

Thông tin bệnh nhân

Họ: _____ Tên: _____ Chữ cái đầu tên đệm: _____

Ngày sinh: ____/____/____ Tên trước đây: _____ Điện thoại di động: _____

Điện thoại nhà: _____ Email: _____ Số An Sinh Xã Hội: _____

Địa chỉ dòng 1: _____ Địa chỉ dòng 2: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã ZIP: _____ Quận: _____

Tình trạng hôn nhân (*chọn một*):☐ Độc thân ☐ Đã kết hôn ☐ Ly hôn ☐ Góa phụ ☐ Ly thânNgôn ngữ chính (*chọn một*):☐ Tiếng Anh ☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Tiếng Tagalog ☐ Khác (ghi rõ): _____

Cần hỗ trợ đặc biệt?

☐ Không ☐ Ngôn ngữ ký hiệu ☐ Thông dịch viên ☐ Khác: _____Phương thức liên lạc ưu tiên (*chọn tất cả phù hợp*):☐ Điện thoại ☐ Tin nhắn ☐ Email ☐ Thư bưu điệnGiới tính khi sinh (*chọn một*):☐ Nam ☐ NữXu hướng tính dục (*chọn một*):☐ Dị tính ☐ Đồng tính nữ/đồng tính nam/đồng tính ☐ Song tính
☐ Khác: _____ ☐ Chọn không tiết lộBản dạng giới (Gender Identity) (*chọn một*):☐ Nam ☐ Nữ ☐ Nam chuyển giới ☐ Nữ chuyển giới
☐ Khác: _____ ☐ Chọn không tiết lộChủng tộc (*chọn tất cả phù hợp*):

☐ Người Ấn Độ châu Á	☐ Người châu Á khác (ghi rõ): _____	☐ Da đen/Người Mỹ gốc Phi
☐ Người Hoa	☐ Người Hawaii bản địa	☐ Người Mỹ bản địa/Thổ dân Alaska
☐ Người Philippines	☐ Người đảo Thái Bình Dương khác	☐ Người da trắng
☐ Người Nhật	☐ Người Guam/Chamorro	☐ Chọn không tiết lộ
☐ Người Hàn	☐ Người Samoa	
☐ Người Việt		

Dân tộc (*chọn một*):

☐ Mexico/Người Mỹ gốc Mexico/Chicano(a)	☐ Gốc Hispanic/Latino hoặc Tây Ban Nha khác
☐ Puerto Rico	☐ Không phải gốc Hispanic/Latino hoặc Tây Ban Nha
☐ Cuba	

Quý vị có đang vô gia cư không?

☐ Có (chọn một mục dưới đây)

☐ Không

☐ Nơi trú ẩn

☐ Nhà ở chuyển tiếp

☐ Ở ghép với người khác

☐ Đường phố

☐ Nhà ở hỗ trợ lâu dài

Tình trạng lao động nông nghiệp (chọn một):

☐ Di cư

☐ Theo mùa

☐ Không áp dụng

Tình trạng quân nhân: Quý vị có tự xem mình là cựu chiến binh quân đội Hoa Kỳ không?

☐ Có

☐ Không

Bảo hiểm y tế chính

Công ty bảo hiểm: _____ Chương trình (nếu có): _____

Số nhóm: _____ ID người đăng ký: _____

Tên người được bảo hiểm (như trên thẻ bảo hiểm/ID): _____

Quan hệ của bệnh nhân với người được bảo hiểm: ☐ Bản thân ☐ Vợ/chồng ☐ Con ☐ Khác: _____

Bảo hiểm y tế phụ

Công ty bảo hiểm: _____ Chương trình (nếu có): _____

Số nhóm: _____ ID người đăng ký: _____

Tên người được bảo hiểm (như trên thẻ bảo hiểm/ID): _____

Quan hệ của bệnh nhân với người được bảo hiểm: ☐ Bản thân ☐ Vợ/chồng ☐ Con ☐ Khác: _____

Người giám hộ hợp pháp hoặc bên chịu trách nhiệm tài chính (nếu không phải bệnh nhân)

Họ: _____ Tên: _____ Ngày sinh: ____ / ____ / ____

Địa chỉ dòng 1: _____ Địa chỉ dòng 2: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã ZIP: _____ Điện thoại: _____

Quan hệ với bệnh nhân: _____ Số An Sinh Xã Hội: _____

Người liên hệ khẩn cấp

Tên: _____ Điện thoại: _____ Quan hệ với bệnh nhân: _____

Chữ ký bệnh nhân/người giám hộ hợp pháp: _____ Ngày: _____

Tên bệnh nhân/người giám hộ hợp pháp: _____ Quan hệ với bệnh nhân: _____

BẢNG CHÚ GIẢI

Lao động nông nghiệp:

- Lao động nông nghiệp di cư: người làm nông nghiệp và phải di chuyển giữa các vùng khác nhau để có việc làm.
- Lao động nông nghiệp theo mùa: người làm nông nghiệp theo mùa và KHÔNG đáp ứng định nghĩa lao động nông nghiệp di cư.

Dân tộc: Người thuộc một nhóm/nhóm phụ dân số có chung nền tảng văn hóa hoặc nguồn gốc. Có thể là:

- gốc Hispanic/Latino hoặc Tây Ban Nha: Mexico, Người Mỹ gốc Mexico/Chicano(a), Puerto Rico, Cuba
- Không phải gốc Hispanic/Latino hoặc Tây Ban Nha
- Không báo cáo/chọn không tiết lộ

Vô gia cư và loại nhà ở: Vô gia cư mô tả người không có chỗ ở an toàn và ổn định vào ban đêm, nơi ở không phù hợp cho con người sinh sống.

