



ĐĂNG KÝ BỆNH NHÂN

Trong biểu mẫu đăng ký này, “Medical Group” bao gồm WellMed Medical Group, PA; WellMed Medical Management of Florida, Inc.; OptumCare Florida Inc.; USMD Physician Services, Inc. (“USMD”); và Healthcare Associates of Irving (“HCAT”).

Tên bệnh nhân: _____ Ngày sinh (MM/DD/YYYY): _____

Địa chỉ đường phố: _____ Thành Phố/Tiểu Bang/ Mã Zip: _____

Số điện thoại nhà: _____ Số điện thoại nơi làm việc: _____ Số điện thoại di động: _____

Email: _____

Nhà thuốc ưu tiên: _____ Địa Chỉ: _____ Số Điện Thoại: _____

Ngôn ngữ ưu tiên khi nói chuyện về y tế: Tiếng Anh Tiếng Tây Ba Nha Ngôn Ngữ Khác: _____

Ngôn ngữ ưu tiên khi viết văn bản y tế: Tiếng Anh Tiếng Tây Ba Nha Ngôn Ngữ Khác: _____

Quý vị có yêu cầu dịch vụ biên phiên dịch (dịch viết/dịch nói) không? Có Không Ngôn Ngữ: _____

Quý vị đã từng cần trợ giúp để hiểu thông tin y tế nhận được từ nhà cung cấp/nhân viên y tế của mình không?

Có Không

Chủng Tộc: Người Hawaii Bản Địa hoặc Người Dân Đảo Thái Bình Dương khác

Người Mỹ Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi Người Châu Á Người Da Trắng

Người Mỹ Bản Địa hoặc Người Alaska Bản Địa Không muốn tiết lộ

Dân Tộc: Người Mỹ gốc Tây Ban Nha/Bồ Đào Nha hoặc Người Mỹ La-tinh Không phải Người Mỹ gốc Tây Ban Nha/Bồ Đào Nha hoặc Người Mỹ La-tinh

Không muốn tiết lộ

Giới Tính: Nam Nữ Khác

Tình Trạng Hôn Nhân: Đã Kết Hôn Độc Thân Đã Ly Dị Góa Bụa Sống Với Bạn Tình Đã Ly Thân Theo

Pháp Luật

Quý vị có phải nhân viên Medical Group hoặc người nhà của một nhân viên Medical Group không? Có Không

NHỮNG NGƯỜI LIÊN HỆ ƯU TIÊN (Liệt kê những người quý vị muốn tham gia vào hoạt động chăm sóc của mình).

Tên	Mối quan hệ với bệnh nhân	Số điện thoại
	<input type="checkbox"/> Phụ Huynh <input type="checkbox"/> Con Cái <input type="checkbox"/> Vợ/Chồng <input type="checkbox"/> Khác _____ _____	<input type="checkbox"/> Người liên hệ lúc khẩn cấp <input type="checkbox"/> Người Giám Hộ <input type="checkbox"/> HIPAA*
	<input type="checkbox"/> Phụ Huynh <input type="checkbox"/> Con Cái <input type="checkbox"/> Vợ/Chồng <input type="checkbox"/> Khác _____ _____	<input type="checkbox"/> Người liên hệ lúc khẩn cấp <input type="checkbox"/> Người Giám Hộ <input type="checkbox"/> HIPAA*
	<input type="checkbox"/> Phụ Huynh <input type="checkbox"/> Con Cái <input type="checkbox"/> Vợ/Chồng <input type="checkbox"/> Khác _____ _____	<input type="checkbox"/> Người liên hệ lúc khẩn cấp <input type="checkbox"/> Người Giám Hộ <input type="checkbox"/> HIPAA*

* Khi đánh dấu vào ô Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), tôi ủy quyền cho phép Medical Group thảo luận về các nhu cầu chăm sóc và y tế của tôi/bệnh nhân với những người được liệt kê trong danh sách liên hệ. **Chữ Ký Tất của Bệnh Nhân/Phụ Huynh hoặc Người Giám Hộ Hợp Pháp**

Công ty không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tuổi tác hoặc tình trạng khuyết tật trong các chương trình và hoạt động sức khỏe của mình. Chúng tôi cung cấp dịch vụ miễn phí giúp quý vị liên lạc với chúng tôi, chẳng hạn như liên lạc qua thư bằng ngôn ngữ khác hoặc bản in chữ lớn. Ngoài ra, quý vị có thể yêu cầu có thông dịch viên. Để yêu cầu trợ giúp, vui lòng gọi 1-888-781-WELL (9355). ATENCIÓN: Si habla español (Spanish), hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al 1-888-781-WELL (9355). 請注意：如果您說中文 (Chinese)，我們免費為您提供語言協助服務。請致電：1-888-781-WELL (9355)。

Tên Bệnh Nhân _____

ỦY QUYỀN CHO PHÉP KÍCH HOẠT TRANG WEB CHO CÔNG THÔNG TIN BỆNH NHÂN (Chỉ có thể sử dụng một email cho mỗi tài khoản bệnh nhân).

