

Giấy chấp thuận sẵn sóc sức khỏe

Tên Bệnh Nhân (Chữ In) _____

Ngày Sinh _____

Tôi đồng ý cho phép Y Viện Cộng Đồng Quốc Tế (ICHS) và các phòng mạch của cơ quan này sẵn sóc sức khỏe cho tôi. Công việc sẽ bao gồm chuẩn đoán bệnh, khám bệnh và điều trị thích hợp với tình trạng sức khỏe của tôi. Tôi có quyền chủ động tham gia vào việc chọn phương pháp trị liệu và có thể hỏi rõ về bản chất và đặc tính của bất cứ những phương pháp được đề nghị cũng như những phương pháp khác. Hơn nữa, tôi có quyền biết về dự đoán kết quả của phương pháp được chọn và tất cả những phương pháp khác để thấy rõ những rủi ro có thể dẫn đến cho tôi. Tôi có thể hỏi bất kỳ câu hỏi nào khi được bác sĩ giải thích về lợi ích và nguy hiểm của phương pháp được chọn để chữa trị. Nếu tôi không hỏi tức là tôi đã hiểu rõ hoặc không tìm hiểu thêm. Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể rút lại thỏa thuận này vào bất cứ lúc nào.

Tôi đồng ý ủy quyền cho ICHS phát hành thông tin cần thiết của bên bảo hiểm thứ 3 của tôi để bảo đảm thanh toán cho các dịch vụ tôi nhận được tại ICHS. Thông tin trả tiền dưới đây sẽ xin khi các dịch vụ không được cung cấp tại xe dịch vụ rằng lưu động. ICHS cung cấp chương trình giảm giá (Điều chỉnh theo thu nhập và số người trong gia đình) hội đủ điều kiện cho bệnh nhân không có bảo hiểm hoặc bảo hiểm không bao toàn bộ. Tôi đang dự định sẽ trả chi phí 1 cách kịp thời hoặc sắp xếp biện pháp trả góp với ICHS, nếu tôi không thể trả hết 1 lần. Có 1 số dịch vụ bắt buộc phải trả toàn bộ chi phí tại thời điểm của cuộc khám. Tôi hiểu rằng tôi sẽ không bị từ chối chăm sóc sức do không có khả năng trả hoá đơn của tôi nếu như tôi đã nộp đủ những thông tin tài chính. Tuy nhiên từ chối trả phần chi phí đã được ước tính hoặc thiếu hợp tác để sắp xếp biện pháp trả góp có thể đưa đến chấm dứt dịch vụ y tế.

Là một người trưởng thành được ủy quyền quyết định việc chữa bệnh cho trẻ em hoặc cho người trưởng thành khác nhưng không đủ khả năng tự quyết định cho họ, tôi cần phải được ủy quyền hợp pháp. Nếu tôi làm giấy thỏa thuận về việc trị bệnh cho trẻ em, tôi phải là cha mẹ chính thức (ví dụ tên tôi phải có trên khai sinh của bệnh nhân) hoặc cha mẹ nuôi (thí dụ tôi đã chấp nhận con nuôi), và không bị luật pháp ngăn cấm (ví lý do ly dị). Nếu tôi là thân nhân, người giúp chăm sóc hoặc người đại diện, tôi không có quyền quyết định việc trị liệu cho bệnh nhân trừ khi tôi có giấy ủy quyền. Trước khi tôi đồng ý về việc trị liệu cho bệnh nhân tôi cần phải chứng minh và được sự đồng ý của Y Viện Cộng Đồng Quốc Tế (ICHS). Quyền đại diện của tôi có thể bị hạn chế trong những trường hợp đặc biệt, ví dụ như trẻ em sẽ được phép quyết định như một người lớn nếu được luật pháp cho phép và được điều trị bệnh tâm lý, bệnh truyền nhiễm tình dục hoặc những bệnh liên quan đến việc sinh sản. Tôi nhận thức được những yêu cầu và giới hạn trên.

Tên người dịch	
_____	_____
Chữ ký	Ngày
() Bản sao được cấp tại: _____	

Chữ ký (cha mẹ nếu dưới 18 tuổi) _____

Ngày _____

Tên cha mẹ _____

Ngày _____

Ngày sanh của cha mẹ: _____

Quý vị quyết định cho chính mình? Có; Không* (Xem chú thích bên dưới)

* Quan hệ với bệnh nhân: Mẹ; Cha; Người đại diện hợp pháp;

Liên hệ khác (Nêu rõ): _____.

Công bố quyền đại diện (dành riêng cho thân nhân)

Tôi là người đại diện có trách nhiệm chăm sóc cho trẻ em dưới tuổi vị thành niên. Tôi khẳng định tôi có sự ủy thác để quyết định việc điều trị cho trẻ em nói trên. Nếu có sự gian dối, tôi chấp nhận mọi hình phạt của điều luật RCW9A.72.085. Tôi có thể quyết định việc trị liệu cho trẻ em nói trên mà không cần chứng minh điều gì trừ khi bệnh viện có lý do nghi ngờ về công bố này. Mặc dù vậy tôi vẫn có thể được yêu cầu chứng minh quyền đại diện của tôi bất cứ lúc nào. Công bố này có giá trị trong vòng sáu (6) tháng.

Chữ ký: _____ Ngày: _____



Quyền Hạn và Trách Nhiệm của Bệnh Nhân

Quý vị có quyền được:

- Chọn một nơi chăm sóc sức khỏe đem lại cho quý vị sự chăm sóc tốt.
- Được nhận sự chăm sóc trong một điều kiện an toàn, riêng tư, và tôn trọng từ nhân viên am hiểu kiến thức.
- Được phục vụ trong cách thức thể hiện sự tôn trọng ngôn ngữ, văn hóa và tín ngưỡng của quý vị.
- Được nhận thông tin về sự chăm sóc và điều trị bằng những từ ngữ quý vị có thể hiểu.
- Được phục vụ mà không bị kỳ thị vì chủng tộc, màu da, giới tính, tình trạng hôn nhân, khuynh hướng tình dục, tuổi tác, tín ngưỡng, tôn giáo, tổ tiên, dạng giới tính, các thông tin di truyền, sử dụng thú vật trợ giúp, nguồn gốc quốc tịch, tình trạng cựu chiến binh, tình trạng công dân, hoặc khi có bất cứ khuyết tật gì về giác quan, thần kinh hay cơ thể hoặc khả năng trả tiền.
- Được nhận thông tin về giờ làm việc, nơi chăm sóc, các dịch vụ, tổn phí của ICHS và các quy định về trả tiền bằng ngôn ngữ dễ hiểu đối với quý vị.
- Thông báo nếu sự chăm sóc cho quý vị đòi hỏi việc huấn luyện cho bác sĩ chăm sóc sức khỏe.
- Giữ kín các chi tiết về chăm sóc sức khỏe của quý vị ngoại trừ trường hợp bị luật đòi hỏi hoặc hợp đồng của hãng bảo hiểm.
- Đọc và nhận bản sao các hồ sơ y khoa trong khoảng thời gian hợp lý.
- Được biết khi trường hợp khẩn cấp xảy ra và quý vị cần chuyển đến một cơ sở khác, việc này sẽ được thông báo cho một người có trách nhiệm/người thân trong gia đình.
- Yêu cầu trợ giúp những thông tin về ý nguyện cho biết trước đối với sự chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Được thông báo trước để quý vị có thể lựa chọn tham gia hoặc không muốn tham gia vào các cuộc nghiên cứu định bệnh.
- Thể hiện thái độ tôn trọng sự không hài lòng về cách chăm sóc cho quý vị qua chính sách khiếu nại/than phiền của bệnh nhân.

Quý vị có trách nhiệm:

- Nêu thắc mắc nếu quý vị không hiểu những điều đang truyền đạt cho quý vị.
- Nói cho chúng tôi tất cả những điều quý vị biết về bệnh sử của mình, tình trạng sức khỏe hiện thời, và bất cứ thay đổi gì trong tình trạng sức khỏe của quý vị.
- Nói cho chúng tôi biết tất cả các loại thuốc, dược thảo, thuốc bổ, và các loại thuốc mua không cần toa (OTC) mà quý vị có thể đang dùng.
- Góp phần trong việc chăm sóc bằng cách đưa ra các quyết định, làm theo những hướng dẫn và chịu trách nhiệm cho sự lựa chọn của quý vị.
- Tuân theo kế hoạch điều trị đã được chấp thuận với bác sĩ của quý vị. Điều này bao gồm việc tuân theo các hướng dẫn của những chuyên viên khác chăm sóc sức khỏe khi họ tuân theo các chỉ thị của bác sĩ.
- Chọn một người thân trong gia đình hoặc một người khác đại diện cho quý vị nếu quý vị không thể tự quyết định trong việc chăm sóc sức khỏe cho chính mình.
- Cư xử với các bệnh nhân khác, khách đến thăm, tình nguyện viên, nhân viên và tài sản của ICHS một cách lịch sự và tôn trọng.
- Đến các buổi hẹn đúng giờ và báo cho chúng tôi biết trước nếu quý vị không thể giữ buổi hẹn.
- Cung cấp đúng các chi tiết trong việc tiến hành trả tiền của hãng bảo hiểm, và thanh toán đúng kỳ hạn tiền co-payments, co-insurance, và tiền deductibles theo như yêu cầu.
- Báo cho nơi chăm sóc biết nếu quý vị đã có sẵn bản ý nguyện cho biết trước hoặc giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe.
- Cư xử thích hợp khi nhận các dịch vụ từ nhân viên ICHS hoặc tại các cơ sở và buổi tổ chức tại ICHS. Nếu không tuân theo các hướng dẫn của nhân viên ICHS, không tuân hành các chính sách và sự thỏa thuận về điều trị, hoặc sự từ khước điều trị gây cản trở việc chăm sóc an toàn và phù hợp, thì mối quan hệ với bệnh nhân có thể bị chấm dứt cùng với thư thông báo.

TÊN BỆNH NHÂN

NGÀY

BỆNH SỬ Nam Nữ

Tên Bệnh Nhân: _____ Ngày Sinh: _____

Số Điện Thoại: _____ Ngôn Ngữ Lựa Chọn: _____

Địa Chỉ: _____

Chủng Tộc: Mỹ Da Đỏ / Thổ Dân Alaska Á Châu Da Đen hoặc Mỹ Gốc Phi Thổ Dân Hawaii
 Đảo Thái Bình Dương Khác Da Trắng Nhiều hơn một chủng tộc Không muốn ghi ra đây

Tên Bác Sĩ: _____ Ngày khám trước đây: _____

Bệnh nhân hiện thời có đang được bác sĩ nào chăm sóc không? **CÓ** **KHÔNG**
Nếu có, xin cho biết nguyên do? _____

Bệnh nhân hiện thời có đang dùng thuốc men/dược phẩm/thuốc viên nào hay không? **CÓ** **KHÔNG**
Nếu có, xin cho biết: _____

Bệnh nhân có bị dị ứng (hay có phản ứng bất lợi) với thuốc nào hay không? **CÓ** **KHÔNG**
Nếu có, xin giải thích: _____

Bệnh nhân có bị nhạy cảm hay dị ứng với nhựa (latex) không? **CÓ** **KHÔNG**

Bệnh nhân có từng bị phản ứng bất thường hay không giải thích được trong khi giải phẫu không? **CÓ** **KHÔNG**
Nếu có, xin giải thích: _____

Bệnh nhân có bảo hiểm răng (kể cả Medicaid, SCHIP, v.v.) **CÓ** **KHÔNG**
Tên Hãng Bảo Hiểm: _____

Tên Người Mua Bảo Hiểm: _____ Quan Hệ Với Bệnh Nhân: _____

Số Hồ Sơ #: _____ Nhóm #: _____ Mua Bảo Hiểm Ngày Sinh: _____

Ngày Có Hiệu Lực: _____ Ngày Hết Hạn: _____

Số điện Thoại Dịch Vụ Khách Hàng: _____

Bệnh nhân có bao giờ bị bất cứ tình trạng nào sau đây hay không? (Xin đánh dấu tất cả những câu thích hợp.)

Áp Huyết Bất Thường	<input type="checkbox"/>	Động Kinh	<input type="checkbox"/>	Loãng Xương	<input type="checkbox"/>
Chứng Rối Loạn Thiếu Tập Trung Chú Ý (ADD)	<input type="checkbox"/>	Ngất Xiu	<input type="checkbox"/>	Xuất Huyết Kéo Dài	<input type="checkbox"/>
Nghiện Rượu	<input type="checkbox"/>	Có Vấn Đề Về GI (GERD)	<input type="checkbox"/>	Cấy Ghép Bộ Phận Giả	<input type="checkbox"/>
Thiếu Máu	<input type="checkbox"/>	Tăng Nhấn Áp	<input type="checkbox"/>	Điều Trị Bệnh Tâm Thần	<input type="checkbox"/>
Viêm Khớp/Thấp Khớp	<input type="checkbox"/>	Khiếm Thính	<input type="checkbox"/>	Cắt Bỏ Lá Lách	<input type="checkbox"/>
Van Tim Nhân Tạo	<input type="checkbox"/>	Bệnh Tim/Giải Phẫu Tim	<input type="checkbox"/>	Sốt Phong Thấp	<input type="checkbox"/>
Khớp Xương Nhân Tạo	<input type="checkbox"/>	Tiếng Kêu Trong Van Tim	<input type="checkbox"/>	Bệnh Tim Phong Thấp	<input type="checkbox"/>
Bệnh Suyễn	<input type="checkbox"/>	Máy Điều Hòa Nhịp Tim	<input type="checkbox"/>	Chứng Rối Loạn Tế Bào Hình Liềm	<input type="checkbox"/>
Bệnh Tự Miễn Dịch (Lupus/MS)	<input type="checkbox"/>	Bệnh Chảy Máu Không Ngừng	<input type="checkbox"/>	Bệnh Xoang	<input type="checkbox"/>
Ung Thư	<input type="checkbox"/>	Viêm Gan <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/>	Đột Quy	<input type="checkbox"/>
Xạ Trị	<input type="checkbox"/>	Bị HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	Bệnh Tuyến Giáp	<input type="checkbox"/>
Hóa Trị	<input type="checkbox"/>	Bệnh Thận/Lọc Thận	<input type="checkbox"/>	Bệnh Lao	<input type="checkbox"/>
Mỡ Trong Máu	<input type="checkbox"/>	Khuyết Tật Học Tập	<input type="checkbox"/>	Bị Bướu	<input type="checkbox"/>
Bệnh Tim Bẩm Sinh	<input type="checkbox"/>	Bệnh Gan	<input type="checkbox"/>	Lở Loét	<input type="checkbox"/>
Tiểu Đường	<input type="checkbox"/>	Bệnh Phổi	<input type="checkbox"/>	Bệnh Nhiễm Trùng Qua Đường Tình Dục (STI)	<input type="checkbox"/>
Rối Loạn Về Ăn Uống	<input type="checkbox"/>	Sa Van Hai Lá	<input type="checkbox"/>	Ngồi Xe Lăn	<input type="checkbox"/>
Dùng Ma Túy	<input type="checkbox"/>	Rối Loạn Thần Kinh	<input type="checkbox"/>	Sụt Cân/Tăng Cân Đột Ngột	<input type="checkbox"/>
Bệnh Khí Thũng	<input type="checkbox"/>	Cấy Ghép Bộ Phận	<input type="checkbox"/>		

Bệnh nhân có từng bị bệnh nặng, phải nhập viện, hay bị tai nạn nào khác không?

CÓ

KHÔNG

Nếu có, xin giải thích: _____

Hiện thời bệnh nhân có hút thuốc hoặc sử dụng những loại tobacco sau đây hay không?

Thuốc lá điếu Xi gà Thuốc lá hút bằng tẩu Thuốc lá nhai Không có

Trước đây bệnh nhân có từng dùng tobacco hay không? CÓ KHÔNG Nếu có, cách đây bao lâu? _____

Bệnh nhân có uống rượu bia không? CÓ KHÔNG Nếu có, uống bao nhiêu? _____

Bệnh nhân có chích ngừa đầy đủ không? CÓ KHÔNG

BỆNH NHÂN NỮ, xin khoanh tròn CÓ hoặc KHÔNG.

Bệnh nhân có mang thai không? CÓ KHÔNG Bệnh nhân có cho con bú không? CÓ KHÔNG Bệnh nhân có đang dùng thuốc ngừa thai không? CÓ KHÔNG

Góp Ý:

BỆNH SỬ NHA KHOA

Ngày Đến Nha Sĩ Lần Trước Đây: _____

Xin đánh dấu vào tất cả những câu thích hợp với bệnh nhân.

CÓ

Khi đánh răng hoặc dùng floss, nướu răng của bệnh nhân có bị chảy máu không?

Răng của bệnh nhân có bị đau buốt khi ăn/uống đồ nóng hay lạnh không?

Răng của bệnh nhân có bị đau buốt khi ăn/uống đồ ngọt hay chua không?

Bệnh nhân có bị đau cái răng nào hay không?

Bệnh nhân có bị đau hay bị sưng ở trong hay ở gần miệng không?

Bệnh nhân có bao giờ bị thương ở đầu, cổ, hay quai hàm không?

Bệnh nhân có thường hay bị nhức đầu không?

Bệnh nhân có bị nghiêng răng không?

Bệnh nhân có thường hay cắn vào môi hay má không?

Bệnh nhân có bao giờ bị bất cứ tình trạng nào sau đây hay không?

Quai hàm có tiếng kêu Bị đau (khớp, tai, một bên mặt) Khó há hoặc ngậm miệng

Khó nhai

Bệnh nhân có bao giờ niềng răng không?

Bệnh nhân có bao giờ bị ra máu kéo dài sau khi nhổ răng không?

Bệnh nhân có bao giờ được chỉ dẫn đúng phương pháp để chà răng không?

Bệnh nhân có bao giờ được chỉ dẫn cách chăm sóc nướu răng không?

Góp Ý:



XÁC NHẬN VỀ THÔNG BÁO GIỮ KÍN HỒ SƠ

Để tuân hành Đạo Luật Bảo Vệ và Trách Nhiệm Bảo Hiểm Y Tế Liên Bang (HIPAA), Quy Định Về Việc Giữ Kín Hồ Sơ, ICHS buộc phải gửi đến quý vị Thông Báo Về Việc Giữ Kín Hồ Sơ của chúng tôi. Thông báo này là để cho quý vị biết rằng chúng tôi lưu giữ hồ sơ của những dịch vụ y tế mà chúng tôi cung cấp cho quý vị. Quý vị có thể yêu cầu để được xem hoặc lấy bản copy của hồ sơ. Quý vị cũng có thể yêu cầu chỉnh sửa hồ sơ đó. Chúng tôi sẽ không tiết lộ hồ sơ của quý vị với người khác trừ khi quý vị chỉ thị cho chúng tôi làm như vậy hoặc trừ khi luật cho phép hay bắt buộc chúng tôi làm như vậy. Muốn biết thêm chi tiết, xin liên lạc với ban Hồ Sơ Y Khoa của chúng tôi tại:

Bellevue Clinic	số (425) 373-3012
Holly Park Clinic	số (206) 788-3541
International District Clinic	số (206) 788-3712
Shoreline Clinic	số (206) 533-2641

Đơn này sẽ được lưu giữ trong hồ sơ y khoa của quý vị.

Khi ký tên dưới đây tôi xác nhận rằng mình đã nhận được Thông Báo Về Việc Giữ Kín Hồ Sơ.

Viết tên của bệnh nhân

Ngày sinh của bệnh nhân

Chữ ký của bệnh nhân hoặc người đại diện được ủy quyền
(cha mẹ nếu dưới 18 tuổi)

Ngày

Viết tên nếu người khác ký thay cho bệnh nhân

Quan hệ với bệnh nhân

Chú Thích

****Bản này đã được trao cho bệnh nhân hoặc người đại diện được ủy quyền.****

Thông Báo Về Việc Giữ Kín Hồ Sơ

(Có Hiệu Lực vào tháng Chín 2013)

THÔNG BÁO NÀY GIẢI THÍCH CHO QUÝ VỊ BIẾT VỀ HỒ SƠ Y TẾ CỦA QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯỢC SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ NHƯ THẾ NÀO VÀ QUÝ VỊ PHẢI LÀM THẾ NÀO ĐỂ CÓ THỂ SỬ DỤNG HỒ SƠ NÀY.

XIN HÃY ĐỌC KỸ.

Theo luật đòi hỏi chúng tôi buộc phải giữ kín hồ sơ y tế của quý vị và gọi cho quý vị thông báo về những bổn phận theo pháp lý và nguyên tắc giữ kín hồ sơ của chúng tôi có liên quan đến những điều đó. Chúng tôi buộc phải tuân theo những điều khoản của Thông Báo Về Nguyên Tắc Giữ Kín Hồ Sơ hiện đang có hiệu lực, nhưng chúng tôi được quyền thay đổi những điều khoản này bất cứ lúc nào. Bất cứ sự thay đổi nào sẽ có hiệu lực ngay lập tức và sẽ có đăng trong trang web của chúng tôi để quý vị xem (www.ichs.com).

CHÚNG TÔI CÓ THỂ SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ HỒ SƠ Y TẾ CẦN GIỮ KÍN CỦA QUÝ VỊ NHƯ THẾ NÀO

Đối Với Việc Điều Trị. Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị để điều trị cho quý vị. Chúng tôi có thể tiết lộ hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị với các bác sĩ, y tá hoặc thành viên khác trong nhóm điều trị của chúng tôi là những người có tham gia vào việc chăm sóc cho quý vị. Thí dụ, bác sĩ của quý vị có thể cần hỏi ý kiến các bác sĩ chuyên khoa về việc chữa trị cho quý vị. Hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị sẽ được chia sẻ với họ để giúp hiểu rõ nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho quý vị.

Đối Với Việc Trả Tiền. Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị để có thể tính tiền với quý vị, với công ty bảo hiểm hoặc thành phần thứ ba cho việc điều trị và những dịch vụ mà quý vị nhận tại International Community Health Services (“ICHS” hay “chúng tôi”). Thí dụ, chúng tôi có thể cần cho chương trình bảo hiểm của quý vị biết những tin về cuộc giải phẫu đã thực hiện cho quý vị để chương trình bảo hiểm thanh toán cho chúng tôi hay hoàn tiền giải phẫu lại cho quý vị. Chúng tôi sẽ không tiết lộ hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị với những người trả tiền thuộc thành phần thứ ba nếu không được quý vị ủy quyền trừ khi được luật cho phép. Quý vị có quyền yêu cầu hạn chế tiết lộ hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị với chương trình bảo hiểm hoặc thành phần khác khi những chi tiết đó chỉ liên quan duy nhất đến một vấn đề chăm sóc sức khỏe hoặc dịch vụ mà quý vị hay một người khác đại diện cho quý vị (không phải chương trình bảo hiểm) đã thanh toán tiền cho chúng tôi, và chúng tôi bắt buộc phải chấp thuận yêu cầu đó.

Đối Với Việc Điều Hành Về Chăm Sóc Sức Khỏe. Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị cho các hoạt động về chăm sóc sức khỏe. Việc sử dụng và tiết lộ này là cần thiết để bảo đảm cho tất cả các bệnh nhân của chúng tôi đều được chăm sóc tốt. Thí dụ, chúng tôi có thể sử dụng hồ sơ y tế để thẩm định phẩm chất của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe đã cung cấp cho quý vị hoặc để đánh giá thành tích của nhân viên.

NHỮNG TRƯỜNG HỢP KHÁC ĐƯỢC PHÉP SỬ DỤNG HỒ SƠ Y TẾ CẦN GIỮ KÍN MÀ KHÔNG CẦN QUÝ VỊ CHO PHÉP TRƯỚC

Những Nơi Cộng Tác. Có một số dịch vụ được cung cấp tại ICHS qua hợp đồng ký kết với những nơi cộng tác. Thí dụ như phòng thí nghiệm, thanh tra viên bên ngoài, luật sư bên ngoài và những dịch vụ khác. Bất cứ khi nào có sự sắp xếp giữa những nơi cộng tác và ICHS có liên quan đến việc sử dụng hoặc tiết lộ hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị, chúng tôi sẽ có giấy cam kết để bảo toàn việc giữ kín hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị.

Liên Lạc Với Cơ Quan Cứu Trợ Thiên Tai - Chúng tôi có thể tiết lộ hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị với cơ quan cứu trợ thiên tai để thông báo đến gia đình của quý vị về hoàn cảnh, tình trạng, và địa điểm của quý vị.

Nhắc Nhở Về Buổi Hẹn - Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị để nhắc quý vị về buổi hẹn chữa trị hay dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại ICHS.

Cách Chữa Trị Thay Thế - Chúng tôi có thể sử dụng hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị để nói cho quý vị biết hoặc đề nghị những sự chọn lựa có thể thực hiện trong việc chữa trị hay những cách thay thế mà có thể quý vị muốn.

Nghiên Cứu – Trong một số trường hợp nào đó, ICHS có thể sử dụng và tiết lộ hồ sơ y tế dân số cho mục đích nghiên cứu y khoa. Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi sẽ xin quý vị cho phép cụ thể nếu nơi nghiên cứu có thể sử dụng tên, địa chỉ, hoặc những chi tiết khác có thể xác định quý vị là ai. Trước khi chúng tôi sử dụng hoặc tiết lộ hồ sơ y tế cho nghiên cứu, dự án sẽ phải được chấp thuận qua thủ tục phê chuẩn nghiên cứu này. Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi sẽ xin quý vị cho phép cụ thể nếu nơi nghiên cứu có thể sử dụng tên, địa chỉ, hoặc những chi tiết khác có thể xác định quý vị là ai. Tuy nhiên, chúng tôi có thể, tiết lộ hồ sơ y tế của quý vị cho những người đang chuẩn bị thực hiện dự án nghiên cứu miễn là hồ sơ y tế này không ra khỏi ICHS.

Theo Đòi Hồi Bồi Luật - Chúng tôi sẽ tiết lộ hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị khi có sự đòi hỏi bởi luật liên bang, tiểu bang, hay địa phương.

Đề Ngăn Ngừa Sự Đe Dọa Nghiêm Trọng Đối Với Sức Khỏe hoặc Sự An Toàn - Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị khi cần thiết để ngăn ngừa sự đe dọa nghiêm trọng đối với sức khỏe hoặc sự an toàn của công chúng hay người khác. Tuy nhiên, bất cứ sự tiết lộ nào, cũng sẽ chỉ là với người có thể ngăn ngừa sự đe dọa đó.

Hiển Tạng Nội Tạng và Mô - Nếu quý vị hiến tặng nội tạng, chúng tôi có thể tiết lộ hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị với những cơ quan phụ trách việc nhận nội tạng hoặc cấy ghép nội tạng, mắt, hay mô hoặc với cơ sở hiến tặng nội tạng, nếu cần thiết để tạo sự thuận lợi cho việc hiến tặng và cấy ghép nội tạng hay mô.

Quân Đội và Cựu Quân Nhân - Nếu quý vị là quân nhân phục vụ trong quân đội, chúng tôi có thể tiết lộ hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị theo yêu cầu của các cơ quan thẩm quyền chỉ huy quân đội. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ hồ sơ y tế cần giữ kín của quân nhân ngoại quốc với cơ quan thẩm quyền quân đội ngoại quốc thích hợp.

Bồi Thường Lao Động - Chúng tôi có thể tiết lộ hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị để bồi thường tai nạn lao động cho nhân viên hoặc những chương trình tương tự. Những chương trình này cấp quyền lợi cho người đi làm bị thương tích hoặc bị bệnh có liên quan đến việc làm.

Y Tế Công Cộng - Theo đòi hỏi bởi luật, chúng tôi có thể tiết lộ hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị với các cơ quan có thẩm quyền về y tế công cộng hoặc pháp luật phụ trách việc phòng ngừa hoặc kiểm soát bệnh dịch, thương tích, hay khuyết tật.

Những Hoạt Động Giám Sát Về Y Tế - Chúng tôi có thể tiết lộ hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị với cơ quan giám sát y tế cho những hoạt động được luật cho phép. Những hoạt động giám sát này bao gồm, thí dụ như, thanh tra, điều tra, kiểm tra, và cấp phép. Những hoạt động này rất cần thiết cho chính quyền để theo dõi hệ thống chăm sóc sức khỏe, các chương trình của chính phủ, và để tuân hành với bộ luật dân quyền.

Tổ Tụng và Tranh Chấp - Nếu quý vị có liên quan đến vụ tố tụng hoặc tranh chấp, chúng tôi có thể tiết lộ hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị để đáp ứng lệnh tòa hay lệnh hành chính. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị để đáp ứng trật tòa, yêu cầu khám xét, hay những thủ tục hợp pháp khác bởi một người khác có liên quan trong vụ tranh chấp.

Cơ Quan Công Lực - Chúng tôi có thể tiết lộ hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị nếu có đòi hỏi bởi nhân viên công lực:

- Để tuân theo lệnh tòa, trật tòa, thư của tòa, trật đòi hầu tòa, hay thủ tục tương tự;
- Để xác nhận hoặc xác định một nghi phạm, sự lẫn trốn, tài liệu về bằng chứng, hay người bị mất tích;
- Về nạn nhân của tội ác nếu, trong một số trường hợp hạn hữu, chúng tôi không thể liên lạc để xin sự đồng ý của người đó;
- Về một trường hợp tử vong mà chúng tôi tin rằng có thể là do hành động tội ác;
- Về hành vi tội ác tại ICHS;
- Trong những tình huống khẩn cấp để báo cáo tội ác; địa điểm của tội ác hoặc nạn nhân; hay sự nhận dạng, mô tả, hoặc địa điểm của người phạm tội.

Nhân Viên Pháp Y, Phân Tích Viên Y Khoa, và Người Tổ Chức Tang Lễ - Chúng tôi có thể tiết lộ hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị với nhân viên pháp y hoặc phân tích viên y khoa. Điều này có thể cần thiết, thí dụ như, để giúp nhận diện một người bị hủy hoại nhân dạng hoặc hầu xác định nguyên nhân tử vong. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ hồ sơ y tế của bệnh nhân trong bệnh viện với người tổ chức tang lễ nếu cần thiết để họ thi hành nhiệm vụ khi cần.

An Ninh Quốc Gia và Hoạt Động Tình Báo - Chúng tôi có thể tiết lộ hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị với viên chức liên bang có thẩm quyền trong các hoạt động tình báo, phản gián, và những hoạt động an ninh quốc gia khác được luật cho phép.

MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ CẦN ĐƯỢC CHO PHÉP

Hầu hết những trường hợp sử dụng và tiết lộ là các ghi chú về trị liệu tâm lý, sử dụng và tiết lộ hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị cho mục đích quảng cáo, những trường hợp tiết lộ liên quan đến việc mua bán hồ sơ y tế cần giữ kín, và những cách khác để sử dụng và tiết lộ hồ sơ y tế cần giữ kín không đề cập trong Thông Báo này sẽ chỉ được thực hiện nếu có giấy cho phép của quý vị. Nếu quý vị cho phép ICHS được sử dụng hoặc tiết lộ hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị, quý vị có thể hủy bỏ sự cho phép đó, bằng thư, bất cứ lúc nào. Nếu quý vị hủy bỏ sự cho phép, chúng tôi sẽ không sử dụng hoặc tiết lộ hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị cho những lý do mà giấy cho phép của quý vị có đề cập đến. Quý vị hiểu rằng chúng tôi không thể thu hồi những chi tiết đã tiết lộ được quý vị cho phép, và chúng tôi buộc phải lưu hồ sơ về dịch vụ chăm sóc mà chúng tôi cung cấp cho quý vị.

Liên Lạc với Gia Đình và Thân Hữu - Chúng tôi có thể chia sẻ hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị với người thân trong gia đình hoặc thân hữu là những người có tham gia vào việc chăm sóc cho quý vị và/hoặc trả tiền cho công việc chăm sóc quý vị nếu quý vị ửng thuận cho chúng tôi làm việc đó, hoặc nếu quý vị không phản đối việc tiết lộ những chi tiết này. Chúng tôi cũng có thể chia sẻ những chi tiết liên quan với những người này nếu, chúng tôi tin rằng quý vị không phản đối việc đó, dựa vào sự phán đoán chuyên môn của mình.

CÁC QUYỀN CỦA QUÝ VỊ ĐỐI VỚI HỒ SƠ Y TẾ CẦN GIỮ KÍN

Mặc dù hồ sơ bệnh lý của quý vị là tài sản của ICHS, hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị thuộc về quý vị. Quý vị có những quyền sau đây đối với hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị:

Quyền về Thông Báo này - Quý vị được quyền có bản copy của Thông Báo này in trên giấy. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cho quý vị một bản copy khác vào bất cứ lúc nào. Quý vị cũng có thể lấy bản copy của Thông Báo này trong trang web của chúng tôi: **www.ichs.com**.

Quyền Được Xem Xét và Copy - Quý vị được quyền xem xét và nhận bản copy có ghi một số tin tức về chăm sóc sức khỏe của quý vị kể cả hóa đơn. Quý vị phải gửi thư yêu cầu đến:

International Community Health Services
Attn: Health Center Manager
PO Box 3007, Seattle WA 98114-3007

Nếu quý vị cần lấy bản copy hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị, chúng tôi có thể tính tiền lệ phí cho việc copy, gửi thư, hay những phụ phí khác có liên quan đến yêu cầu của quý vị.

Chúng tôi có thể từ chối yêu cầu của quý vị về việc xem xét và copy trong một số trường hợp hạn hữu. Nếu quý vị bị từ chối không cho sử dụng hồ sơ bệnh lý của mình, quý vị có thể yêu cầu duyệt xét lại sự từ chối này. Chúng tôi sẽ tuân hành kết quả của việc duyệt xét lại.

Quyền Yêu Cầu Sửa Đổi - Quý vị có quyền yêu cầu sửa đổi hồ sơ y tế cần giữ kín của mình bằng cách viết thư yêu cầu gửi đến Quản Lý Trung Tâm Y Tế. Chúng tôi có quyền từ chối yêu cầu này trong một số trường hợp. Quý vị có thể viết thư cho biết sự không đồng ý nếu yêu cầu của quý vị bị từ khước. Thư không đồng ý này sẽ được lưu trong hồ sơ bệnh lý của quý vị, và giữ trong bất cứ hồ sơ nào được tiết lộ của quý vị.

Quyền Được Biết về Những Lần Tiết Lộ - Quý vị được quyền nhận bản ghi những lần tiết lộ. Đây là hồ sơ về một số trường hợp mà chúng tôi đã tiết lộ hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị chiếu theo luật.

Quý vị phải gửi thư yêu cầu đến Quản Lý Trung Tâm Y Tế. Chúng tôi có thể tính lệ phí với quý vị khi cung cấp hồ sơ. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về những chi phí liên quan, và quý vị có thể chọn rút lại hay thay đổi yêu cầu của quý vị vào lúc đó trước khi bị tính bất cứ chi phí nào. Quý vị có thể liên lạc với Quản Lý Trung Tâm Y Tế tại địa chỉ sau đây:

International Community Health Services
Attn: Health Center Manager
PO Box 3007, Seattle WA 98114-3007

Quyền Được Yêu Cầu Hạn Chế - Quý vị được quyền yêu cầu chúng tôi hạn chế một số cách sử dụng và tiết lộ hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị. Thí dụ, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi giới hạn hồ sơ y tế cần giữ kín mà chúng tôi tiết lộ với người khác là người có tham gia vào việc chăm sóc hay trả tiền cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi không sử dụng hoặc tiết lộ hồ sơ y tế cần giữ kín của quý vị về cuộc giải phẫu trước đây của quý vị với người thân trong gia đình hay bạn hữu. Quý vị phải gửi thư yêu cầu đến Quản Lý Trung Tâm Y Tế. Trong đơn yêu cầu, quý vị phải cho chúng tôi biết (1) quý vị muốn hạn chế những chi tiết nào; (2) quý vị muốn hạn chế việc sử dụng của chúng tôi, sự tiết lộ hay cả hai; và (3) quý vị muốn áp dụng các giới hạn với ai, thí dụ như, tiết lộ với vợ/chồng quý vị; tuy nhiên, chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý với yêu cầu giới hạn của quý vị.

Quyền Yêu Cầu Liên Lạc Riêng - Quý vị được quyền yêu cầu chúng tôi liên lạc với quý vị về những vấn đề sức khỏe bằng một cách khác hay tại một địa điểm cụ thể nào đó. Thí dụ, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi chỉ liên lạc với quý vị tại sở làm hay bằng thư.

Để yêu cầu giữ kín liên lạc, quý vị phải gửi thư yêu cầu đến Quản Lý Trung Tâm Y Tế. Chúng tôi sẽ không đòi hỏi quý vị phải nêu rõ lý do cho yêu cầu của quý vị. Yêu cầu của quý vị phải nói rõ là quý vị muốn được liên lạc bằng cách nào hoặc ở đâu. Chúng tôi sẽ đáp ứng tất cả những yêu cầu hợp lý.

Quyền Được Thông Báo khi Tin Tức bị Xâm Phạm – Quý vị được quyền báo cho biết nếu có sự xâm phạm đến hồ sơ y tế của quý vị không được bảo vệ an toàn.

Khiếu Nại

Nếu quý vị tin rằng quyền được giữ kín hồ sơ của quý vị bị vi phạm, quý vị có thể liên lạc với Nhân Viên Khiếu Nại của ICHS số 206.788.3658 hoặc gửi thư khiếu nại đến Nhân Viên Khiếu Nại của ICHS tại PO Box 3007; Seattle, WA 98114-3007.

Quý vị cũng có thể gửi thư khiếu nại đến Tổng Thư Ký của Bộ Y Tế và Xã Hội Liên Bang Hoa Kỳ.

Phẩm chất dịch vụ chăm sóc của quý vị sẽ không bị giảm và quý vị cũng sẽ không trở thành đối tượng bị trả thù vì đã gửi thư khiếu nại.

Nếu quý vị có bất cứ thắc mắc gì về thông báo này xin liên lạc với Nhân Viên Khiếu Nại của ICHS số 206.788.3658.