- Nơi trú ẩn: thường cung cấp chỗ ngủ và thức ăn tạm thời.
- Nhà ở chuyển tiếp: hỗ trợ chuyển sang nhà ở lâu dài.
- Ở ghép: là ở tạm với người khác và không ổn định.
- Đường phố là sống ngoài trời, trong xe, khu cắm trại hoặc nơi khác không an toàn để ở.
- Nhà ở hỗ trợ lâu dài là môi trường ổn định có dịch vụ xã hội và không giới hạn thời gian.
- Không rõ nghĩa là biết người đó đang vô gia cư nhưng không biết tình trạng nhà ở.

Tình trạng quân nhân: Người đã xuất ngũ từng phục vụ tại ngũ trong quân đội, hải quân hoặc không quân Hoa Kỳ, bao gồm Không quân, Lục quân, Tuần duyên, Thủy quân lục chiến, Hải quân và Lực lượng Không gian, hoặc là sĩ quan của Dịch vụ Y tế Công cộng hay NOAA. Cũng bao gồm Vệ binh Quốc gia hoặc Lực lượng Dự bị khi phục vụ trong tình trạng tại ngũ.

Chủng tộc: Phân loại thể chất hoặc xã hội có thể dựa trên di truyền. Bao gồm:

- Châu Á: Người Ấn Độ châu Á, Người Hoa, Người Philippines, Người Nhật, Người Hàn, Người Việt Người châu Á khác
- Người Hawaii bản địa/Người đảo Thái Bình Dương khác: Người Guam/Chamorro, Người Samoa
- Da trắng
- Da đen/Người Mỹ gốc Phi
- Người Mỹ bản địa/Thổ dân Alaska
- Nhiều hơn một chủng tộc
- Không báo cáo/chọn không tiết lộ

Xu hướng tính dục và bản dạng giới (S.O.G.I.):

- **Giới tính khi sinh:** giới tính được ghi nhận khi sinh (nam hoặc nữ)
- **Bản dạng giới:** cách một người cảm nhận về bản thân là nam/đàn ông hoặc nữ/phụ nữ và có thể khác với giới tính khi sinh.
 - Phụ nữ chuyển giới: nam khi sinh nhưng nhận dạng là nữ.
 - Nam chuyển giới: nữ khi sinh nhưng nhận dạng là nam.
- **Xu hướng tính dục:** Paano mo inilalarawan ang iyong personal (emosyonal at pisikal) na atraksyon sa iba.
 - Đị tính: bị thu hút bởi giới khác
 - đồng tính nam/đồng tính.
 - nữ: bị thu hút bởi cùng giới.
 - song tính: bị thu hút bởi cả nam và nữ.

BIỂU MẪU ĐỒNG Ý VÀ XÁC NHẬN CHUNG CỦA BỆNH NHÂN

Họ và tên bệnh nhân: _____ Ngày: _____

Ngày sinh: _____

Biểu mẫu Đồng ý và Xác nhận Chung của Bệnh nhân này cung cấp thông tin về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của Opsam Health và các thông báo khác, bao gồm nhưng không giới hạn ở telehealth, quyền riêng tư và quyền đối với hồ sơ chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp. Một số thông báo dưới đây sẽ yêu cầu quý vị chấp nhận yêu cầu (đánh dấu ô CÓ) hoặc từ chối yêu cầu (đánh dấu ô KHÔNG).

Bằng việc ký tên dưới đây, bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp đồng ý với việc chăm sóc sức khỏe như trình bày dưới đây. Ngoài ra, bằng việc ký tên dưới đây, bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp cũng xác nhận và đồng ý với các điều khoản và điều kiện khác đã nêu, trừ khi bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp chọn phương án được chỉ định để từ chối yêu cầu (đánh dấu ô KHÔNG).

1. Đồng ý chăm sóc

Bằng việc ký tên dưới đây, bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp hiểu và đồng ý rằng:

- Opsam Health cung cấp dịch vụ chăm sóc ban đầu, chăm sóc phòng ngừa, chăm sóc chuyên khoa, sức khỏe hành vi và nha khoa.
- Chuyên gia lâm sàng của bệnh nhân sẽ giải thích tình trạng của bệnh nhân, việc chăm sóc được khuyến nghị và các rủi ro quan trọng, lợi ích và lựa chọn thay thế hợp lý khi cần. Bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp có thể đặt câu hỏi bất kỳ lúc nào.
- Bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp có thể từ chối hoặc rút lại sự đồng ý bất kỳ lúc nào. Nếu từ chối việc chăm sóc được khuyến nghị, chuyên gia lâm sàng của bệnh nhân sẽ giải thích những rủi ro có thể có của việc từ chối.
- Đây là sự đồng ý chung cho việc đánh giá và chăm sóc thông thường, bao gồm chủng ngừa/tiêm chủng do nhà cung cấp dịch vụ khuyến nghị. Một số quy trình, thuốc, xét nghiệm, điều trị nha khoa, dịch vụ sức khỏe hành vi hoặc dịch vụ khác có thể yêu cầu sự đồng ý hoặc thông báo riêng, cụ thể trước khi được thực hiện.

