

CHẤP THUẬN, THỎA THUẬN, CHO PHÉP, XÁC NHẬN VÀ CHUYỂN NHƯỢNG BẤT KHẢ THU HỒI

I. CHẤP THUẬN TỔNG QUÁT VỀ ĐIỀU TRỊ Y TẾ

Hiểu rằng _____ (Tên Bệnh nhân) đang gặp một tình trạng cần phải chẩn đoán và điều trị y tế, nha khoa hoặc tâm lý, theo đây tôi tự nguyện chấp thuận thực hiện các thủ thuật chẩn đoán đó và dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi về nghị tham gia điều trị thông qua việc sử dụng dịch vụ viễn thông mà được cho là cần thiết để giúp điều trị cho tôi. Tôi có thể được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sử dụng các công nghệ truyền thông và thông tin điện tử để cung cấp dịch vụ cho một bệnh nhân khi bệnh nhân đó ở một địa điểm khác với nhà cung cấp dịch vụ đó. Tôi tự nguyện chấp thuận cho Harris Health cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho tôi thông qua việc sử dụng dịch vụ y tế từ xa mà được cho là cần thiết theo nhận định của các chuyên viên y tế của Harris Health, các chuyên viên y tế có hợp đồng với Harris Health hoặc các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của Harris Health ("các Nhà cung cấp của Harris Health"). Tôi hiểu rằng các Nhà cung cấp của Harris Health (i) có thể hành nghề tại một địa điểm khác với địa điểm tôi hiện diện để chăm sóc y tế, (ii) có thể không có cơ hội thực hiện một buổi khám thể chất trực tiếp, và (iii) dựa vào thông tin mà tôi cung cấp.

II. CHẤP THUẬN ĐIỀU TRỊ Y TẾ THÔNG QUA DỊCH VỤ Y TẾ TỪ XA

Tôi có thể được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi về nghị tham gia điều trị thông qua việc sử dụng dịch vụ viễn thông mà được cho là cần thiết để giúp điều trị cho tôi. Tôi hiểu rằng dịch vụ y tế từ xa có nghĩa là một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sử dụng các công nghệ truyền thông và thông tin điện tử để cung cấp dịch vụ cho một bệnh nhân khi bệnh nhân đó ở một địa điểm khác với nhà cung cấp dịch vụ đó. Tôi tự nguyện chấp thuận cho Harris Health cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho tôi thông qua việc sử dụng dịch vụ y tế từ xa mà được cho là cần thiết theo nhận định của các chuyên viên y tế của Harris Health, các chuyên viên y tế có hợp đồng với Harris Health hoặc các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của Harris Health ("các Nhà cung cấp của Harris Health"). Tôi hiểu rằng các Nhà cung cấp của Harris Health (i) có thể hành nghề tại một địa điểm khác với địa điểm tôi hiện diện để chăm sóc y tế, (ii) có thể không có cơ hội thực hiện một buổi khám thể chất trực tiếp, và (iii) dựa vào thông tin mà tôi cung cấp.

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi đã giải thích cho tôi về cách thức sử dụng công nghệ dịch vụ y tế từ xa để thực hiện buổi thăm khám nói trên.

Tôi hiểu rằng công nghệ này có thể có các nguy cơ:

1. Việc khám đánh giá và điều trị y tế có thể chậm trễ do các thiếu sót hoặc sai sót của thiết bị.
2. Các quy trình về an ninh có thể không có tác dụng, khiến thông tin y tế cá nhân không còn được bảo mật.
3. Thông tin truyền đi có thể không đủ (*chẳng hạn như* độ phân giải hình ảnh kém) để cho phép Nhà cung cấp và (các) chuyên gia tư vấn của Harris Health đưa ra quyết định y tế phù hợp.
4. Việc không thể tiếp cận được hồ sơ y tế đầy đủ có thể dẫn đến các phản ứng tương tác thuốc bất lợi hoặc các phản ứng dị ứng hay sai sót trong nhận định khác.