Khi đánh dấu vào ô bên dưới và cung cấp email, tôi ủy quyền cho phép Medical Group kích hoạt tài khoản của tôi trên trang web bằng email được cung cấp để đăng ký Công Thông Tin Bệnh Nhân, từ đó có thể xem hồ sơ sức khỏe và thuốc của tôi, liên hệ với phòng khám của tôi và nhận các thông báo liên quan đến phòng khám, chẳng hạn như tin nhắn nhắc lịch hẹn, qua:

Email của tôi: _____ Email Proxy* của tôi: _____

***Phải liệt kê Proxy trong Người Liên Hệ Ưu Tiên, đồng thời đánh dấu vào ô HIPAA để kích hoạt web cho Proxy Quyền Truy Cập vào Công Thông Tin Bệnh Nhân. Quý vị nên cung cấp địa chỉ email riêng tư mà chỉ quý vị/Proxy của quý vị mới có quyền truy cập.**

_____ **Chữ Ký Tắt của Bệnh Nhân hoặc Phụ Huynh/Người Giám Hộ Hợp Pháp**

CHẤP THUẬN ĐIỀU TRỊ

Tôi tự nguyện chấp thuận tiếp nhận các dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe mà bác sĩ, nhân viên và cộng sự hay trợ lý của Medical Group và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác cung cấp, nếu các bác sĩ của tôi cho đó là điều cần thiết. Tôi hiểu rằng các dịch vụ đó có thể bao gồm các quy trình chẩn đoán, kiểm tra và điều trị. Tôi hiểu rằng Medical Group là một cơ sở liên kết giảng dạy và có thể có các bác sĩ nội trú và sinh viên tham gia vào quá trình chăm sóc của tôi. Tôi xác nhận rằng tôi không được đảm bảo hay cam kết bất cứ điều gì về kết quả hoặc về việc điều trị. Tôi hiểu rằng việc chấp thuận điều trị này sẽ có hiệu lực và duy trì hiệu lực xuyên suốt quá trình tôi tham gia hoặc nhận các dịch vụ từ Medical Group.

_____ **Chữ Ký Tắt của Bệnh Nhân hoặc Phụ Huynh/Người Giám Hộ Hợp Pháp**

ỦY QUYỀN CHO PHÉP NHẬN LỊCH SỬ DÙNG THUỐC

Tôi ủy quyền cho phép Medical Group và các Nhà Cung Cấp Liên Kết với Medical Group lấy dữ liệu điện tử về lịch sử dùng thuốc bên ngoài của tôi. Tôi hiểu rằng các nhà cung cấp và nhân viên y tế của tôi ở đây có thể xem lịch sử dùng thuốc từ nhiều nhà cung cấp dịch vụ y tế, công ty bảo hiểm và người quản lý quyền lợi nhà thuốc khác không có liên kết với họ. Lịch sử dùng thuốc này có thể bao gồm các đơn thuốc đã được kê từ nhiều năm trước. Tôi hiểu rằng Medical Group và các Nhà Cung Cấp Liên Kết với Medical Group sẽ sử dụng lịch sử dùng thuốc bên ngoài này để cung cấp phương pháp điều trị cho tôi, đánh giá và cải thiện sự an toàn cho bệnh nhân và chất lượng của dịch vụ chăm sóc y tế. Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi ủy quyền cho phép này bất cứ lúc nào bằng cách gửi văn bản thông báo tới nhà cung cấp của mình.