2. Cuộc hẹn qua telehealth

Telehealth là việc nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe bằng âm thanh, video hoặc công nghệ liên lạc điện tử khác. Nếu chọn telehealth, bằng việc ký tên dưới đây, bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp hiểu và đồng ý rằng:

- Telehealth không dành cho trường hợp cấp cứu. Trong trường hợp cấp cứu, bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp sẽ gọi 911 hoặc đến phòng cấp cứu gần nhất.
- Telehealth là tự nguyện. Bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp có thể yêu cầu khám trực tiếp thay thế và có thể rút lại sự đồng ý đối với telehealth bất kỳ lúc nào.
- Trước khi cung cấp dịch vụ telehealth, nhà cung cấp dịch vụ bắt đầu telehealth sẽ thông báo cho bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp về việc sử dụng telehealth và ghi nhận sự đồng ý đã được đưa ra theo yêu cầu của pháp luật.
- Telehealth có thể cải thiện khả năng tiếp cận và sự thuận tiện, nhưng có thể có những hạn chế so với khám trực tiếp, chẳng hạn như sự cố công nghệ hoặc giảm khả năng thực hiện khám thể chất.
- Chuyên gia lâm sàng của bệnh nhân có thể khuyến nghị khám trực tiếp hoặc mức độ chăm sóc cao hơn nếu telehealth không phù hợp.
- Bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp sẽ tham gia từ một địa điểm riêng tư khi có thể để bảo vệ quyền riêng tư của bệnh nhân. Các buổi telehealth sẽ không được ghi âm/ghi hình nếu không có sự cho phép của bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp.
- Khi bắt đầu buổi telehealth, bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp có thể được yêu cầu xác nhận danh tính và vị trí của bệnh nhân. Nếu kết nối bị ngắt, nhân viên có thể gọi lại cho bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp.

3. Trách nhiệm tài chính và bản ước tính

- Bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp sẽ cung cấp thông tin bảo hiểm đầy đủ, chính xác và thông báo cho Opsam Health về mọi thay đổi. Bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp cho phép Opsam Health lập hóa đơn cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của bệnh nhân và nhận thanh toán cho các dịch vụ được bảo hiểm, khi áp dụng.
- Bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp chỉ chịu trách nhiệm đối với các khoản có thể được lập hóa đơn hợp pháp theo luật áp dụng, quy định của bên thanh toán và hợp đồng của nhà cung cấp dịch vụ. Các khoản này có thể bao gồm đồng thanh toán, khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm, phần chi phí phải trả hoặc dịch vụ không được bảo hiểm khi pháp luật cho phép và khi mọi thông báo hoặc sự đồng ý bắt buộc đã được cung cấp.
- Opsam Health sẽ không lập hóa đơn cho bệnh nhân hoặc bên chịu trách nhiệm đối với các khoản mà luật áp dụng hoặc quy định của bên thanh toán cấm lập hóa đơn, bao gồm phần chia sẻ chi phí Medicare đối với bệnh nhân đủ điều kiện kép/QMB khi các biện pháp bảo vệ đó áp dụng.
- Đối với bệnh nhân Original Medicare, nếu Opsam Health cho rằng Medicare có thể không thanh toán cho một hạng mục hoặc dịch vụ, Opsam Health sẽ cung cấp

Thông báo Trước cho Người thụ hưởng hoặc thông báo bắt buộc khác trước khi cung cấp dịch vụ.

- Nếu bệnh nhân không có bảo hiểm hoặc chọn không sử dụng bảo hiểm/tự thanh toán, Opsam Health sẽ cung cấp Bản Ước tính Thiện chí bằng văn bản về các khoản phí dự kiến khi pháp luật yêu cầu, bao gồm khi đã lên lịch các dịch vụ đủ điều kiện hoặc khi có yêu cầu ước tính.

4. Quyền riêng tư và Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư

- Opsam Health cam kết bảo vệ quyền riêng tư của thông tin sức khỏe của bệnh nhân.
- Bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp xác nhận đã nhận Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư (NPP) của Opsam Health. NPP giải thích cách Opsam Health có thể sử dụng và chia sẻ thông tin của bệnh nhân, các quyền riêng tư của bệnh nhân, nghĩa vụ của Opsam Health và cách nộp khiếu nại.
- Bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp hiểu rằng có thể yêu cầu bản giấy hoặc bản điện tử của NPP bất kỳ lúc nào.
- Nếu bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp từ chối hoặc không thể ký xác nhận này, Opsam Health có thể ghi nhận nỗ lực thiện chí của mình trong việc cung cấp NPP và lý do không nhận được xác nhận.

5. Trao đổi Thông tin Y tế (HIE) và thông tin được bảo vệ đặc biệt

Trao đổi Thông tin Y tế, chẳng hạn như San Diego Health Connect, giúp các tổ chức tham gia chia sẻ thông tin sức khỏe một cách an toàn để hỗ trợ chăm sóc bệnh nhân.

- Trừ khi bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp chọn không tham gia ở dưới đây, thông tin sức khỏe của bệnh nhân có thể được cung cấp qua HIE cho các tổ chức tham gia khác có liên quan đến việc chăm sóc bệnh nhân, theo sự cho phép của pháp luật.
- Việc chia sẻ qua HIE không làm thay đổi các luật yêu cầu sự đồng ý hoặc ủy quyền bổ sung, hoặc hạn chế tiết lộ thông tin được bảo vệ đặc biệt. Thông tin được bảo vệ đặc biệt có thể bao gồm, khi áp dụng, hồ sơ điều trị rối loạn sử dụng chất, ghi chú tâm lý trị liệu, thông tin về sức khỏe sinh sản/phá thai/tránh thai/chăm sóc khẳng định giới, thông tin về HIV/STI hoặc bệnh truyền nhiễm, dịch vụ do trẻ vị thành niên tự đồng ý, thông tin xét nghiệm di truyền và các hồ sơ khác được luật liên bang hoặc California bảo vệ.
- Ngay cả khi bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp chọn không tham gia, thông tin vẫn có thể được tiết lộ theo yêu cầu hoặc sự cho phép của pháp luật, bao gồm trong trường hợp cấp cứu hoặc cho một số mục đích y tế công cộng, thanh toán hoặc hoạt động chăm sóc sức khỏe.