Các lợi ích của buổi thăm khám y tế từ xa là:

1. Việc tiếp cận một bác sĩ chuyên khoa thông qua buổi tư vấn này để cung cấp dịch vụ khám đánh giá và quản lý y tế và sức khỏe hiệu quả hơn.
2. Cải thiện việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe qua việc tạo điều kiện để tôi hiện diện ở một địa điểm khác trong khi tư vấn với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó.

Nếu các Nhà cung cấp của Harris Health thấy rằng các dịch vụ y tế từ xa không đáp ứng thỏa đáng các nhu cầu y tế của tôi, họ có thể yêu cầu buổi đánh giá y tế trực tiếp. Tôi hiểu rằng nếu tôi được giới thiệu tới nhà cung cấp khác, tôi có trách nhiệm bảo đảm các hướng dẫn về giới thiệu được tuân thủ kịp thời. Trong trường hợp buổi thăm khám y tế từ xa bị gián đoạn do sự cố kỹ thuật hoặc thiết bị bị hỏng hoặc máy móc không hoạt động, các phương tiện giao tiếp thay thế khác có thể được sử dụng hoặc có thể cần phải có một buổi đánh giá y tế gặp trực tiếp. Nếu tôi gặp một vấn đề khẩn cấp, chẳng hạn như phản ứng xấu với bất kỳ biện pháp điều trị nào sau buổi thăm khám y tế từ xa, tôi cần thông báo cho bác sĩ điều trị của tôi, và trong trường hợp cấp cứu gọi số 9-1-1 hoặc tới phòng cấp cứu của bệnh viện gần nhất.

Tôi cho phép Harris Health thông báo cho bác sĩ chăm sóc chính của tôi, nếu có, về bất kỳ dịch vụ y tế từ xa nào được cung cấp.

III. VIỆC SỬ DỤNG TRÍ TUỆ NHÂN TẠO TRONG DỊCH VỤ CHĂM SÓC

Tôi hiểu rằng các Nhà cung cấp của Harris Health có thể sử dụng các công cụ trí tuệ nhân tạo (artificial intelligence, AI) để hỗ trợ việc đưa ra quyết định, điều trị lâm sàng và việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Những công cụ này hỗ trợ nhưng không thay thế nhận định y khoa độc lập của các nhà cung cấp đang điều trị cho tôi.

IV. CÁC DỊCH VỤ CHUYÊN MÔN

Tôi hiểu rằng Harris Health hợp tác và/hoặc có hợp đồng với các nhà cung cấp khác để cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho tôi khi tôi được khám chữa bệnh tại một cơ sở của Harris Health. Tôi hiểu rằng thông tin cung cấp trong tài liệu này liên quan đến Harris Health System cũng như các nhà cung cấp liên quan.

V. CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN

Theo đây, tôi cho phép chủ lao động hoặc đại lý của tôi, Harris Health và bất kỳ y/bác sĩ nào hành nghề trong Harris Health, sử dụng hoặc tiết lộ, cho bất kỳ người nào có thể chi trả hoặc được xác định là người chi trả, thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi (thông tin y tế và các hồ sơ hóa đơn). Tôi xác nhận rằng thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi có thể bao gồm thông tin về các dịch vụ đã cung cấp hoặc các sản phẩm được cho tôi dùng (hoặc bệnh nhân) trong đó bao gồm cả các tham chiếu tới việc lạm dụng ma túy và/hoặc rượu, chăm sóc tâm thần, bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV/AIDS, xét nghiệm Viêm gan B hoặc C và thông tin nhạy cảm khác. Tôi hiểu rằng mục đích sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe cá nhân được mô tả ở trên là để xác định tình trạng hội đủ điều kiện, giải quyết các yêu cầu bồi thường, và thu tiền từ bất kỳ nguồn thanh toán nào cho dịch vụ chăm sóc được cung cấp cho tôi, trong đó bao gồm nhưng không chỉ gồm các hợp đồng bảo hiểm, các khoản trợ cấp, các chương trình hỗ trợ bệnh nhân sử dụng được phẩm, và các chương trình hoàn trả chi phí thuốc.

VI. CHO PHÉP ĐỐI VỚI SỞ Y TẾ TIỀN BANG TEXAS

Tôi cho phép nhân viên có thẩm quyền của Harris Health được truy cập hoặc xem dữ liệu bệnh nhân/khách hàng trong cơ sở dữ liệu toàn tiểu bang của Sở Y tế Tiểu bang Texas.

