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)

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng tôi là bệnh nhân, người đại diện hợp pháp của bệnh nhân hoặc người được ủy quyền hợp pháp để ký tên thay cho bệnh nhân. Tôi đồng ý với các Điều Kiện Nhập Viện sau đây và các điều khoản liên quan trong phạm vi được luật pháp liên bang và tiểu bang California áp dụng cho phép.

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

Tôi đồng ý tiếp nhận các dịch vụ y tế, dịch vụ chẩn đoán, dịch vụ phẫu thuật, dịch vụ ngoại trú, dịch vụ bổ trợ và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe liên quan có thể được cung cấp cho tôi tại Hoag Orthopedic Institute (HOI). Các dịch vụ này có thể bao gồm, nhưng không giới hạn ở khám thể chất, xét nghiệm phòng thí nghiệm, xét nghiệm giải phẫu bệnh, chẩn đoán hình ảnh, chụp X-quang, siêu âm, dùng thuốc, lấy máu, truyền dịch đường tĩnh mạch, các dịch vụ liên quan đến gây mê/gây tê, điều trị y khoa, điều trị phẫu thuật, liệu pháp hô hấp, dịch vụ phục hồi chức năng, dịch vụ điều dưỡng, các xét nghiệm sàng lọc theo quy định hoặc sự cho phép của pháp luật và các dịch vụ khác do bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ hành nghề nâng cao, điều dưỡng hoặc các chuyên gia y tế khác tham gia chăm sóc tôi chỉ định hoặc cung cấp. 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 thăm khám 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 nếu điều này là cần thiết cho quá trình chăm sóc y tế của tôi. Tôi hiểu rằng quá trình chăm sóc y tế của tôi có thể được thực hiện theo các hướng dẫn chung hoặc cụ thể của bác sĩ điều trị hoặc các chuyên gia y tế có giấy phép hành nghề khác. Tôi cũng đồng ý nhập viện, chuyển đổi giữa các đơn vị hoặc các mức độ chăm sóc, sắp xếp chuyển vào trạng thái theo dõi, điều trị ngoại trú, điều trị cấp cứu hoặc xuất viện khi được HOI và các chuyên gia hành nghề điều trị cho tôi xác định là phù hợp về mặt y tế, phù hợp với quy định của pháp luật hiện hành và chính sách của HOI. Tôi hiểu rằng y khoa và phẫu thuật không phải là những lĩnh vực khoa học chính xác và không có bất kỳ sự bảo đảm hoặc cam kết nào về kết quả của bất kỳ đợt khám, phương pháp điều trị, thủ thuật, dịch vụ hoặc hoạt động chăm sóc nào.

2. CHĂM SÓC TẠI BỆNH VIỆN VÀ ĐIỀU DƯỠNG

Tôi hiểu rằng tôi đang được bác sĩ điều trị hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cấp phép khác chăm sóc và giám sát. HOI và đội ngũ điều dưỡng của HOI có trách nhiệm thực hiện các chỉ định và hướng dẫn do các chuyên gia điều trị của tôi đưa ra, đồng thời cung cấp các dịch vụ điều dưỡng và dịch vụ bệnh viện phù hợp với các tiêu chuẩn chăm sóc hiện hành, chính sách của HOI và pháp luật hiện hành. HOI cung cấp dịch vụ điều dưỡng thường quy và các dịch vụ điều dưỡng do các chuyên gia hành nghề điều trị cho tôi chỉ định. HOI không cung cấp dịch vụ điều dưỡng riêng ngoại trừ trường hợp đã được thu xếp riêng và phê duyệt theo đúng chính sách của HOI. Bệnh nhân hoặc gia đình có nhu cầu sử dụng dịch vụ điều dưỡng riêng phải tự thu xếp các dịch vụ đó, tuân theo các yêu cầu về an toàn, cấp chứng nhận, quyền tiếp cận và hoạt động của HOI. Không có nội dung nào trong phần này hạn chế bất kỳ quyền hoặc nghĩa vụ nào theo luật liên bang hoặc luật pháp California hiện hành.