☐ **KHÔNG** chia sẻ thông tin sức khỏe của bệnh nhân qua San Diego Health Connect/HIE vào lúc này. Bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp hiểu rằng quyết định này có thể được thay đổi sau này.

6. Cổng thông tin bệnh nhân và liên lạc điện tử

Opsam Health cung cấp Cổng thông tin Bệnh nhân an toàn để gửi các tin nhắn không khẩn cấp. Opsam Health

có thể gửi hướng dẫn kích hoạt cổng thông tin, trừ khi bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện

hợp pháp chọn không tham gia ở dưới đây. Nếu sử dụng Cổng thông tin Bệnh nhân, bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện

hợp pháp hiểu và đồng ý rằng:

- Cổng thông tin dành cho liên lạc không khẩn cấp. Trong trường hợp cấp cứu, bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp sẽ gọi 911 hoặc đến phòng cấp cứu gần nhất.
- Tin nhắn trên cổng thông tin không được theo dõi 24/7. Opsam Health đặt mục tiêu trả lời trong vòng 3 ngày làm việc.
- Tin nhắn trên cổng thông tin có thể trở thành một phần trong hồ sơ y tế của bệnh nhân.
- Bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp có trách nhiệm giữ kín tên đăng nhập và mật khẩu cổng thông tin. Nếu chia sẻ thông tin đăng nhập, người khác có thể truy cập thông tin sức khỏe của bệnh nhân.
- Tin nhắn văn bản, email hoặc các hình thức liên lạc khác ngoài cổng thông tin, nếu được cung cấp, có thể được xử lý theo các lựa chọn hoặc sự đồng ý riêng về liên lạc khi được yêu cầu.

☐ **KHÔNG cung cấp quyền truy cập Cổng thông tin Bệnh nhân hoặc hướng dẫn kích hoạt vào lúc này.**

7. Công cụ ghi chép AI, ghi âm và giao tiếp có AI hỗ trợ

Các chuyên gia lâm sàng của Opsam Health có thể sử dụng công cụ lập hồ sơ Trí tuệ Nhân tạo (AI) tạo sinh an toàn trong buổi khám nếu bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp đồng ý (đánh dấu CÓ) ở dưới đây.

- AI chỉ được sử dụng để hỗ trợ viết ghi chú và không được dùng để đưa ra quyết định y khoa. Chuyên gia lâm sàng của bệnh nhân chịu trách nhiệm về việc chăm sóc bệnh nhân. Nếu bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp đồng ý, công cụ có thể xử lý thông tin từ buổi khám của bệnh nhân, tạo bản ghi âm hoặc bản chép lời để lập hồ sơ và tạo bản nháp ghi chú nhằm hỗ trợ chuyên gia lâm sàng ghi chép việc chăm sóc bệnh nhân. Chuyên gia lâm sàng sẽ xem xét, chỉnh sửa và vẫn chịu trách nhiệm về ghi chú cuối cùng.
- Sẽ không tạo bản ghi âm buổi khám cho mục đích này nếu bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp không chủ động đồng ý. Mọi bản ghi âm được tạo cho mục đích này sẽ bị xóa trong vòng 7 ngày, trừ khi Opsam Health thông báo thời hạn lưu giữ khác và có được mọi sự đồng ý cần thiết.

- Tại California, việc ghi lại một cuộc trò chuyện riêng tư thường cần có sự đồng ý của tất cả các bên.
- Nếu Opsam Health sử dụng AI để soạn thông tin liên lạc lâm sàng cho bệnh nhân theo cách đòi hỏi phải thông báo cho bệnh nhân, Opsam Health sẽ cung cấp thông báo và hướng dẫn liên lạc theo yêu cầu.

Lựa chọn về việc ghi âm buổi khám và lập hồ sơ có AI hỗ trợ (chọn một):

- ☐ Có, bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp đồng ý việc ghi âm và lập hồ sơ có AI hỗ trợ cho mục đích lập hồ sơ y tế.
- ☐ Không, bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp không đồng ý việc ghi âm hoặc lập hồ sơ có AI hỗ trợ cho mục đích lập hồ sơ y tế.

Bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp hiểu rằng quyết định từ chối hoặc chấp nhận có thể được thay đổi bất kỳ lúc nào và việc chăm sóc bệnh nhân sẽ không bị ảnh hưởng nếu từ chối đồng ý. Nếu từ chối, chuyên gia lâm sàng sẽ ghi chép buổi khám bằng phương pháp thông thường.

8. Chỉ thị Trước về Chăm sóc Sức khỏe

Bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp đã được thông báo rằng Chỉ thị Trước về Chăm sóc Sức khỏe là một văn bản pháp lý cho phép bệnh nhân nêu nguyện vọng về chăm sóc sức khỏe và chỉ định một người đưa ra quyết định nếu bệnh nhân không thể tự quyết định. Bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp xác nhận những điều sau:

Tình trạng của Chỉ thị Trước về Chăm sóc Sức khỏe:

- ☐ Bệnh nhân có Chỉ thị Trước về Chăm sóc Sức khỏe và muốn Opsam Health bổ sung văn bản đó vào hồ sơ bệnh nhân. (Vui lòng cung cấp một bản sao cho nhân viên)
- ☐ Bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp muốn nhận thông tin về Chỉ thị Trước về Chăm sóc Sức khỏe.
- ☐ Bệnh nhân không có Chỉ thị Trước về Chăm sóc Sức khỏe và bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp không yêu cầu thông tin về Chỉ thị Trước về Chăm sóc Sức khỏe.

