng việc cung cấp số điện thoại hoặc địa chỉ email cho chúng tôi, quý vị đồng ý rằng, để chúng tôi hoặc nhà cung cấp dịch vụ của chúng tôi có thể phục vụ tài khoản của quý vị (bao gồm liên hệ với quý vị về việc xin hỗ trợ tài chính tiềm năng cho tài khoản của quý vị, nhắc nhở lịch hẹn thăm khám, khảo sát, hướng dẫn xuất viện và các thông báo chăm sóc sức khỏe khác) hoặc để thu bất kỳ số tiền nào mà quý vị có thể nợ, chúng tôi, các đại lý, đại diện hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác của chúng tôi có thể liên hệ với quý vị và điều này có thể dẫn đến việc quý vị phải trả phí. Quý vị đồng ý rõ ràng rằng các phương thức liên hệ có thể bao gồm sử dụng phần mềm hỗ trợ trực tuyến, email, tin nhắn thoại được ghi âm trước và tin nhắn thoại nhân tạo, sử dụng thiết bị quay số tự động và/hoặc tin nhắn văn bản, tùy từng trường hợp. Chấp thuận này áp dụng cho tất cả các dịch vụ và thanh toán liên quan đến số tài khoản của quý vị và không phải là điều kiện để mua tài sản, hàng hóa hoặc dịch vụ.

# HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE

Đây là văn bản pháp lý.

Không chấp nhận có chỉnh sửa trên mẫu này.

## 15. CÁC VẬT DỤNG BỊ CẤM

- a. HOI không khoan nhượng với hành vi bạo lực trong cơ sở của chúng tôi. Vì vậy, HOI cam kết duy trì một nơi làm việc an toàn, không có các mối đe dọa, hành vi đe dọa và bạo lực. Vì sự an toàn và an ninh của bệnh nhân, khách thăm, nhân viên và các chuyên gia y tế khác, chúng tôi không cho phép mang vũ khí, dao, rượu, ma túy bất hợp pháp và các vật liệu nguy hiểm khác vào cơ sở của chúng tôi. *Cần sa là bất hợp pháp theo luật Liên bang. HOI là một bệnh viện do liên bang tài trợ và cần sa không được phép tàng trữ hoặc sử dụng trong khuôn viên bệnh viện, ngoại trừ trường hợp được nêu trong Đạo Luật Tiếp Cận Cần Sa Y Tế Nhân Đạo của California dành cho bệnh nhân nội trú giai đoạn cuối. Đạo luật này cho phép sử dụng cần sa y tế trong một số khu vực nhất định của bệnh viện dành cho bệnh nhân giai đoạn cuối được đưa vào bệnh viện của chúng tôi, theo một số hạn chế nhất định.*
- b. Tất cả mọi người đều bị cấm hút thuốc, sử dụng thuốc lá điện tử và các sản phẩm thuốc lá (bao gồm thuốc lá nhai và thuốc lá điện tử) ở bất kỳ nơi nào trong và trên khuôn viên của bất kỳ cơ sở nào do HOI hoặc Hoag sở hữu, thuê hoặc điều hành, kể cả trong ô tô đỗ tại bất kỳ cơ sở nào.
- c. Chúng tôi có quyền kiểm tra an toàn bất kỳ vật dụng nào được mang vào HOI và từ chối cho phép mang vật dụng đó vào cơ sở.

## 16. HÀNH VI/ỨNG XỬ

HOI mong đợi quý vị sẽ cư xử một cách tôn trọng, không bạo lực và không lạm dụng. Bệnh viện không cho phép quý vị mang theo tài sản thuộc về HOI rời khỏi phòng bệnh được chỉ định (ví dụ: áo choàng, máy bơm truyền dịch, bình oxy, thiết bị theo dõi, xe lăn, v.v.). Quý vị có thể bị cho xuất viện nếu rời Bệnh Viện mà không thông báo cho nhóm lâm sàng hoặc nếu vi phạm chính sách của HOI.

**Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc Các Điều Kiện Nhập Viện và đã nhận được một bản sao. Tôi là bệnh nhân, người đại diện hợp pháp của bệnh nhân hoặc được bệnh nhân ủy quyền ký và chấp nhận các điều khoản và điều kiện.**

Chữ ký của Bệnh Nhân/Người Đại Diện Hợp Pháp: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_ Giờ: \_\_\_\_\_ Sáng/Chiều  
(Patient/Legal Representative Signature) (Date) (Time)

Nếu được ký bởi người khác ngoài bệnh nhân, ghi rõ mối quan hệ (If signed by other than the patient, indicate relationship): \_\_\_\_\_

Đại Diện Bệnh Viện (Hospital Representative): \_\_\_\_\_

## ĐỒNG Ý TRÁCH NHIỆM TÀI CHÍNH CỦA NGƯỜI KHÔNG PHẢI LÀ BỆNH NHÂN HAY ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP 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 Sức Khỏe 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.

Chữ ký của Bên Chịu Trách Nhiệm Tài Chính: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_ Giờ: \_\_\_\_\_ Sáng/Chiều  
(Financially Responsible Party Signature) (Date) (Time)

Đại Diện Bệnh Viện (Hospital Representative): \_\_\_\_\_

## CAM KẾT CỦA THÔNG DỊCH VIÊN

Văn bản nêu trên đã được thông dịch viên (có tên dưới đây) dịch sang ngôn ngữ chính của bệnh nhân hoặc người đại diện hợp pháp của bệnh nhân (nêu rõ ngôn ngữ): \_\_\_\_\_

Họ đã hiểu tất cả các điều khoản và điều kiện và xác nhận đồng ý với văn bản trên.

☐ Dịch vụ Thông dịch (miễn phí) – Họ tên Thông Dịch Viên và Mã Thông Dịch Viên: \_\_\_\_\_

☐ Đã đề nghị cung cấp dịch vụ thông dịch (miễn phí); bệnh nhân từ chối

☐ Gia đình/Người khác được sử dụng theo yêu cầu của bệnh nhân - Họ tên và mối quan hệ của Thông Dịch Viên: \_\_\_\_\_

Nhân Chứng: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_ Giờ: \_\_\_\_\_ Sáng/Chiều

## 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): \_\_\_\_\_

They understood all of the terms and conditions and acknowledged their agreement with the above document.

☐ Interpreter Service (free of charge) – Interpreter Name and Identification Code: \_\_\_\_\_

☐ Offered Interpreter Service (free of charge); patient declined

☐ Family/Other used at patient's request - Interpreter Name and Relationship: \_\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ A.M./P.M.

## HOI CONDITIONS OF ADMISSION