_____ **Chữ Ký Tắt của Bệnh Nhân hoặc Phụ Huynh/Người Giám Hộ Hợp Pháp**

ỦY QUYỀN CHO PHÉP SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE TRONG PHẠM VI TỔ CHỨC MEDICAL GROUP

Tôi hiểu và đồng ý rằng: Ủy quyền cho phép này là tự nguyện; Thông Tin Y Tế Được Bảo Vệ (Protected Health Information, PHI) của tôi có thể chứa thông tin do người khác tạo ra, bao gồm cả các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, có thể bao gồm thông tin về y tế, dược phẩm, thị lực, sức khỏe tâm thần, tình trạng sử dụng chất gây nghiện, HIV/AIDS, thông tin tâm lý trị liệu, sinh sản, di truyền, bệnh truyền nhiễm và thông tin về chương trình chăm sóc sức khỏe của tôi, và có thể bao gồm các thông tin khác như: thông tin liên quan đến thăm khám, tiếp nhận, điều trị, yêu cầu thanh toán, thông tin quản lý trường hợp hoặc phối hợp chăm sóc; Tôi có thể không bị từ chối điều trị, thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, đăng ký hay xét đủ điều kiện nhận phúc lợi chăm sóc sức khỏe nếu không ký tắt vào mục này; PHI mà tôi cho phép tiết lộ có thể không còn được bảo vệ và người nhận thông tin có thể tiết lộ lại nếu không phải tuân theo luật về quyền riêng tư của liên bang hay tiểu bang; Tôi ủy quyền cho phép Medical Group và các đơn vị liên kết với Medical Group tiếp cận, sử dụng và tiết lộ PHI có thể nhận dạng cá nhân tôi với nhau, và ủy quyền cho phép các nhà cung cấp dịch vụ điều trị của tôi (trong quá khứ, hiện tại, tương lai) sử dụng và tiết lộ PHI có thể nhận dạng cá nhân tôi với Medical Group và các đơn vị liên kết với tổ chức này. Ủy quyền cho phép này sẽ giữ nguyên hiệu lực trừ khi và cho đến khi tôi thu hồi quyết định; Tôi có thể thu hồi ủy quyền cho phép này bất cứ lúc nào bằng cách gửi văn bản thông báo cho Medical Group. Tuy nhiên, việc thu hồi sẽ không ảnh hưởng đến bất cứ hành động nào đã thực hiện trước ngày yêu cầu thu hồi của tôi được tiếp nhận và xử lý. Tôi hiểu rằng theo điều 42, Phần 2, Bộ Luật Các Quy Định Liên Bang (Code of Federal Regulations, CFR), tôi có quyền yêu cầu được cung cấp danh sách các tổ chức mà PHI của tôi đã được tiết lộ theo chỉ định chung này.

_____ **Chữ Ký Tắt của Bệnh Nhân hoặc Phụ Huynh/Người Giám Hộ Hợp Pháp**

Công ty không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tuổi tác hoặc tình trạng khuyết tật trong các chương trình và hoạt động sức khỏe của mình. Chúng tôi cung cấp dịch vụ miễn phí giúp quý vị liên lạc với chúng tôi, chẳng hạn như liên lạc qua thư bằng ngôn ngữ khác hoặc bản in chữ lớn. Ngoài ra, quý vị có thể yêu cầu có thông dịch viên. Để yêu cầu trợ giúp, vui lòng gọi 1-888-781-WELL (9355). ATENCIÓN: Si habla español (Spanish), hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al 1-888-781-WELL (9355). 請注意：如果您說中文 (Chinese)，我們免費為您提供語言協助服務。請致電：1-888-781-WELL (9355)。

Tên Bệnh Nhân _____

ỦY QUYỀN CHO PHÉP SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE VỚI CÁC HỆ THỐNG TRAO ĐỔI THÔNG TIN SỨC KHỎE (HEALTH INFORMATION EXCHANGES, HIE) VÀ TRAO ĐỔI TƯƠNG TÁC