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

Tôi hiểu rằng tất cả các bác sĩ cung cấp dịch vụ chuyên môn tại HOI là các chuyên gia hành nghề độc lập và không phải là nhân viên, người đại diện hoặc người được ủy quyền của HOI. Những chuyên gia hành nghề độc lập này có thể bao gồm, nhưng không giới hạn ở bác sĩ gây mê, bác sĩ chẩn đoán hình ảnh, bác sĩ giải phẫu bệnh, bác sĩ điều trị nội trú, bác sĩ hồi sức cấp cứu, bác sĩ phẫu thuật, bác sĩ tư vấn chuyên khoa, trợ lý bác sĩ và các chuyên gia có giấy phép hành nghề khác. Các chuyên gia hành nghề độc lập đưa ra phán đoán chuyên môn độc lập trong quá trình cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế. HOI không kiểm soát phán đoán y khoa độc lập của các chuyên gia hành nghề này. Phí dịch vụ chuyên môn của bác sĩ và chuyên gia hành nghề có thể được tính tiền riêng biệt với các chi phí bệnh viện của HOI. Điều này có nghĩa là tôi có thể nhận được nhiều hơn một hóa đơn cho các dịch vụ y tế đã sử dụng.

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.



[1218]

PATIENT LABEL

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

HOI yêu cầu bệnh nhân và người nhà **không** mang theo tiền mặt, trang sức, giấy tờ, điện thoại di động, thiết bị điện tử, thuốc, các thiết bị hỗ trợ không cần thiết cho quá trình chăm sóc hoặc các vật dụng có giá trị khác mà không được cất giữ trong két sắt chống cháy của Hoag Memorial Hospital Presbyterian. HOI không chịu trách nhiệm đối với trường hợp mất mát hoặc hư hỏng tài sản cá nhân, tiền mặt, trang sức, giấy tờ, điện thoại di động, thiết bị điện tử hoặc các vật dụng khác, trừ khi các vật dụng đó đã được ký gửi cho HOI để cất giữ an toàn theo đúng chính sách của HOI. HOI không chịu trách nhiệm đối với các vật dụng để lại tại giường bệnh, trong phòng bệnh, tại khu vực chờ hoặc do bệnh nhân, gia đình, khách thăm hay người đại diện tự giữ khi nhân viên của HOI chưa tiếp nhận các vật dụng đó. Trách nhiệm pháp lý đối với trường hợp mất mát tài sản cá nhân được ký gửi cho HOI để cất giữ an toàn sẽ bị giới hạn ở mức tối đa do luật pháp tiểu bang California áp dụng và chính sách của HOI cho phép và sẽ không vượt quá $500 trừ khi luật pháp có quy định mức cao hơn.

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 bác sĩ được cấp phép đang đào tạo chuyên sâu, sinh viên các ngành nghề chăm sóc sức khỏe (như điều dưỡng, X-quang, trị liệu phục hồi chức năng, v.v.), học viên 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.

6. ẢNH CHỤP, VIDEO VÀ BẢN GHI ÂM, HÌNH ẢNH VÀ HỒ SƠ TÀI LIỆU LÂM SÀNG

Tôi đồng ý cho HOI chụp ảnh, quay video, ghi âm, chụp ảnh kỹ thuật số, ảnh chẩn đoán, ảnh thủ thuật, ảnh vết thương hoặc các hình thức ghi hình/ghi âm khác về tình trạng y tế, quá trình điều trị, thủ thuật hoặc chăm sóc của tôi khi được sử dụng cho mục đích điều trị, an toàn bệnh nhân, nhận diện, lưu hồ sơ, chẩn đoán, cải thiện chất lượng, đánh giá chuyên môn, quản lý rủi ro, tuân thủ pháp lý, giáo dục, đào tạo, hoạt động vận hành y tế hoặc các mục đích khác được pháp luật và chính sách của HOI cho phép. Tôi hiểu rằng mọi trường hợp tiết lộ các hình ảnh, bản ghi âm/ghi hình có thể định danh cho các mục đích yêu cầu sự ủy quyền riêng biệt sẽ chỉ được thực hiện khi có sự ủy quyền bằng văn bản riêng biệt theo quy định của pháp luật. Để bảo vệ quyền riêng tư, sự an toàn, an ninh, tính bảo mật của bệnh nhân, cũng như quyền lợi của các nhân sự HOI, đội ngũ y tế, bệnh nhân, khách thăm, nhà thầu, sinh viên, tình nguyện viên và những người khác, HOI có thể áp dụng các hạn chế hợp lý đối với việc chụp ảnh, quay phim, ghi âm, ghi hình, phát trực tiếp hoặc tiết lộ hình ảnh, bản ghi âm/ghi hình hoặc thông tin liên lạc trong phạm vi các cơ sở của HOI.