VII. XÁC NHẬN ĐÃ NHẬN ĐƯỢC THÔNG BÁO VỀ CÁC THỰC HÀNH QUYỀN RIÊNG TƯ

Tôi đã nhận được một bản sao Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư của Harris Health.

VIII. TRÁCH NHIỆM TÀI CHÍNH

Tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm tài chính về thanh toán mọi khoản phí cho các dịch vụ cung cấp cho bệnh nhân ở trên. Tôi hiểu rằng trách nhiệm này là dựa trên mức phần trăm của số dư còn lại chưa trả sau khi bảo hiểm hoặc các chương trình của bên thứ ba đã trả và số dư này ***có thể*** được chiết khấu theo phân loại về tình trạng hội đủ điều kiện, tùy theo sự xác định của Harris Health và các nhà cung cấp liên quan. Tôi hiểu rằng tôi có thể phải chịu trách nhiệm về hai số tiền đồng bảo hiểm: trách nhiệm đồng bảo hiểm đối với bệnh viện và trách nhiệm đồng bảo hiểm đối với bác sĩ/các dịch vụ chuyên môn.

IX. TỪ BỎ KHIẾU NẠI ĐỐI VỚI TÀI SẢN CÁ NHÂN

Bệnh nhân và khách thăm viếng chịu trách nhiệm đối với tất cả các đồ dùng cá nhân. Harris Health không chịu trách nhiệm với đồ dùng cá nhân bị mất, thất lạc, mất cắp hoặc hư hỏng. Tôi đã được khuyến cáo nên để lại toàn bộ tài sản cá nhân của tôi cho bạn bè hoặc người thân và không mang chúng đến một cơ sở của Harris Health. Đồ dùng cá nhân bao gồm tiền bạc, đồ trang sức, thuốc men, giấy tờ, các vật dụng có giá trị tiền bạc hoặc tinh thần, quần áo, răng giả, dụng cụ trợ thính, kính mắt hoặc kính áp tròng, đồng hồ, thẻ tín dụng, bóp hoặc ví, máy ảnh, điện thoại di động, máy tính xách tay hoặc máy tính và thiết bị y tế.

X. CHUYỂN NHƯỢNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Để đổi lấy các dịch vụ được cung cấp, theo đây tôi ủy quyền và chuyển nhượng bất khả thu hồi cho Harris Health và các nhà cung cấp liên quan cho bản thân tôi và những người phụ thuộc của tôi, mọi quyền hạn, quyền sở hữu, và lợi ích đối với các quyền lợi phải chi trả cho các dịch vụ được cung cấp, theo bất kỳ (các) hợp đồng bảo hiểm nào mà tôi hoặc bất kỳ người phụ thuộc nào của tôi được bảo hiểm. Sự ủy quyền và chuyển nhượng bất khả thu hồi nói trên sẽ là để cho phép Harris Health và các nhà cung cấp liên quan quyền độc lập trong việc truy thu, bao gồm nhưng không chỉ gồm các quyền truy thu với tư cách là bên thụ hưởng từ ba đối với (các) hợp đồng bảo hiểm nói trên, nhưng không được coi là nghĩa vụ của Harris Health hoặc các nhà cung cấp liên quan trong việc theo đuổi bất kỳ quyền truy thu nào như vậy. Tôi cũng chuyển nhượng cho Harris Health mọi quyền lợi đến hạn và/hoặc được Harris Health nhận thay mặt cho tôi theo bất kỳ chương trình hỗ trợ được phẩm hoặc hoàn trả chi phí thuốc nào.

XI. ỦY QUYỀN CÁC YÊU CẦU BỒI THƯỜNG CỦA BÊN THỨ BA, BỒI THƯỜNG CHO NẠN NHÂN TỘI PHẠM

Tôi theo đây ủy quyền bất khả thu hồi cho Harris Health và các nhà cung cấp liên quan tất cả các quyền hạn, quyền sở hữu, và lợi ích đối với các quyền lợi phải chi trả từ các hành động của bên thứ ba đối với bất kỳ người, tổ chức, công ty bảo hiểm nào, hoặc việc truy thu theo các quy định như Bồi thường tai nạn khi đối phương Không có bảo hiểm (Uninsured Motorist) hoặc Thanh toán y tế (Medical payment) ghi trong bất cứ (các) hợp đồng bảo hiểm xe hoặc trong bất cứ (các) hợp đồng bảo hiểm nào khác mà tôi có thể được quyền truy thu.

Ngoài ra, tôi cho phép Harris Health và các nhà cung cấp liên quan thay mặt tôi theo đuổi bất kỳ yêu cầu bồi thường nào mà tôi có thể được quyền theo đuổi với Bộ phận Bồi thường cho Nạn nhân Tội phạm (Crime Victims Compensation Division) của Hội đồng Tai nạn Công nghiệp Texas (Texas Industrial Accident Board) trong trường hợp việc nằm viện của tôi là do các thương tích do tội phạm bạo lực gây ra, tuy nhiên việc này không bao giờ được hiểu là nghĩa vụ của Harris Health hoặc các nhà cung cấp liên quan. Tôi hiểu rằng thỏa thuận này hoàn toàn không hạn chế quyền độc lập của tôi hoặc những người phụ thuộc của tôi trong việc theo đuổi các yêu cầu bồi thường như vậy đối với Bộ phận Bồi thường cho Nạn nhân Tội phạm của Hội đồng Tai nạn Công nghiệp Texas thay mặt cho tôi. Tôi hiểu rằng nếu Harris Health và các nhà cung cấp liên quan không được trả toàn bộ số tiền tôi được từ bất kỳ hợp đồng bảo hiểm nào, thì việc ủy quyền này không giải phóng nghĩa vụ và trách nhiệm của tôi đối với Harris Health System và các nhà cung cấp liên quan đối với việc thanh toán cho các dịch vụ và khoản thực được cung cấp. Tôi đồng ý chỉ trả cho Harris Health và các nhà cung cấp liên quan mọi khoản phí phát sinh hoặc, thay vào đó, chỉ trả cho mọi khoản phí vượt quá số tiền thực tế đã được chi trả theo các hợp đồng bảo hiểm nói trên dựa trên phân loại về tình trạng hội đủ điều kiện của tôi.

XII. BỆNH NHÂN MEDICARE (NEU PHU HOP)

Tôi hiểu rằng thông tin mà tôi cung cấp khi nộp đơn xin thanh toán theo Tiêu đề XVIII của Bộ luật An sinh Xã hội là đúng. Tôi yêu cầu việc thanh toán các quyền lợi được cho phép được thực hiện thay mặt cho tôi. Vì đây là một cơ sở thuộc mô hình nhà cung cấp, tôi hiểu rằng tôi sẽ phải trả một khoản tiền đồng bảo hiểm mà lẽ ra sẽ không phải trả nếu đây không phải là một cơ sở dựa trên nhà cung cấp. Số tiền đồng bảo hiểm cho dịch vụ bệnh viện ngoại trú thường dao động từ \$0.00 đến \$54.00. Đây là mức ước tính và có thể cao hơn hoặc thấp hơn tùy thuộc vào các dịch vụ thực tế được cung cấp.

XIII. TUYÊN BỐ

Tôi đã đọc và hiểu các phần chấp thuận, thỏa thuận, cho phép, xác nhận, và ủy quyền bất khả thu hồi đã được ký tắt ở trên. Mọi thắc mắc đã được giải đáp đầy đủ. Bản sao của tài liệu này có thể được coi là có hiệu lực và có giá trị hợp lệ như là bản gốc.

Chữ ký: _____ Ngày: _____

Tên Viết In hoa: _____ Mối quan hệ với Bệnh nhân: _____

Tên Viết In hoa của Cha Mẹ (nếu biết): _____

Người làm chứng: _____ Ngày: _____

Patient ID	HARRISHEALTH CONSENTS, AGREEMENTS, AUTHORIZATIONS, ACKNOWLEDGEMENTS & IRREVOCABLE ASSIGNMENTS 283301B 02.2026
------------	---