

**Chấp Thuận Điều Trị, Chi Trả và Thông Báo về các
Thực Hành Quyền Riêng Tư**
(Áp dụng cho các dịch vụ ngoại trú)

Đề Điều Trị:

Tôi, đại diện cho bản thân tôi (hoặc bệnh nhân được nêu tên bên dưới), qua đây chấp thuận và ủy quyền điều trị y khoa có thể bao gồm khám, điều trị và các thủ thuật chẩn đoán mà (các) bác sĩ hoặc các nhà cung cấp thích hợp khác tại Advocate Aurora Health đã tư vấn cho tôi và được xem là cần thiết về mặt y tế. Tôi hiểu rằng các nhà cung cấp dịch vụ y tế đang được đào tạo có thể tham gia hoạt động điều trị cho tôi dưới sự giám sát của đội ngũ nhân viên thích hợp.

Tiết lộ Thông tin:

Thông qua đây, tôi ủy quyền cho Advocate Aurora Health tiết lộ bất kỳ thông tin y tế nào cần thiết để xử lý các yêu cầu bồi thường bảo hiểm (bao gồm các thông tin liên quan đến điều trị lạm dụng chất gây nghiện, lạm dụng rượu hay bệnh tâm thần).

Ủy quyền Chi trả:

Bên cạnh đó, tôi ủy quyền chi trả mọi quyền lợi bảo hiểm y tế trực tiếp cho Advocate Aurora Health đối với những dịch vụ đã được cung cấp cho tôi hoặc người phụ thuộc vào tôi. Việc ủy quyền này được áp dụng với bất kỳ lợi ích bảo hiểm nào đang có hiệu lực vào thời điểm cung cấp các dịch vụ đó.

Chi trả:

Thông qua đây, tôi đồng ý thanh toán toàn bộ số dư trong tài khoản của tôi theo các chính sách Chi trả và Tín dụng của Advocate Aurora Health, có thể bao gồm các khoản phí hợp lý dành cho luật sư. Số dư đến hạn bao gồm các khoản dự phòng phải trả do công ty bảo hiểm của tôi đặt ra, chẳng hạn như các khoản đồng trả, các khoản khấu trừ và các khoản trợ cấp "thông thường và theo thông lệ". Advocate Aurora Health có quyền thay đổi các khoản phí và chính sách mà không cần thông báo trước.

Các Dịch Vụ Của Nhà Cung Cấp Độc Lập:

Tôi xác nhận và hoàn toàn hiểu rằng chỉ có những bác sĩ/nhà cung cấp dịch vụ được xác định rõ là nhân viên của Advocate Aurora Health mới là những người đại diện của Advocate Aurora Health. Các bác sĩ/nhà cung cấp dịch vụ không phải là những nhân viên của cơ sở này là những nhà cung cấp dịch vụ độc lập được phép sử dụng cơ sở vật chất của Advocate Aurora để cung cấp các dịch vụ chăm sóc và điều trị y tế. Các bác sĩ/nhà cung cấp dịch vụ độc lập này đưa ra nhận định y khoa của riêng họ trong khi điều trị cho tôi hoặc cung cấp các dịch vụ chuyên nghiệp cho tôi. Tôi hiểu rằng tôi nên đưa ra cho bác sĩ của tôi bất kỳ câu hỏi nào mà tôi có thể có về tình trạng công việc của họ. Quyết định tìm kiếm dịch vụ chăm sóc y tế của tôi không dựa trên bất kỳ sự hiểu biết, cam kết, quảng cáo, chiến dịch truyền thông, suy luận, giả định hay tín nhiệm nào liên quan đến việc các bác sĩ/nhà cung cấp dịch vụ cho tôi là nhân viên hoặc đại diện của Advocate Aurora Health.

Thông báo về các Thực hành Quyền Riêng tư và Các Quyền lợi và Trách nhiệm:

Tôi xác nhận rằng Advocate Aurora Health đã cung cấp cho tôi một bản sao của Thông báo của họ về các Thực hành Quyền riêng tư. Tôi hiểu rằng Thông báo này mô tả các thực hành quyền riêng tư của Advocate Aurora về việc sử dụng và/hoặc tiết lộ các thông tin y tế của bệnh nhân. Tôi xác nhận rằng tôi đã nhận được thông báo bằng lời nói và văn bản về các quyền và trách nhiệm của tôi khi là bệnh nhân.

Chữ ký của tôi dưới đây đồng nghĩa với việc tôi xác nhận rằng tôi đã đọc, hiểu và đồng ý tuân thủ các điều khoản của bản chấp thuận này, bao gồm cả ngôn ngữ cụ thể liên quan đến các dịch vụ của bác sĩ độc lập. Tôi đã có cơ hội nêu câu hỏi và đã nhận được câu trả lời thỏa đáng cho bất kỳ câu hỏi nào.

_____ Ngày (Date)	_____ Thời gian (Time)	_____ Chữ ký của Bệnh nhân (Patient Signature)	
_____ Ngày (Date)	_____ Thời gian (Time)	_____ Đại diện Hợp pháp (Legal Representative)	_____ Quan hệ với Bệnh nhân (Relationship to Patient)

Interpreter Assistance: If an interpreter assisted, please complete the following: Language: _____

_____ Date	_____ Time	_____ Interpreter Name	_____ ID#
---------------	---------------	---------------------------	--------------