Các yêu cầu ghi âm/ghi hình như một biện pháp hỗ trợ hợp lý liên quan đến khuyết tật hoặc như một công cụ hỗ trợ bổ sung cho việc giao tiếp hiệu quả sẽ được xem xét trên cơ sở cá nhân hóa, phù hợp với các quy định pháp luật hiện hành.

Tôi hiểu rằng tôi và những khách thăm tôi không được phép chụp ảnh, quay phim, ghi âm, phát trực tiếp, đăng tải hoặc tiết lộ các hình ảnh, bản ghi âm/ghi hình hoặc thông tin liên lạc liên quan đến bệnh nhân, khách thăm, nhân sự, bác sĩ, chuyên gia hành nghề, sinh viên, tình nguyện viên hoặc những người khác trong phạm vi các cơ sở của HOI, trừ khi được chính sách của HOI và luật pháp hiện hành cho phép.

7. THỎA THUẬN TÀI CHÍNH

Đổi lại tất cả các dịch vụ do HOI cung cấp, tôi đồng ý rằng, cho dù ký tên với tư cách là bệnh nhân hay người đại diện, vợ/chồng, cha mẹ, người giám hộ hoặc người bảo lĩnh tài chính của bệnh nhân, tôi sẽ 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 bác sĩ chẩn đoán hình ảnh, bác sĩ giải phẫu bệnh, bác sĩ gây mê, bác sĩ điều trị nội trú, bác sĩ hồi sức cấp cứu, bác sĩ tư vấn chuyên khoa, trợ lý bác sĩ và các chuyên gia hành nghề độc lập khác, sẽ tính phí riêng cho các dịch vụ của họ. Trong phạm vi được luật pháp tiểu bang và liên bang hiện hành cho phép (sau khi đã trừ các chi phí luật sư và chi phí thu hồi nợ), nếu bất kỳ tài khoản nào được chuyển giao cho luật sư hoặc cơ quan thu hồi nợ để tiến hành thu hồi, tôi sẽ thanh toán chi phí luật sư và chi phí thu hồi nợ thực tế phát sinh. 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 "bảng giá dịch vụ" 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.

PATIENT LABEL

Nợ 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

Bệnh nhân có thể đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc giảm giá theo Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính của HOI, bất kể tình trạng bảo hiểm như thế nào. Việc xác định điều kiện đủ để nhận hỗ trợ tài chính sẽ được thực hiện riêng biệt với các Điều Kiện Nhập Viện này. 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. HOI có thể hỗ trợ quý vị nộp đơn và cung cấp đơn đăng ký Medicare, Healthy Families Program, MediCal hoặc các chương trình bảo hiểm khác được cung cấp thông qua California Health Benefit Exchange, chương trình California Children's Services, 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 của Health Consumer Alliance tại 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 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/. Việc HOI xác định điều kiện đủ để nhận hỗ trợ tài chính được thực hiện riêng biệt với các Điều Kiện Nhập Viện này và sẽ được giải quyết theo chính sách của HOI cũng như luật pháp hiện hành. Quyền tiếp cận dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết về mặt y khoa sẽ không bị ảnh hưởng bởi việc điều kiện đủ để nhận hỗ trợ tài chính đã được xác định hay chưa.