Tôi hiểu và đồng ý rằng: Ủy quyền cho phép này là tự nguyện. Tôi có thể không bị từ chối điều trị, thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, đăng ký hay xét đủ điều kiện nhận các phúc lợi chăm sóc sức khỏe nếu không ký tắt vào mục này; Greater Houston Healthconnect (www.ghhconnect.org), Carequality (<https://carequality.org>), Commonwell (www.commonwellalliance.org/providers) và bất cứ hệ thống HIE nào mà Medical Group liên kết trong tương lai, cũng như những người tham gia vào mạng lưới của họ trong hiện tại và tương lai có thể tiếp cận, sử dụng và tiết lộ Thông Tin Y Tế Được Bảo Vệ (PHI) của tôi dưới dạng dữ liệu điện tử, thông qua hoạt động trao đổi vì mục đích điều trị, thanh toán và các chiến dịch chăm sóc sức khỏe; Những tổ chức này có thể liên kết với các HIE khác trên toàn quốc và tôi ủy quyền cho phép các tổ chức này tiếp cận, sử dụng và tiết lộ thông tin của tôi với các tổ chức trao đổi thông tin cho mục đích điều trị, thanh toán và tổ chức chiến dịch chăm sóc sức khỏe tương tự; PHI của tôi, bao gồm các ghi chú, kết quả xét nghiệm, báo cáo từ phòng thí nghiệm, ảnh chụp X-quang, danh sách thuốc hoặc bất cứ PHI điện tử nào khác liên quan có thể được chia sẻ thông qua các cuộc trao đổi này; PHI của tôi có thể bị các đơn vị tiếp nhận tiết lộ lại, và nếu những người tiếp nhận không phải là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình bảo hiểm y tế, thì thông tin đó có thể không còn được các quy định về quyền riêng tư của liên bang bảo vệ; Ủy quyền cho phép này vẫn có hiệu lực trừ khi và cho đến khi tôi thu hồi ủy quyền cho phép; Tôi có thể thu hồi ủy quyền cho phép này bất cứ lúc nào bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho Medical Group; và tôi hiểu rằng việc thu hồi ủy quyền cho phép sẽ không ảnh hưởng đến bất cứ hành động nào được thực hiện trước ngày quyết định thu hồi của tôi được tiếp nhận và xử lý.

_____ Chữ Ký Tắt của Bệnh Nhân hoặc Phụ Huynh/Người Giám Hộ Hợp Pháp

CHẤP THUẬN LIÊN LẠC KỸ THUẬT SỐ

Khi cung cấp số điện thoại của mình cho Medical Group, tôi đồng ý nhận các cuộc gọi tự động, tin nhắn được ghi âm trước và/hoặc tin nhắn văn bản liên quan đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi từ Medical Group và các bên liên kết với Medical Group. Tôi đồng ý nhận các thông báo liên quan đến phòng khám và lời nhắc cuộc hẹn qua tin nhắn văn bản, chẳng hạn như khả năng cung cấp dịch vụ tiêm phòng cúm hay giờ đóng cửa, qua số điện thoại đó. Tôi hiểu rằng mình có thể bị tính phí tin nhắn và dữ liệu, thông tin về quyền riêng tư và các điều khoản có đăng tải trực tuyến tại (www.wellmedhealthcare.com/texting-terms) và những tin nhắn đó sẽ lập lại. Tôi cũng nhận thức và đồng ý rằng những tin nhắn văn bản này có thể chứa Thông Tin Y Tế Được Bảo Vệ (PHI). Tin nhắn văn bản không phải là biện pháp liên lạc an toàn và tiềm ẩn một số rủi ro bị bên thứ ba đọc được. Tôi có thể thu hồi hoặc rút lại quyết định chấp thuận này bất cứ lúc nào. Việc rút lại quyết định chấp thuận phải được thực hiện bằng văn bản.

_____ Chữ Ký Tắt của Bệnh Nhân hoặc Phụ Huynh/Người Giám Hộ Hợp Pháp

CHẤP THUẬN CHỤP ẢNH VÀ QUAY VIDEO/GHI ÂM

Tôi chấp thuận cho Medical Group chụp ảnh tôi để sử dụng cho việc điều trị, thanh toán hoặc để thực hiện dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Tôi hiểu rằng hình ảnh của mình, bao gồm cả ảnh chụp và bản ghi âm thanh/video sẽ được sử dụng để hỗ trợ việc chăm sóc, thanh toán hoặc các hoạt động chăm sóc sức khỏe của tôi bao gồm các sáng kiến về chất lượng. Tôi hiểu rằng Medical Group sẽ sở hữu các hình ảnh này. Các bản sao của chúng có thể được cung cấp với mức phí hợp lý. Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi hoặc rút lại quyết định chấp thuận này bất cứ lúc nào bằng cách gửi văn bản thông báo tới nhà cung cấp của mình. Việc rút lại chấp thuận này không ảnh hưởng tới bất kỳ thông tin nào được cung cấp trước khi có thông báo rút lại bằng văn bản.

_____ Chữ Ký Tắt của Bệnh Nhân hoặc Phụ Huynh/Người Giám Hộ Hợp Pháp

CHUYỂN GIAO PHÚC LỢI

Tôi ủy quyền cho phép Medical Group thay mặt tôi đăng ký phúc lợi cho các dịch vụ được bảo hiểm chi trả. Tôi yêu cầu công ty bảo hiểm của tôi thanh toán trực tiếp cho Medical Group. Tôi xác nhận rằng các thông tin tôi đã báo cáo về phạm vi bảo hiểm của tôi là chính xác. Tôi hiểu rằng tôi phải chi trả toàn bộ các dịch vụ y tế được cung cấp. Tất cả các séc mà công ty bảo hiểm gửi cho tôi sẽ được chuyển tới Medical Group để tiến hành thanh toán cho tài khoản của tôi nếu còn số dư. Việc chuyển giao này sẽ duy trì hiệu lực cho đến khi tôi thu hồi quyết định bằng văn bản.

_____ Chữ Ký Tắt của Bệnh Nhân hoặc Phụ Huynh/Người Giám Hộ Hợp Pháp

Công ty không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tuổi tác hoặc tình trạng khuyết tật trong các chương trình và hoạt động sức khỏe của mình. Chúng tôi cung cấp dịch vụ miễn phí giúp quý vị liên lạc với chúng tôi, chẳng hạn như liên lạc qua thư bằng ngôn ngữ khác hoặc bản in chữ lớn. Ngoài ra, quý vị có thể yêu cầu có thông dịch viên. Để yêu cầu trợ giúp, vui lòng gọi 1-888-781-WELL (9355). ATENCIÓN: Si habla español (Spanish), hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al 1-888-781-WELL (9355). 請注意: 如果您說中文 (Chinese), 我們免費為您提供語言協助服務。請致電: 1-888-781-WELL (9355).

241315292 WM+OP Patient Registration Form JL 13111646 C030124

BIỂU MẪU ĐƯỢC LƯU TRỮ TRONG HỒ SƠ Y TẾ CỦA BỆNH NHÂN

Tên Bệnh Nhân _____

THÔNG BÁO VỀ DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TỪ XA/THĂM KHÁM TỪ XA

Tôi xác nhận đã nhận được thông báo về các quyền lợi liên quan đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa/thăm khám từ xa của mình. Nếu có yêu cầu, quý vị sẽ được cung cấp một bản sao.

_____ Chữ Ký Tắt của Bệnh Nhân hoặc Phụ Huynh/Người Giám Hộ Hợp Pháp

THÔNG BÁO VỀ CHÍNH SÁCH TÀI CHÍNH

Tôi xác nhận đã nhận được và đồng ý tuân thủ Chính Sách Tài Chính. Có thể xem Chính Sách Tài Chính tại phòng khám và nếu có yêu cầu, bản sao của chính sách này sẽ được cung cấp theo yêu cầu.

_____ Chữ Ký Tắt của Bệnh Nhân hoặc Phụ Huynh/Người Giám Hộ Hợp Pháp

THÔNG BÁO VỀ CÁC BIỆN PHÁP THỰC HÀNH BẢO VỆ QUYỀN RIÊNG TƯ

Tôi xác nhận có thể xem Thông báo về Các Biện Pháp Thực Hành Bảo Vệ Quyền Riêng Tư tại phòng khám và trên mạng, tại trang web của Medical Group. Bản sao của chính sách này sẽ được cung cấp theo yêu cầu.

_____ Chữ Ký Tắt của Bệnh Nhân hoặc Phụ Huynh/Người Giám Hộ Hợp Pháp

Chữ Ký của Bệnh Nhân hoặc Phụ Huynh/Người Giám Hộ Hợp Pháp

Ngày

Xin lưu ý: Nếu là người giám hộ hợp pháp hoặc người đại diện do tòa án chỉ định, quý vị phải đính kèm bản sao giấy ủy quyền hợp pháp đại diện cho bệnh nhân của mình.

Tên của người giám hộ hợp pháp	Tên Phố/Thành Phố/Tiểu bang/Mã Zip	Số điện thoại

THÔNG BÁO VỀ DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TỪ XA/THĂM KHÁM TỪ XA

Vui lòng đọc trước khi nhận dịch vụ.

Tôi hiểu rằng tôi có các quyền lợi sau đây đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa/thăm khám từ xa:

- 1. Định nghĩa về chăm sóc sức khỏe từ xa/thăm khám từ xa.** Dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa/thăm khám từ xa có sử dụng trang thiết bị hoặc nền tảng hợp qua video tương tác, an toàn, cho phép các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân ở các địa điểm khác.
- 2. Quyền được chăm sóc.** Tôi hiểu rằng tiêu chuẩn chăm sóc áp dụng cho thăm khám trực tiếp sẽ được áp dụng cho thăm khám qua video. Tôi hiểu rằng tôi có quyền không tham gia hoặc quyết định dừng tham gia thăm khám qua video, và việc tôi từ chối sẽ không ảnh hưởng đến quyền được chăm sóc hoặc điều trị của tôi trong tương lai.
- 3. Thông tin và tính bảo mật của bệnh nhân.** Tôi hiểu rằng các luật bảo vệ quyền riêng tư và tính bảo mật của thông tin chăm sóc sức khỏe cũng áp dụng cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa/thăm khám từ xa. Tôi hiểu rằng video, bản ghi âm hoặc ảnh chụp có thể được lưu trữ nếu tôi chấp thuận và rằng tôi có quyền tiếp cận thông tin y tế của mình theo luật liên bang và tiểu bang. Tôi hiểu rằng công ty bảo hiểm của tôi sẽ có quyền tiếp cận thông tin y tế của tôi để phục vụ mục đích đánh giá chất lượng và/hoặc kiểm toán. Tôi hiểu rằng tôi sẽ không ở cùng phòng với bác sĩ của tôi; do vậy, tôi sẽ được thông báo và quyết định có chấp thuận cho bất cứ ai ngoài bác sĩ của tôi tham gia không. Tôi hiểu rằng việc tiết lộ thông tin y tế của tôi, bao gồm cả ở định dạng âm thanh và/hoặc video, có thể được thực hiện bằng phương thức truyền dữ liệu điện tử.
- 4. Rủi ro và chấp thuận liên lạc.** Tôi hiểu rằng có những rủi ro tiềm ẩn từ việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa và công nghệ video, bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở khả năng có thể xảy ra tình trạng tắc nghẽn, gián đoạn hoặc méo hình méo tiếng do sự cố kỹ thuật, bất chấp có những nỗ lực hợp lý từ phía nhà cung cấp của tôi. Nếu xác định được rằng kết nối điện tử không đủ, tôi hiểu rằng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi hoặc tôi có thể dừng sử dụng và sắp xếp cách khác để tiếp tục thăm khám bằng các phương thức khác. Bằng việc ký tên vào biểu mẫu đăng ký này (bao gồm mọi biểu mẫu có chữ ký điện tử) và cung cấp số điện thoại di động và/hoặc địa chỉ email của tôi trong nền tảng chăm sóc sức khỏe từ xa, tôi chấp thuận nhận thông báo bằng SMS/tin nhắn văn bản hoặc email (có thể sẽ bị tính phí tin nhắn và dữ liệu) nhằm mục đích nhắc nhở lịch thăm khám qua video và/hoặc đường liên kết để kết nối. Tôi hiểu rằng các tin nhắn có thể chứa thông tin y tế được bảo vệ (protected health information, PHI) và gửi qua các phương tiện không mã hóa, sẽ có rủi ro thông tin bị tiết lộ và bị chặn, và tôi có thể chọn ngừng tham gia bằng cách xóa số điện thoại di động hoặc địa chỉ email của mình ra khỏi tài khoản áp dụng trong nền tảng chăm sóc sức khỏe từ xa. Tôi xác nhận đã hiểu các Điều Khoản và Điều Kiện về Nhắn Tin được đăng tải trực tuyến tại (www.wellmedhealthcare.com/texting-terms).
- 5. Bảo hiểm và lập hóa đơn.** Tôi đồng ý và hiểu rằng tôi phải chi trả mọi chi phí phát sinh, bao gồm cả các khoản khấu trừ, đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm áp dụng đối với việc thăm khám qua video của tôi. Tôi hiểu rằng chính sách thanh toán của chương trình bảo hiểm sức khỏe áp dụng cho thăm khám qua video có thể khác so với thăm khám trực tiếp.
- 6. Khiếu nại.** Tôi hiểu rằng tôi có thể nộp đơn khiếu nại về bác sĩ cũng như những bên được cấp phép khác và những người đăng ký của hội đồng y tế tiểu bang liên quan.

Hội Đồng Y Tế Texas (Texas Medical Board): 333 Guadalupe, Tower 3, Suite 610, P.O. Box 2018, MC-263, Austin, TX 78768-2018. (attn.: Investigations) hoặc số điện thoại 1-800-201-9353. Xem thêm thông tin tại www.tmb.state.tx.us.

Cơ Quan Khiếu Nại về Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Florida (Florida Health Care Complaints):

Department of Health, 4052 Bald Cypress Way, Bin C75, Tallahassee, Florida 32399-3260. Email: MQA.

ConsumerServices@flhealth.gov. Fax 850- 488- 0796. Xem thêm thông tin tại <https://www.floridahealth.gov>.