9. Sự đồng ý của trẻ vị thành niên và các dịch vụ bảo mật

- Trong một số trường hợp, luật California cho phép trẻ vị thành niên tự đồng ý với một số dịch vụ. Trong các trường hợp đó, có thể cần sự đồng ý của trẻ vị thành niên và có thể cần sự cho phép của trẻ trước khi tiết lộ một số thông tin cho cha mẹ, người giám hộ hoặc người khác, trừ khi pháp luật cho phép hoặc yêu cầu tiết lộ.

- Quyền truy cập ủy nhiệm vào cổng thông tin, thông tin liên lạc về thanh toán, lời nhắc hẹn và hồ sơ yêu cầu có thể bị hạn chế hoặc được xử lý khác để bảo vệ các dịch vụ bảo mật do trẻ vị thành niên tự đồng ý.

10. Xác nhận các thông báo bổ sung bắt buộc

Bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp hiểu rằng Opsam Health có thể cung cấp các thông báo và biểu mẫu đồng ý bắt buộc riêng biệt, bằng điện tử, trên giấy, bằng cách niêm yết, hoặc qua cổng thông tin bệnh nhân theo sự cho phép của pháp luật. Các tài liệu này có thể bao gồm, khi áp dụng:

- Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư
- Thông báo về Bản Ước tính Thiện chí/Đạo luật Không Hóa đơn Bất ngờ cho dịch vụ dành cho người không có bảo hiểm, tự thanh toán hoặc ngoài mạng lưới
- Thông báo về hỗ trợ ngôn ngữ, tiếp cận cho người khuyết tật và không phân biệt đối xử
- Thông báo và văn bản đồng ý dành riêng cho dịch vụ nha khoa, sức khỏe hành vi, hồ sơ rối loạn sử dụng chất, dịch vụ do trẻ vị thành niên tự đồng ý, sức khỏe sinh sản, quy trình, thuốc hoặc các dịch vụ được bảo vệ đặc biệt khác

Xác nhận này không thay thế bất kỳ thông báo đầy đủ, giấy ủy quyền hoặc văn bản đồng ý riêng cho dịch vụ nào mà pháp luật hoặc chính sách của Opsam Health yêu cầu.

Chữ ký

Bằng việc ký tên, bệnh nhân/cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp xác nhận rằng biểu mẫu này đã được đọc và/hoặc giải thích, đã được tạo cơ hội đặt câu hỏi và nhận bản sao, và các điều khoản cùng thông báo đã được hiểu.

Chữ ký:

Ngày:

Tên bệnh nhân/người đại diện:

Mối quan hệ/Thẩm quyền:

PHIẾU THÔNG TIN QUY MÔ GIA ĐÌNH VÀ THU NHẬP (FSI)

(Dùng để xác định quý vị có đủ điều kiện nhận hỗ trợ dựa trên Mức Nghèo Liên Bang (FPL) hay không.)

Chúng tôi dùng mẫu này để xem quý vị có thể nhận hỗ trợ từ Opsam Health hoặc các chương trình hỗ trợ của chính phủ để thanh toán chi phí chăm sóc hay không.

Các chương trình xem xét:

1. Có bao nhiêu người trong gia đình; và
2. Gia đình kiếm được bao nhiêu tiền trước thuế.

Nếu cần giúp điền mẫu này, vui lòng hỏi chúng tôi.

1. Thông tin bệnh nhân

Họ và tên: _____ Ngày sinh: _____

2. Nếu quý vị không muốn trả lời

- ☐ Tôi không muốn cung cấp thông tin về gia đình và thu nhập.

Nếu đánh dấu ô này, quý vị có thể bỏ qua mục 3-4 và chuyển đến mục 5 để ký tên.

3. Quy mô gia đình - Tất cả những người sống trong hộ gia đình của tôi, bao gồm vợ/chồng/bạn đời đã đăng ký và bất kỳ người nào có quan hệ với tôi do sinh ra, kết hôn hoặc nhận con nuôi.

Đánh dấu tất cả mục phù hợp và ghi số lượng ở nơi được yêu cầu.

- ☐ Bản thân tôi (bệnh nhân)
- ☐ Chồng / Vợ / Vợ hoặc chồng / Bạn đời đã đăng ký
- ☐ Con (bao nhiêu? _____)
- ☐ Người phụ thuộc khác sống cùng tôi và có quan hệ do sinh ra/kết hôn (bao nhiêu? ____)

TỔNG SỐ NGƯỜI (vui lòng tính tất cả mục đã đánh dấu ở trên) _____

4. Thu nhập gia đình (tiền trước thuế) - Isulat ang kita bago ibawas ang buwis ("gross income") ng bawat taong tumutulong sa gastusin sa bahay. Kasama ang kita mula sa trabaho, mga benepisyo, at iba pang nabubuwisang kita.

Thu nhập của tôi (trước thuế)	\$ _____	☐ Mỗi 2 tuần ☐ Mỗi tháng
Thu nhập của vợ/chồng/bạn đời đã đăng ký	\$ _____	☐ Mỗi 2 tuần ☐ Mỗi tháng
Thu nhập của thành viên gia đình khác	\$ _____	☐ Mỗi 2 tuần ☐ Mỗi tháng
Thu nhập của thành viên gia đình khác	\$ _____	☐ Mỗi 2 tuần ☐ Mỗi tháng
Thu nhập của thành viên gia đình khác	\$ _____	☐ Mỗi 2 tuần ☐ Mỗi tháng
KABUWANG KITA (<i>Bilangin ang lahat ng napili sa itaas.</i>)	\$ _____	☐ Mỗi 2 tuần ☐ Mỗi tháng

5. Vui lòng đọc và ký

- Tôi cam đoan thông tin tôi cung cấp trong mẫu này là đúng sự thật.
- Tôi cho phép Opsam Health sử dụng thông tin này để xác định tôi có đủ điều kiện nhận hỗ trợ từ các chương trình dựa trên thu nhập hay không.
- Tôi sẽ thông báo cho nhân viên Opsam Health bất cứ khi nào thu nhập của tôi thay đổi.