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 và tại https://www.hoagorthopedicinstitute.com/for-patients/legal-policies/legal-and-compliance. 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)

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 bảo hiểm 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 việc chuyển giao 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 việc chuyển giao này.

PATIENT LABEL

11. NGHĨA VỤ 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/insurances- accepted/ . 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. Không có nội dung nào trong mục này làm giới hạn bất kỳ quyền được bảo vệ nào hiện có theo Đạo Luật Không Có Hóa Đơn Bất Ngờ, luật pháp tiểu bang California, Medicare, MediCal, Medicaid, luật chương trình bảo hiểm sức khỏe, luật dịch vụ cấp cứu hoặc luật pháp hiện hành khác.

Tất cả bác sĩ và bác sĩ phẫu thuật, bao gồm bác sĩ chẩn đoán hình ảnh, bác sĩ giải phẫu bệnh, bác sĩ gây mê, bác sĩ điều trị nội trú, bác sĩ hồi sức cấp cứu, trợ lý bác sĩ và các bác sĩ 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

a. 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 Đưa Ra Quyết Định về Điều Trị Y Tế* (thông tin về Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe Trước) cùng nhiều thông tin khác.

b. 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 Hoag Memorial Hospital 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. XÁC NHẬN XÉT NGHIỆM: Bằng văn bản này, tôi yêu cầu và đồng ý rằng các kết quả xét nghiệm của tôi được cung cấp cho Cổng Thông Tin Bệnh Nhân để tôi có thể truy cập bằng phương tiện điện tử như một phần của hồ sơ y tế lâm sàng. Tôi hiểu rằng các kết quả xét nghiệm phòng thí nghiệm được cung cấp qua Cổng Thông Tin Bệnh Nhân có thể không bao gồm các kết quả xét nghiệm dương tính với HIV, viêm gan, lạm dụng ma túy hoặc các kết quả xét nghiệm liên quan đến mô được xử lý thường quy hoặc hình ảnh chụp chiếu phát hiện bệnh ung thư mới hoặc tái phát.

14. SỔ BỘ ĐĂNG KÝ CHỦNG NGỪA CALIFORNIA

HOI có thể chia sẻ hồ sơ xét nghiệm sàng lọc bệnh lao (TB) hoặc hồ sơ chủng ngừa của quý vị với Sổ Bộ Đăng Ký Chủng Ngừa California (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 bắt đầu 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 bộ đăng ký khác, vui lòng fax hoặc gửi email mẫu *Yêu Cầu Từ Chối Chia Sẻ hoặc Bắt Đầu Chia Sẻ/Thông Tin Chủng Ngừa (Khóa/Mở Khóa)* 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.

15. TRAO ĐỔI QUA ĐIỆN THOẠI, ĐIỆN THOẠI DI ĐỘNG, TÀI KHOẢN CỔNG THÔNG TIN BỆNH NHÂN VÀ EMAIL

Bằng việc cung cấp số điện thoại bàn, số điện thoại di động, địa chỉ email hoặc thông tin liên lạc khác cho chúng tôi, quý vị đồng ý rằng, để chúng tôi hoặc nhà cung cấp dịch vụ của chúng tôi có thể phục vụ (các) tài khoản của quý vị (bao gồm liên hệ với quý vị về việc xin hỗ trợ tài chính tiềm năng cho (các) 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 nhân viên liên hệ trực tiếp, 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.

PATIENT LABEL

16. 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. HOI có quyền kiểm tra bất kỳ vật phẩm nào được mang vào cơ sở vì lý do an toàn và có thể nghiêm cấm bất kỳ vật phẩm nào được cho là không an toàn hoặc không phù hợp.

17. HÀNH VI/ỨNG XỬ CỦA BỆNH NHÂN VÀ KHÁCH THĂM

Bệnh nhân và khách thăm được yêu cầu ứng xử một cách tôn trọng, không đe dọa, không bạo lực và không ngược đãi nhằm thúc đẩy một môi trường chăm sóc an toàn. Hành vi đe dọa, hăm dọa, bạo lực, quấy rối, hành vi ngược đãi, cư xử không an toàn, cản trở quá trình chăm sóc bệnh nhân, tự ý mang tài sản của HOI đi khi không được phép, hoặc vi phạm các chính sách an toàn, an ninh của HOI có thể dẫn đến các biện pháp xử lý phù hợp từ phía HOI, tuân thủ theo quy định pháp luật hiện hành, nghĩa vụ đảm bảo an toàn cho bệnh nhân, đạo luật EMTALA khi được áp dụng, Điều Kiện Tham Gia của CMS, các yêu cầu cấp phép và chính sách của HOI. Không có nội dung nào trong mục này cho phép từ chối khám sàng lọc cấp cứu, điều trị ổn định tình trạng bệnh, chăm sóc y tế cần thiết về mặt y khoa, quyền khiếu nại, quyền không bị phân biệt đối xử hoặc các quyền khác được pháp luật bảo vệ.

18. TRÍ TUỆ NHÂN TẠO

Tôi đồng ý và hiểu rằng HOI có thể sử dụng công nghệ Trí Tuệ Nhân Tạo (AI), bao gồm AI tạo sinh, để hỗ trợ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, cải tiến và tinh giản tài liệu, giao tiếp, hỗ trợ lâm sàng và các hoạt động chăm sóc sức khỏe khác. Việc sử dụng AI có thể bao gồm, nhưng không giới hạn ở, việc chuyển các ghi chú và cuộc thảo luận về y tế thành văn bản, hỗ trợ lập hóa đơn và mã hóa y khoa, phân tích lâm sàng và phân tích dữ liệu sức khỏe dự đoán. Tôi hiểu rằng nhiều dịch vụ y tế chuyên nghiệp tại Hoag sẽ do các bác sĩ độc lập không phải nhân viên hoặc người đại diện của HOI cung cấp. Các bác sĩ hoàn toàn chịu trách nhiệm về dịch vụ chăm sóc y tế mà họ cung cấp, bao gồm việc sử dụng AI trong giao tiếp và ra quyết định lâm sàng. Theo quy định của pháp luật, một số thông tin truyền thông do AI tạo ra sẽ bao gồm thông báo rõ ràng rằng thông tin đó là do AI tạo và bao gồm các hướng dẫn về cách liên lạc với một người thật, như nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, nhân viên hoặc người phù hợp khác.

Khi ký tên vào tờ Các Điều Kiện Nhập Viện này, tôi xác nhận rằng tôi đã được thông báo về việc sử dụng AI tại HOI.

PATIENT LABEL

Tôi cam đoan rằng tôi đã đọc Các Điều Kiện Nhập Viện này hoặc đã được đọc hay giải thích rõ ràng về các điều kiện này. Tôi xác nhận rằng tôi đã nhận được một bản sao hoặc đã được đề nghị nhận 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 Kiện Nhập Viện này.

Chữ Ký Của Bệnh Nhân/Người Đại Diện Hợp Pháp: _____ Ngày: _____ Thời gian: _____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 patient, indicate relationship)

Tên Người Đại Diện Bệnh Viện: _____
(Hospital Representative Name)

Chữ Ký Của Người Đại Diện Bệnh Viện: _____ Ngày: _____ Thời gian:_____Sáng/Chiều
(Hospital Representative Signature) (Date) (Time)

Patient unable to sign.

Reason: _____

Witness Attestation: The undersigned hospital representative witnessed that the patient was unable to physically sign this document and there is no Authorized Legal Representative acting on behalf of the patient. The undersigned is not signing on behalf of the patient, is not acting as the patient's legal representative, and is not making a determination regarding the patient's decision-making capacity.

Hospital Representative Name and Title: _____

Hospital Representative Signature: _____ Date: _____ Time: _____A.M./P.M.

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 services are provided free of charge to the patient.

☐ Interpreter Name and Identification Code: _____

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

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

Witness: _____ Date: _____ Time: _____A.M./P.M.

PATIENT LABEL