Hội Đồng Y Tế New Mexico (New Mexico Medical Board): 2055 S. Pacheco Building 400, Santa Fe, NM 87505.

Fax: (505) 476-7237. Email: nmbme@state.nm.us Xem thêm thông tin tại

<https://www.nmmb.state.nm.us>.

CHÍNH SÁCH TÀI CHÍNH DÀNH CHO BỆNH NHÂN

Vui lòng đọc trước khi nhận dịch vụ.

Trong Chính Sách Tài Chính này, “Chúng Tôi” bao gồm WellMed Medical Group, PA; WellMed Medical Management of Florida, Inc.; và OptumCare Florida Inc.

Thanh Toán: Nếu chưa đạt đến mức khấu trừ hoặc có trách nhiệm thanh toán theo tỷ lệ phần trăm, thì quý vị cần thanh toán tại thời điểm nhận dịch vụ. Nếu quý vị chịu trách nhiệm chi trả bất cứ số dư nào đến hạn sau khi các yêu cầu thanh toán bảo hiểm được xử lý, thì số dư ấy sẽ được lập hóa đơn thông qua một bản kê khai. Các séc bị trả lại sẽ bị tính phí \$25.

Chứng từ bảo hiểm: Tất cả bệnh nhân phải hoàn thành biểu mẫu thông tin bệnh nhân trước khi thăm khám với bác sĩ lâm sàng. Vui lòng thông báo cho văn phòng bảo hiểm của chúng tôi về những thay đổi trong phạm vi bảo hiểm chính hoặc phụ. Chúng tôi sẽ lấy một bản sao bằng lái xe hoặc số ID tại tiểu bang và thẻ bảo hiểm hợp lệ quý vị hiện đang sử dụng. Nếu không cung cấp cho chúng tôi thông tin bảo hiểm chính xác một cách kịp thời, thì quý vị có thể phải trả số dư của yêu cầu thanh toán. Nếu chúng tôi không thể xác minh/xác nhận quý vị đủ điều kiện thanh toán bằng bảo hiểm, thì quý vị có thể phải chi trả các khoản phí phát sinh.

Bảo hiểm: Chúng tôi tham gia nhiều chương trình bảo hiểm khác nhau, bao gồm cả Medicare. Trước khi nhận dịch vụ, quý vị nên biết các quyền lợi của mình và xác minh rằng chúng tôi là nhà cung cấp dịch vụ tham gia vào chương trình bảo hiểm của quý vị. Nếu quý vị nhận dịch vụ và chúng tôi không phải là nhà cung cấp tham gia vào chương trình bảo hiểm của quý vị, hoặc bác sĩ của chúng tôi không được liệt kê là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính cho quý vị với công ty bảo hiểm của quý vị, thì toàn bộ khoản thanh toán không được bảo hiểm đài thọ sẽ đến hạn tại thời điểm nhận dịch vụ.

Chăm sóc có quản lý: Tất cả các khoản đồng thanh toán (như Tổ Chức Duy Trì Sức Khỏe (Health Maintenance Organization, HMO), Tổ Chức Nhà Cung Cấp Ưu Tiên (Preferred Provider Organization, PPO), v.v.) theo chương trình chăm sóc có quản lý đều đến hạn vào thời điểm nhận dịch vụ. Nếu chương trình bảo hiểm của quý vị yêu cầu sự phê duyệt giới thiệu từ bác sĩ chăm sóc chính, vui lòng xuất trình giấy này trong lần thăm khám đầu tiên của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu thăm khám tại văn phòng hoặc phẫu thuật mà không có sự phê duyệt giới thiệu, chương trình bảo hiểm của quý vị có thể coi đây là điều trị ngoài mạng lưới hoặc không được bảo hiểm, và quý vị sẽ phải chi trả một khoản phí lớn hơn, hoặc toàn bộ các khoản phí. Hãy đảm bảo rằng quý vị hiểu những dịch vụ nào được bảo hiểm và sẵn sàng thanh toán cho bất cứ dịch vụ nào được coi là không được bảo hiểm hoặc không được chương trình cho phép.

Medicare: Chúng tôi tham gia chương trình Medicare và chấp nhận khoản thanh toán được Medicare cho phép, khoản khấu trừ cho bệnh nhân và/hoặc khoản đồng bảo hiểm 20%. Nếu quý vị có bảo hiểm bổ sung (Medigap), vui lòng cung cấp cho chúng tôi bản sao thẻ bảo hiểm của quý vị và bất kỳ biểu mẫu nào mà công ty bảo hiểm của quý vị có thể yêu cầu. Medicare hoặc các hãng bảo hiểm phụ không chi trả cho một số thủ thuật và vật tư. Trong những trường hợp này, quý vị có thể được yêu cầu ký vào biểu mẫu miễn trừ trách nhiệm, trong đó nêu rõ quý vị hiểu rằng quý vị sẽ chịu trách nhiệm về những khoản phí này.

Medicaid: Nếu quý vị có bất cứ loại bảo hiểm Medicaid nào, vui lòng thông báo cho chúng tôi trước buổi thăm khám của quý vị. Đây là một phần trong thỏa thuận của quý vị với Medicaid; việc không thông báo cho chúng tôi về phạm vi bảo hiểm của Medicaid có thể khiến quý vị phải chịu trách nhiệm tài chính cho các dịch vụ được cung cấp.

Các khoản đồng thanh toán và khoản khấu trừ: Tất cả các khoản đồng thanh toán và khoản khấu trừ đều đến hạn vào thời điểm nhận dịch vụ. Sự sắp xếp này là một phần trong hợp đồng của quý vị với công ty bảo hiểm của quý vị.

Các dịch vụ không được bảo hiểm: Xin lưu ý rằng một số hoặc tất cả các dịch vụ mà quý vị nhận được có thể không được bảo hiểm hoặc Medicare hay các công ty bảo hiểm khác coi là không hợp lý hoặc không cần thiết. Khoản thanh toán sẽ đến hạn vào thời điểm nhận dịch vụ và mọi số dư còn lại sẽ được lập hóa đơn qua bảng sao kê.

Nộp yêu cầu thanh toán: Chúng tôi sẽ nộp yêu cầu thanh toán của quý vị đến chương trình Bảo Hiểm của quý vị. Chương trình bảo hiểm của quý vị có thể cần quý vị trực tiếp cung cấp một số thông tin nhất định. Quý vị có trách nhiệm tuân theo yêu cầu của họ.

Thay đổi phạm vi bảo hiểm: Nếu bảo hiểm của quý vị thay đổi, vui lòng thông báo cho chúng tôi trước lần thăm khám tiếp theo để chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi phù hợp nhằm giúp quý vị nhận được quyền lợi tối đa.

Không thanh toán: Nếu tài khoản của quý vị quá hạn, quý vị có thể liên hệ với bộ phận thanh toán của chúng tôi để sắp xếp thanh toán. Nếu không được thanh toán, chúng tôi có thể bắt đầu thu nợ bằng nhiều biện pháp, bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở việc gửi tài khoản quá hạn cho cơ quan thu nợ.

Bệnh nhân tai nạn ô tô: Chúng tôi có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc tai nạn ô tô cho các bệnh nhân lâu năm. Yêu cầu thanh toán sẽ được nộp cho chương trình bảo hiểm y tế của quý vị, hoặc quý vị cũng có thể tự thanh toán. Chúng tôi sẽ không chấp nhận thư bảo vệ từ luật sư như một dạng đảm bảo thanh toán hoặc gửi hóa đơn cho bên bảo hiểm thứ ba.

Bồi thường cho người lao động: Chúng tôi không cung cấp dịch vụ bồi thường cho người lao động/chăm sóc thương tật lao động cho các bệnh nhân mới hoặc bệnh nhân lâu năm. Ngoài ra, chúng tôi không tham gia bảo hiểm bồi thường cho người lao động.

Trẻ có phụ huynh đã ly hôn: Việc thanh toán điều trị cho trẻ vị thành niên là trách nhiệm của phụ huynh - người yêu cầu điều trị cho trẻ. Mọi phán quyết về trách nhiệm theo lệnh của tòa án phải được xác định giữa các cá nhân có liên quan, không bao gồm Chúng Tôi.

Biểu phí (các khoản phí): Chúng tôi cam kết cung cấp phương pháp điều trị tốt nhất cho bệnh nhân của chúng tôi. Các mức giá của chúng tôi đại diện cho các chi phí bình thường, theo thông lệ tại khu vực của chúng tôi.

Bản kê khai: Chúng tôi sẽ gửi bản kê hóa đơn đến địa chỉ thanh toán mà quý vị cung cấp. Nếu quý vị có thắc mắc hoặc tranh chấp về tính hợp lệ của số dư, hãy liên hệ với văn phòng kinh doanh của chúng tôi khi nhận được bản kê khai.