Chữ ký bệnh nhân/người đại diện:

Ngày:

Họ tên viết rõ:

Mối quan hệ/Thẩm quyền:

STAFF USE ONLY – PATIENT REFUSED TO FILL OUT & SIGN FORM

Date of refusal: ____ / ____ / ____ Staff full name: _____

Staff signature: _____

Comments (optional): _____

ĐƠN ĐĂNG KÝ CHƯƠNG TRÌNH GIẢM PHÍ THEO MỨC THU NHẬP (SFDP)

Chương trình này có thể giúp giảm chi phí chăm sóc tại Opsam Health. Số tiền quý vị trả dựa trên số người sống trong nhà và thu nhập của hộ gia đình. Vui lòng điền mẫu này nếu quý vị muốn đăng ký giảm phí.

1. Thông tin bệnh nhân

Họ và tên: _____

Ngày sinh: _____

2. Nais Mo Bang Mag-apply?

☐ **CÓ**, tôi muốn đăng ký chương trình giảm phí. *(Vui lòng điền phần còn lại của mẫu.)*

☐ **KHÔNG**, tôi không muốn đăng ký. *(BỎ QUA mục 3-4 và CHUYỂN ĐẾN mục 5. KHÔNG quét mã QR bên dưới và KHÔNG tải lên bất kỳ tài liệu nào.)*

3. Tình trạng bảo hiểm ☐ Tôi có bảo hiểm ☐ Tôi không có bảo hiểm

4. Bằng chứng thu nhập (Có thể gồm: phiếu lương gần đây, tờ khai thuế mới nhất, mẫu W-2 hoặc 1099, thư xác nhận trợ cấp chính phủ, thư từ chủ lao động)

Quý vị có thể cung cấp bằng chứng thu nhập hôm nay không?

☐ **CÓ**. *(Vui lòng đưa cho nhân viên.)*

☐ **KHÔNG**, tôi có bằng chứng thu nhập nhưng hôm nay không mang theo.
Tôi sẽ cung cấp trong vòng 10 ngày làm việc.

(Dùng mã QR để gửi HOẶC mang đến bất kỳ địa điểm phòng khám nào.)



☐ **KHÔNG**, tôi không thể cung cấp hoặc lấy bằng chứng thu nhập. *(Nếu chọn mục này, vui lòng trả lời bên dưới VÀ điền riêng Phiếu Tự Khai Thu Nhập.)*

- ☐ Chủ lao động của tôi không cung cấp phiếu lương hoặc xác nhận bằng văn bản.
- ☐ Tôi được trả bằng tiền mặt.
- ☐ Tôi tự kinh doanh hoặc làm công việc không chính thức.
- ☐ Tôi không thể liên hệ với chủ lao động/chủ lao động cũ.
- ☐ Tôi đang thất nghiệp.

5. Thỏa thuận - Vui lòng đọc và ký

- Tôi cam đoan thông tin tôi cung cấp là đúng và chính xác.
- Tôi cho phép Opsam Health sử dụng thông tin này để xác định tôi có đủ điều kiện nhận giảm phí hay không.
- Tôi chịu trách nhiệm thanh toán hóa đơn cho đến khi cung cấp bằng chứng thu nhập.
- Tôi sẽ mang hoặc gửi tài liệu thu nhập trong vòng 10 ngày làm việc.
- Nếu tôi không nộp tài liệu đúng hạn, tôi sẽ bị tính toàn bộ mức phí.
- Tôi sẽ thông báo cho Opsam Health nếu thu nhập hoặc bảo hiểm của tôi thay đổi.
- Mức giảm phí của tôi có thể thay đổi dựa trên thông tin mới; nếu tôi đã trả dư, tôi có thể được hoàn tiền.

Chữ ký:

Ngày:

Tên bệnh nhân/người đại diện:

Mối quan hệ/Thẩm quyền:

STAFF USE ONLY – PATIENT REFUSED TO FILL OUT & SIGN FORM

Date of refusal: ____ / ____ / ____ Staff name (print): _____

Staff signature: _____

Comments (optional):

THỎA THUẬN VỀ QUY TẮC ỨNG XỬ CỦA BỆNH NHÂN VÀ CHĂM SÓC AN TOÀN

Họ và tên: _____ Ngày: _____

Ngày sinh: _____

Thỏa thuận về Quy tắc Ứng xử của Bệnh nhân và Chăm sóc An toàn này (Thỏa thuận) áp dụng cho bệnh nhân và, khi thích hợp, các thành viên gia đình, người chăm sóc, người đại diện cá nhân và khách đi cùng bệnh nhân hoặc liên lạc với Opsam Health thay mặt bệnh nhân.

Bằng việc ký Thỏa thuận này dưới đây, tôi xác nhận rằng tôi đã được cung cấp các yêu cầu về quy tắc ứng xử và hiểu các yêu cầu đó. Thỏa thuận này không từ bỏ các quyền của bệnh nhân và không giới hạn quyền được chăm sóc cấp cứu, quyền nộp khiếu nại hoặc phản ánh, quyền yêu cầu hồ sơ y tế hoặc bất kỳ sự bảo vệ nào về quyền dân sự.

