

CHẤP THUẬN VÀ ỦY QUYỀN

1. CHẤP THUẬN CHUNG ĐỂ NHẬP VIỆN VÀ ĐIỀU TRỊ

1, Tôi, người ký tên dưới đây, tự nguyện yêu cầu, chấp thuận và cho phép tất cả các dịch vụ chăm sóc y tế và bệnh viện, bao gồm kiểm tra và sàng lọc thể chất, thủ tục chẩn đoán, quản lý thuốc, điều trị trị liệu, bao gồm sàng lọc ma túy và đồ uống có cồn, nếu xét thấy cần thiết theo phán quyết của (các) bác sĩ điều trị), các nhân viên y tế khác và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của các công ty con thuộc McLaren Health Care ("McLaren"). Tôi biết rằng việc hành nghề y không phải là một môn khoa học chính xác và thừa nhận rằng không có gì đảm bảo cho tôi về kết quả chăm sóc và điều trị mà tôi đã nhận được.

Theo đây, tôi ủy quyền cho McLaren giữ lại, bảo quản và sử dụng cho các mục đích khoa học hoặc giảng dạy, hoặc hủy bỏ theo quyết định hoặc thuận tiện của mình, bất kỳ mẫu vật hoặc mô nào lấy từ cơ thể tôi trong lần thăm khám của tôi. Tôi cho phép McLaren chụp ảnh, quay phim và/hoặc ghi âm tôi cho mục đích chẩn đoán, đề xuất điều trị và/hoặc làm tài liệu và nhận dạng trong khi điều trị. Tôi hiểu rằng tất cả các tài liệu trong hồ sơ y tế bao gồm ảnh, phim và/hoặc bản ghi có thể được lưu giữ như một phần vĩnh viễn của hồ sơ bệnh án và có thể được sử dụng cho các nghiên cứu điển hình và hoạt động giáo dục. Tôi đã được giải thích và hiểu rằng hầu hết các cơ sở của McLaren đều là cơ sở giảng dạy và các quy trình y tế và phẫu thuật được thực hiện có thể yêu cầu sự giám sát, hợp tác và dịch vụ của nhiều nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Tôi ủy quyền cho những người như vậy thực hiện việc giám sát, phục vụ và chăm sóc này.

2. CHẤP THUẬN XÉT NGHIỆM PHƠI NHIỄM

Tôi hiểu nếu nhân viên ứng phó khẩn cấp, chuyên gia chăm sóc sức khỏe hoặc nhân viên cơ sở y tế khác phơi nhiễm với máu hoặc chất dịch cơ thể của tôi, xét nghiệm đó bao gồm nhưng không giới hạn ở HIV, Viêm gan B hoặc Viêm gan C có thể được thực hiện mà không cần sự chấp thuận của tôi, theo quy định của MCL 333.20191.

3. TIẾT LỘ THÔNG TIN BẢO HIỂM

Tôi ủy quyền cho McLaren và các đơn vị liên kết của McLaren tiết lộ cho bất kỳ người thanh toán bên thứ ba nào hoặc đại diện của họ, bao gồm Medicare, Medicaid, Champus, Blue Cross/Blue Shield, công ty bảo hiểm sức khỏe thương mại, công ty bảo hiểm ô tô không xác định được lỗi, công ty bảo hiểm bồi thường thương tật cho người lao động, người sử dụng lao động, các tổ chức bảo vệ sức khỏe, các tổ chức nhà cung cấp ưu tiên và các gói chăm sóc được quản lý, có thể chịu trách nhiệm thanh toán trong trường hợp của tôi, hoặc theo yêu cầu của pháp luật, thông tin đó từ hồ sơ y tế của tôi nếu cần thiết để nhận được khoản bồi hoàn cho bất kỳ hóa đơn nào liên quan đến việc điều trị của tôi, bao gồm hồ sơ lạm dụng đồ uống có cồn và chất kích thích được bảo vệ theo các quy định trong 42 CFR, Phần 2, nếu có, và hồ sơ công tác xã hội, nếu có, và hồ sơ dịch vụ tâm lý bao gồm nội dung giao tiếp của tôi với nhân viên xã hội hoặc nhà tâm lý học.

4. TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE CÔNG ĐỒNG

Tôi cho phép McLaren tiết lộ thông tin có trong hồ sơ y tế của tôi, bao gồm thông tin về các bệnh truyền nhiễm và/hoặc nhiễm trùng, theo định nghĩa của đạo luật Michigan và các quy định của Sở Y Tế Công Cộng hoặc Sở Y Tế Ohio, bao gồm nhiễm Vi-rút Gây Suy Giảm Miễn Dịch Ở Người (HIV), Hội Chứng Suy Giảm Miễn Dịch Mắc Phải (AIDS), Phức Hợp Liên Quan đến AIDS (ARC), bệnh hoa liễu và bệnh lao, thông tin lạm dụng đồ uống có cồn và/hoặc chất kích thích được bảo vệ theo các quy định trong Bộ Luật 42 của Quy Định Liên Bang phần 2, tâm thần/tâm lý hồ sơ và hồ sơ công tác xã hội, bao gồm nội dung giao tiếp với nhân viên xã hội, bác sĩ tâm thần hoặc nhà tâm lý học.



820b

PT.

MR. #/P

DR.

CHẤP THUẬN VÀ ỦY QUYỀN

5. CHỈ ĐỊNH QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Tôi chỉ định và ủy quyền thanh toán trực tiếp cho McLaren tất cả các quyền lợi sức khỏe và các hình thức thanh toán khác liên quan đến dịch vụ chăm sóc mà nhân viên McLaren cung cấp cho tôi. Tôi chịu hoàn toàn trách nhiệm tài chính về việc thanh toán tất cả các chi phí liên quan đến việc chăm sóc và điều trị của tôi, bao gồm mọi khoản phí không được bảo hiểm chi trả. Những chi phí này có thể bao gồm, nhưng không giới hạn ở, chi phí hàng ngày cho các cuộc gọi điện thoại, phòng riêng do bệnh nhân yêu cầu, và bất kỳ khoản tiền khấu trừ và đồng bảo hiểm nào.

6. ĐẠO LUẬT BẢO VỆ NGƯỜI TIÊU DÙNG QUA ĐIỆN THOẠI

Tôi hiểu rằng, đôi khi, McLaren, các công ty con và đơn vị liên kết của McLaren (gọi chung là "McLaren") có thể liên hệ với tôi để (1) thảo luận về bất kỳ dịch vụ nào trong quá khứ, hiện tại hoặc tương lai do McLaren cung cấp, như được cho phép theo Đạo Luật Về Trách Nhiệm Giải Trình Và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế (HIPAA); (2) thảo luận về kế toán, thanh toán hoặc thông tin tài chính khác (chẳng hạn như thông tin bảo hiểm và phí dịch vụ) đối với các dịch vụ trước đây, hiện tại hoặc tương lai do McLaren cung cấp; và (3) thảo luận về việc truy thu bất kỳ khoản tiền quá hạn nào hoặc khả năng hội đủ điều kiện của tôi đối với các chương trình hỗ trợ thanh toán hoặc xóa nợ.

Tôi chấp thuận và đồng ý cho McLaren và các nhà cung cấp dịch vụ của họ (a) liên hệ với tôi theo bất kỳ địa chỉ nào (bao gồm cả e-mail) hoặc số điện thoại (bao gồm số không dây hoặc số điện thoại cố định được chuyển mạng) mà tôi có thể cung cấp cho McLaren; (b) sử dụng hệ thống quay số điện thoại tự động hoặc các cuộc gọi tin nhắn được ghi âm trước khi liên hệ với tôi; và (c) gửi tin nhắn văn bản đến số điện thoại của tôi, để thực hiện các mục đích mà McLaren đã xác định ở trên. Tôi đồng ý cho phép McLaren chia sẻ thông tin liên hệ của tôi, bao gồm số điện thoại di động và địa chỉ email của tôi, với các nhà cung cấp dịch vụ (bao gồm cả cơ quan thu nợ) mà McLaren ký hợp đồng để hỗ trợ theo đuổi những lợi ích này, nhưng tôi hiểu rằng McLaren sẽ không chia sẻ điện thoại của tôi số với các bên thứ ba cho mục đích riêng của họ mà không có sự chấp thuận của tôi. Tôi hiểu rằng phí nhắn tin và phút gọi điện thoại tiêu chuẩn có thể được áp dụng.

