

Đơn chấp thuận điều trị

ĐỒNG Ý CHO VIỆC ĐIỀU TRỊ: Bằng việc ký kết văn bản này, tôi chấp thuận và ủy quyền cho Northwest Family Clinics điều trị cho tôi. Tôi biết rằng việc này có thể bao gồm việc tư vấn, quản lý thuốc, xét nghiệm, chuẩn đoán hình ảnh và các thủ thuật y tế. Tôi biết rằng người cung cấp dịch vụ y tế của tôi sẽ luôn có mặt để giải thích mục đích của việc điều trị và các thủ thuật y tế và rằng tôi có quyền từ chối phương pháp điều trị được khuyến nghị.

CHUYỂN NHƯỢNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM và ỦY QUYỀN THANH TOÁN: Tôi theo đó yêu cầu sự thanh toán các quyền lợi bảo hiểm đã được chấp thuận được chi trả trực tiếp cho Northwest Family Clinics thay mặt cho tôi cho bất kì dịch vụ đã cung cấp tại cơ sở này. Tôi chấp thuận cho Northwest Family Clinics chia sẻ hồ sơ bệnh án và các thông tin khác liên quan nhằm phục vụ các mục đích thanh toán và hoạt động của các cơ sở y tế.

CHIA SẺ THÔNG TIN CHO BÊN THANH TOÁN VÀ CÁC MẠNG LƯỚI: Tôi ủy quyền cho Northwest Family Clinics được chia sẻ hồ sơ bệnh án được yêu cầu và các thông tin khác liên quan đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi cho bảo hiểm y tế quốc gia, các đại diện của họ, công ty bảo hiểm của tôi, hoặc tổ chức bảo trì sức khỏe, các bên chi trả khác, các tổ chức mạng lưới bên chi trả, bao gồm tổ chức chăm sóc sức khỏe có trách nhiệm giải trình, các nhà thầu của họ, các đơn vị quản lý bên thứ ba, cơ quan y tế nhà nước, hoặc bất kì bên chi trả thuộc chính phủ khác mà cần thiết cho việc thanh toán và các hoạt động y tế. Bất kì việc theo dõi hoặc báo cáo nào cho bên thứ ba mà trở nên cần thiết do các khoản tiền chưa thanh toán trên tài khoản của bạn sẽ không bị coi là vi phạm tính bảo mật.

CHẤP THUẬN CHI TRẢ: Tôi thừa nhận và biết rằng tôi chịu trách nhiệm tài chính cho tất cả các khoản phí liên quan đến (các) dịch vụ đã cung cấp cho tôi hoặc người phụ thuộc của tôi. Nếu vì bất kì lí do nào, mà công ty bảo hiểm của tôi xem xét một số dịch vụ không thuộc phạm vi chi trả hoặc không thanh toán bất kì phần nào trong hóa đơn của tôi, hoặc nếu, tôi chưa chưa kích hoạt phạm vi bảo hiểm, tôi cam đoan hoàn toàn chịu trách nhiệm cho việc chi trả cho chúng và tất cả các khoản phí khác cho các dịch vụ đã cung cấp. Tất cả các phí đồng chi trả, đồng bảo hiểm, và các khoản khấu trừ tại thời điểm sử dụng dịch vụ. Chúng tôi chấp nhận tiền mặt, hóa đơn, thẻ tín dụng/ hoặc thẻ ghi nợ. Có khoản phí dịch vụ 45\$ cho việc hoàn trả các hóa đơn hoặc hoàn tiền. Nếu trường hợp yêu cầu việc sử dụng công ty thu hồi nợ bên thứ ba, tôi biết rằng tôi sẽ chịu hoàn toàn trách nhiệm cho việc thanh toán chi phí thu nợ, luật sư và/hoặc chi phí tòa án. Bất kì khoản phí sẽ được cộng vào vào số dư nợ cần thu. Công ty thu hồi nợ cũng có thể báo cáo tài khoản quá hạn của bạn cho cơ quan tín dụng.

QUYỀN NHẬN THÔNG BÁO VỀ QUYỀN RIÊNG TƯ CỦA BỆNH NHÂN: Bằng việc ký kết văn bản này, tôi thừa nhận rằng tôi đã nhận một bản sao chép hoặc đã được biết về thực hành quyền riêng tư Northwest Family Clinics. Tôi biết rằng tôi có thể yêu cầu một bản sao của thông báo về quyền riêng tư này.

CẤP LẠI THUỐC THEO ĐƠN VÀ THUỐC ĐƯỢC KIỂM SOÁT: Northwest Family Clinics cung cấp đầy đủ việc gia hạn và hoàn mới các đơn thuốc tại thời điểm buổi hẹn khám của bạn. Bạn có trách nhiệm cho việc theo dõi lượng thuốc được cấp và sắp xếp lịch hẹn trước khi hết thuốc. Bạn nên liên hệ với hiệu thuốc của bạn để đưa ra yêu cầu cấp phát lại thuốc theo đơn và cho phép trong vòng ít nhất 72 giờ (tức 3 ngày làm việc) để xử lí yêu cầu của bạn.

BỎ LỠ HOẶC HỦY BUỔI KHÁM MUỘN: Tôi thừa nhận rằng việc không hủy buổi khám trước ít nhất 24 giờ hoặc không xuất hiện trong buổi khám làm làm cản trở lịch hẹn của người khác. Tôi biết rằng có thể bị tính phí 50\$ cho các cuộc buổi khám và 100\$ cho các thủ thuật y tế có thể sẽ bị tính phí vào tài khoản của tôi cho việc bỏ lỡ hoặc muộn buổi khám. Nội soi đại tràng phải được hủy trước ít nhất 7 ngày hoặc bạn sẽ bị tính phí 300\$ cho việc hủy buổi khám muộn. Hơn nữa, tôi biết rằng Northwest Family Clinics có quyền chấm dứt việc chăm sóc hoặc áp dụng hạn chế chỉ được đặt lịch hẹn trong ngày đối với tôi nếu tôi bỏ lỡ hoặc hủy buổi khám muộn từ ba buổi trở lên mà không thông báo trước 24 giờ trong vòng 12 tháng.

MỘT SỐ KHOẢN PHÍ KHÁC CÓ THỂ PHÁT SINH: Nếu Northwest Family Clinics được yêu cầu hoàn thành một vài mẫu phụ hoặc báo cáo cho bạn, sẽ có thể có một khoản phí phụ thêm. Những khoản phí này sẽ không tính vào hóa đơn của công ty bảo hiểm của bạn và phải được thanh toán trước. Northwest Family Clinics có thể sẽ tính thêm một vài phí cho các khoản mục như, nhưng không giới hạn ở các mẫu đơn xác nhận khuyết tật, các mẫu đơn pháp luật nghỉ phép gia đình và y tế, các bản sao của những hồ sơ bệnh án, các bản báo cáo đặc biệt, truyền thông kĩ thuật số hoặc các cuộc tư vấn qua điện thoại.

THÔNG BÁO ĐIỆN THỬ: Bằng việc cung cấp số điện thoại, địa chỉ email hoặc bất kì phương thức liên lạc cá nhân nào khác của tôi, tôi ủy quyền cho Northwest Family Clinics và hệ thống tự động liên lạc, nhắn tin của bên thứ ba sử dụng thông tin liên lạc của tôi. Để liên hệ với tôi nhằm nhắc nhở về buổi khám, các kết quả xét nghiệm, thông tin số dư tài khoản, bản tin, cập nhật chung, và các chức năng liên quan đến chăm sóc sức khỏe. Tôi đồng ý cho phép để lại các tin nhắn chi tiết trên hộp thư thoại của tôi hoặc với các cá nhân được liệt kê dưới đây, nếu tôi không thể liên lạc với số điện thoại đã được cung cấp.

ỦY QUYỀN TRAO ĐỔI THÔNG TIN SỨC KHỎE: Tôi theo đó ủy quyền cho những người cung cấp dịch vụ y tế và đội ngũ y tế của Northwest Family Clinics được trao đổi về thông tin sức khỏe được bảo mật của tôi với (những) cá nhân được nêu tên dưới đây. Việc để trống các thông tin phía dưới, nhà cung cấp và đội ngũ y tế sẽ không chia sẻ thông tin sức khỏe đã được bảo vệ của bạn.

Mối quan hệ	Tên	Số điện thoại
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Bằng việc ký kết văn bản này, tôi xin xác nhận với những điều đã đọc và đồng ý với những điều khoản trên. Tôi biết rằng sự chấp thuận này sẽ không hết hiệu lực cho đến khi tôi thu hồi bằng văn bản. Tôi biết rằng tôi có quyền được thu hồi sự chấp thuận này bất cứ lúc nào và việc thu hồi sự chấp thuận của tôi sẽ không ảnh hưởng đến bất kì hành động nào đã được thực hiện trước khi tôi thu hồi.

Tên bệnh nhân (CHỮ IN HOA): _____ Ngày sinh: _____