1. Tôn trọng lẫn nhau và không phân biệt đối xử

- Opsam Health sẽ cung cấp dịch vụ không phân biệt đối xử và áp dụng chính sách này một cách nhất quán, không phân biệt đối xử.
- Bệnh nhân có thể yêu cầu hỗ trợ ngôn ngữ, phương tiện hỗ trợ, bằng dạng dễ tiếp cận hoặc được điều chỉnh hợp lý cho người khuyết tật mà không phải trả phí.
- Nếu hành vi có thể liên quan đến tình trạng bệnh lý, khuyết tật, sang chấn, khả năng tiếng Anh hạn chế, suy giảm nhận thức, tình trạng sức khỏe tâm thần hoặc vấn đề sử dụng chất gây nghiện, Opsam Health sẽ cân nhắc các biện pháp hợp lý, an toàn và phù hợp về mặt lâm sàng như giảm căng thẳng, dịch vụ thông dịch, phương tiện hỗ trợ, điều chỉnh cách giao tiếp, có người hỗ trợ tham gia hoặc sắp xếp lại lịch trước khi hạn chế chăm sóc không cấp cứu.
- Opsam Health có thể thực hiện ngay các biện pháp an toàn khi có mối đe dọa có thực, bạo lực, vũ khí, theo dõi rình rập, quấy rối, hư hại tài sản hoặc hành vi khác tạo ra nguy cơ tức thời đối với nhân viên, bệnh nhân, khách đến thăm hoặc chính bệnh nhân.

2. Những điều được mong đợi đối với bệnh nhân, gia đình, người chăm sóc và khách đến thăm

Tôi đồng ý rằng tôi và bất kỳ người nào đi cùng tôi hoặc liên lạc với Opsam Health thay mặt tôi sẽ tuân thủ các yêu cầu sau:

- Sử dụng lời nói và hành vi tôn trọng đối với nhân viên, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bệnh nhân và khách đến thăm.
- Không đe dọa, uy hiếp, quấy rối, theo dõi quấy rối, xô đẩy, đánh, ném đồ vật, làm hư hại tài sản, chặn lối thoát hoặc có hành vi hung hăng.
- Không sử dụng lời lẽ miệt thị, bình luận xúc phạm hoặc ngôn ngữ hay hành vi hạ thấp hoặc phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, quốc tịch, tình trạng nhập cư, ngôn ngữ chính, tôn giáo, giới tính, thai kỳ, bản dạng hoặc biểu hiện giới, xu hướng tính dục, tuổi tác, khuyết tật, tình trạng bệnh lý, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, nguồn thanh toán hoặc bất kỳ đặc điểm nào khác được pháp luật bảo vệ.
- Không mang vũ khí hoặc vật dụng nguy hiểm vào cơ sở của Opsam Health, ngoại trừ nhân viên thực thi pháp luật được ủy quyền hoặc trường hợp khác theo yêu cầu của pháp luật.

- Không sử dụng rượu, thuốc lá, cần sa, ma túy bất hợp pháp hoặc lạm dụng thuốc kê đơn trong khuôn viên Opsam Health. Điều này không ngăn cản việc dùng thuốc đúng theo chỉ định hoặc được cho phép.
- Không đến phòng khám trong tình trạng cản trở việc chăm sóc an toàn hoặc tạo ra nguy cơ về an toàn. Nếu điều này xảy ra, Opsam Health có thể sắp xếp lại lịch chăm sóc không khẩn cấp và giúp xác định các phương án chăm sóc an toàn hơn.
- Tôn trọng quyền riêng tư. Không chụp ảnh, quay video hoặc ghi âm nhân viên, bệnh nhân, khách đến thăm, hồ sơ y tế, màn hình máy tính hoặc khu vực phòng khám khi chưa được phép. Không vào khu vực hạn chế.
- Không trộm cắp, làm sai lệch thông tin, sử dụng sai danh tính của người khác, can thiệp vào thiết bị của phòng khám hoặc tham gia hoạt động bất hợp pháp.
- Tuân theo các hướng dẫn hợp lý về an toàn tại phòng khám, thủ tục hẹn khám, giới hạn khách đến thăm, yêu cầu kiểm soát nhiễm khuẩn và quy tắc liên lạc qua telehealth/cổng thông tin.
- Giám sát trẻ em và khách đi cùng tôi, trừ khi đã có thỏa thuận khác với nhân viên.

4. Điều gì có thể xảy ra nếu không tuân thủ các yêu cầu

Opsam Health sẽ lựa chọn cách xử lý dựa trên mức độ nghiêm trọng của hành vi, sự an toàn của bệnh nhân, sự an toàn của nhân viên, mức độ khẩn cấp lâm sàng, các sự cố trước đây và pháp luật áp dụng. Các cách xử lý có thể bao gồm:

- Nhắc nhở, hướng dẫn lại bằng lời nói hoặc cảnh báo bằng văn bản.
- Yêu cầu chấm dứt hành vi, chuyển sang khu vực khác, sử dụng phương thức liên lạc khác hoặc giới hạn việc liên lạc qua một đầu mối hay kênh được chỉ định.
- Sắp xếp lại lịch hoặc chuyển một buổi khám không khẩn cấp sang telehealth hoặc địa điểm an toàn khác khi phù hợp về mặt lâm sàng.
- Yêu cầu bệnh nhân hoặc khách rời phòng khám trong ngày nếu việc đó an toàn về mặt lâm sàng.
- Lập kế hoạch hành vi hoặc tổ chức cuộc họp với lãnh đạo phòng khám hay nhóm chăm sóc.
- Có sự tham gia của nhân viên an ninh, cơ quan thực thi pháp luật hoặc lực lượng ứng phó khẩn cấp nếu có bạo lực, mối đe dọa đáng tin cậy, vũ khí, theo dõi quấy rối, quấy rối, hư hại tài sản hoặc nguy cơ an toàn tức thời khác.
- Xem xét khả năng chấm dứt mối quan hệ giữa bệnh nhân và nhà cung cấp dịch vụ khi hành vi lặp lại, nghiêm trọng, không an toàn hoặc mối quan hệ điều trị không còn có thể tiếp tục an toàn.