Tôi cũng hiểu rằng tôi không cần phải chấp thuận nhận các cuộc gọi hoặc tin nhắn được quay số tự động hoặc ghi âm trước để nhận các dịch vụ từ McLaren. Tôi có thể chọn thu hồi sự chấp thuận của tôi đối với việc nhận các cuộc gọi hoặc tin nhắn được quay số tự động hoặc được ghi âm trước bằng cách liên hệ với Đại Diện Khách Hàng của McLaren để thông báo cho họ về các tùy chọn của tôi bằng cách sử dụng số điện thoại hoặc địa chỉ email miễn phí sau: (844) 839-3884 hoặc phonecalloptout@mclaren.org.

7. NHIỀU NGÀY SỬ DỤNG SỬ DỤNG

Tôi hiểu rằng việc điều trị của tôi có thể cần nhiều hơn một ngày sử dụng dịch vụ, do đó, phiếu chấp thuận này sẽ có đầy đủ hiệu lực kể từ ngày ký cho đến khi tôi xuất viện; Tôi hiểu rằng việc điều trị có thể được thực hiện tại bất kỳ cơ sở nào của McLaren.

8. ỦY QUYỀN LẤY HỒ SƠ THUỐC ĐỂ PHỐI HỢP CHĂM SÓC

Tôi hiểu rằng các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc của tôi cần phải biết những loại thuốc tôi hiện đang dùng, để họ kê đơn và cung cấp phương pháp điều trị thích hợp cho tôi. Do đó, tôi cho phép McLaren/Karmanos lấy và xem xét hồ sơ từ bất kỳ hiệu thuốc (hoặc các hiệu thuốc) nào mà tôi hiện đang mua (các) loại thuốc.



820b

PT.

MR./P

DR.

CHẤP THUẬN VÀ ỦY QUYỀN

9. DỊCH VỤ THÔNG DỊCH VIÊN

Vì sự an toàn của bệnh nhân, khả năng giao tiếp kịp thời/hiệu quả và ngôn ngữ sẵn có cho những bệnh nhân có trình độ tiếng Anh hạn chế và/hoặc những người cần phiên dịch Ngôn Ngữ Ký Hiệu của Hoa Kỳ, McLaren cung cấp dịch vụ phiên dịch công nghệ theo yêu cầu miễn phí, bao gồm Thông Dịch Từ Xa Qua Video (VRI) và Thông Dịch Qua Điện Thoại (OTP). Nếu có khó khăn về kỹ thuật hoặc nhu cầu của bệnh nhân đòi hỏi một phương pháp thay thế, một thành viên ban quản lý có thể hỗ trợ điều phối các dịch vụ thông dịch viên trực tiếp. Khi ký tên vào mẫu đơn này, tôi đồng ý với việc sử dụng VRI và OTP.

10. DÀNH CHO BỆNH NHÂN MANG THAI VÀ MỚI SINH

Tôi hiểu rằng McLaren bắt buộc phải thực hiện các xét nghiệm sàng lọc HIV, Viêm gan B và bệnh lây truyền qua đường tình dục bất cứ khi nào bệnh nhân mang thai lần đầu đến điều trị trước khi sinh hoặc sinh con (hoặc ngay sau khi sinh nếu trẻ sơ sinh được sinh bên ngoài bệnh viện) và kết quả xét nghiệm không sẵn có cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc. Khi ký tên vào mẫu đơn này, tôi chấp thuận thực hiện các xét nghiệm này.

11. MIỄN TRỪ TRÁCH NHIỆM: ĐỒ VẬT CÓ GIÁ TRỊ CÁ NHÂN

Tôi hiểu rằng McLaren không chịu trách nhiệm pháp lý đối với những mất mát hoặc hư hỏng đối với bất kỳ tài sản cá nhân nào mà tôi chọn giữ bên mình hoặc trong phòng của mình trong thời gian tôi ở McLaren và tôi có trách nhiệm thu xếp để bảo đảm những vật có giá trị được bảo đảm. Tôi đã được khuyên nên để tất cả các vật có giá trị cá nhân ở nhà. Tôi cũng thừa nhận rằng McLaren/Karmanos không chịu trách nhiệm đối với các vật dụng cá nhân mà tôi mang theo trong thời gian điều trị.

12. CHẤP THUẬN THÔNG BÁO CHO THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH

Tôi ủy quyền cho McLaren thông báo cho thành viên gia đình tôi.

____ (Có); Tên Thành Viên Gia Đình: _____ Điện Thoại: _____
____ (Không)

13. CHẤP THUẬN THÔNG BÁO CHO BÁC SĨ CHĂM SÓC CHÍNH CỦA QUÝ VI – CHỈ NHẬP VIỆN

Chỉ khi tôi nhập viện, bằng cách cung cấp tên của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (PCP) của tôi, tôi Chấp Thuận cho McLaren thông báo cho nhà cung cấp đó về việc tôi nhập viện.

14. THÔNG BÁO VỀ PHƯƠNG THỨC ĐẢM BẢO QUYỀN RIÊNG TƯ

Tôi đã nhận được một bản sao Thông Báo Chung về Phương Thức Đảm Bảo Quyền Riêng Tư, Thủ Tục Khiếu Nại, Quyền của Bệnh Nhân và Chính Sách Thăm Khám (nếu có) của McLaren:

Bệnh Nhân Bị Trả Lại/Từ Chối _____ (Tên Viết Tắt của Đại Diện Truy Cập Bệnh Nhân)



820b

PT.

MR./#P

DR.

CHẤP THUẬN VÀ ỦY QUYỀN

15. TRAO ĐỔI THÔNG TIN SỨC KHỎE

Tôi hiểu rằng McLaren tham gia Trao Đổi Thông Tin Sức Khỏe cho các hoạt động kinh doanh và để cung cấp thông tin chăm sóc sức khỏe của tôi cho các nhà cung cấp khác có thể điều trị cho tôi.

16. Chỉ Dành Cho Nhân Viên Ohio

Dược Sĩ có thể được sử dụng trong việc quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị và quý vị hoặc một cá nhân được ủy quyền hành động thay mặt quý vị có thể rút khỏi thỏa thuận tư vấn dược sĩ.

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc mẫu đơn chấp thuận này, hoặc mẫu đơn này đã được đọc cho tôi nghe. Tôi hiểu nội dung của mẫu đơn này và đồng ý rằng bằng cách ký vào mẫu đơn này, tôi bị ràng buộc bởi các điều khoản của mẫu đơn, cho dù được ký bởi chính tôi hay người đại diện thay mặt tôi.

Chữ Ký **PHỤ HUYNH** (Phụ Huynh/Người Giám Hộ, nếu Trẻ Vị Thành Niên, hoặc người ký tên thay cho bệnh nhân)

Ngày/Thời Gian (**BẮT BUỘC**)

Mối Quan Hệ nếu không phải là bệnh nhân

Người Cho Phép Qua Điện Thoại

Người Làm Chứng

Ngày/Thời Gian (**BẮT BUỘC**)

Người Làm Chứng Thứ Hai (Người Cho Phép Qua Điện Thoại)

Ngày/Thời Gian (**BẮT BUỘC**)