Các giới hạn quan trọng đối với việc chấm dứt chăm sóc: Opsam Health sẽ không chấm dứt hoặc hạn chế chăm sóc chỉ vì một đặc điểm được pháp luật bảo vệ, khuyết tật, yêu cầu hỗ trợ ngôn ngữ hoặc điều chỉnh hợp lý, việc nộp khiếu nại hoặc phản ánh, thực hiện quyền của bệnh nhân hoặc không có khả năng thanh toán khi pháp luật hoặc quy định của bên thanh toán cấm chấm dứt chăm sóc. Trước khi chấm dứt chăm sóc không cấp cứu, Opsam Health sẽ xem xét các yếu tố về an toàn, lâm sàng, quyền dân sự, bên thanh toán và tính liên tục của chăm sóc.

5. Nếu Opsam Health chấm dứt mối quan hệ giữa bệnh nhân và nhà cung cấp dịch vụ

Nếu Opsam Health quyết định chấm dứt mối quan hệ, Opsam Health sẽ gửi thông báo bằng văn bản, trừ khi tình huống an toàn tức thời đòi hỏi cách xử lý hợp pháp khác. Thông báo thường sẽ bao gồm:

- Ngày chấm dứt có hiệu lực, thông thường ít nhất 30 ngày kể từ ngày thông báo, trừ khi pháp luật cho phép thời hạn ngắn hơn do nguy cơ an toàn tức thời hoặc hoàn cảnh khác.
- Cách bệnh nhân có thể nhận chăm sóc khẩn cấp nhưng không phải cấp cứu trong phạm vi dịch vụ của Opsam Health trong thời gian thông báo, khi phù hợp và an toàn về mặt lâm sàng.
- Hướng dẫn gọi 911 hoặc đến phòng cấp cứu gần nhất trong trường hợp cấp cứu.
- Thông tin chuyển tiếp hợp lý, có thể bao gồm nguồn giới thiệu, thông tin liên lạc của chương trình bảo hiểm/dịch vụ hội viên, thông tin cấp thuốc tạm thời hoặc cấp lại thuốc khi phù hợp về mặt lâm sàng và hướng dẫn chuyển hồ sơ y tế.
- Cách liên lạc với Opsam Health về hồ sơ y tế, quy trình khiếu nại và bất kỳ quan ngại nào về quyền dân sự hoặc khả năng tiếp cận.

6. Xác nhận của bệnh nhân

Tôi đã đọc và/hoặc được giải thích các yêu cầu về hành vi nêu trên và đã được tạo cơ hội đặt câu hỏi về thông tin trong Thỏa thuận này. Tôi hiểu rằng hành vi không an toàn, gây rối và/hoặc không phù hợp lặp lại có thể dẫn đến cảnh báo, bị yêu cầu rời đi trong ngày, các hạn chế về an toàn hoặc chấm dứt mối quan hệ giữa bệnh nhân và nhà cung cấp dịch vụ sau khi xem xét và thông báo thích hợp. Tôi hiểu rằng Thỏa thuận này không từ bỏ các quyền của tôi, bao gồm quyền được chăm sóc cấp cứu, không bị phân biệt đối xử, quyền riêng tư, tiếp cận hồ sơ y tế, hỗ trợ ngôn ngữ, tiếp cận dành cho người khuyết tật và nộp khiếu nại hoặc phản ánh. Tôi đã nhận hoặc được đề nghị cung cấp Thông báo về Quyền và Trách nhiệm của Bệnh nhân cùng thông tin về khiếu nại của Opsam Health.

Chữ ký:

Ngày:

Họ tên viết rõ:

Mối quan hệ/Thẩm quyền:

Staff Use Only - Patient Refused to Sign

Staff Name

Signature

Date

THÔNG BÁO VỀ CƠ SỞ DỮ LIỆU OPEN PAYMENTS

Opsam Health cung cấp thông báo này cho bệnh nhân theo yêu cầu của luật California.

Cơ sở dữ liệu Open Payments là một công cụ liên bang dùng để tra cứu các khoản thanh toán của công ty dược phẩm và thiết bị cho bác sĩ và bệnh viện giảng dạy. Có thể truy cập tại: <https://openpaymentsdata.cms.gov>

Cơ sở dữ liệu này chỉ nhằm mục đích cung cấp thông tin. Cơ sở dữ liệu không ảnh hưởng đến việc chăm sóc, điều kiện nhận dịch vụ hoặc chi phí chăm sóc của quý vị tại Opsam Health.

Vui lòng hỏi nhân viên nếu quý vị cần giúp tìm trang web hoặc hiểu thông báo này.

XÁC NHẬN ĐÃ NHẬN

Bằng việc ký tên dưới đây, bệnh nhân, cha mẹ hoặc người đại diện hợp pháp xác nhận đã nhận thông báo này.

Chữ ký:

Ngày:

Tên bệnh nhân/người đại diện:

Mối quan hệ/Thẩm quyền:
