

ĐỒNG Ý ĐIỀU TRỊ CHO NGƯỜI LỚN

Tôi, _____, cho phép các nhà cung cấp và nhân viên của Community Health Care, Inc. (CHC) đánh giá và điều trị các nhu cầu sức khỏe của tôi. Điều này bao gồm bất cứ điều gì cần thiết để chẩn đoán tôi; bất kỳ bức ảnh nào cần thiết để điều trị các nhu cầu y tế của tôi, bất kỳ bức ảnh nào hoặc bất kỳ phương pháp điều trị nào do các nhà cung cấp CHC đặt hàng.

Tôi cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe / tài chính cần thiết để tiến hành kiểm toán và / hoặc xử lý các yêu cầu bảo hiểm bao gồm: HIV, sức khỏe tâm thần, STDs, xét nghiệm di truyền và lạm dụng ma túy. Tôi cũng cho phép thanh toán yêu cầu bồi thường cho các dịch vụ được thanh toán cho CHC thay mặt cho nhà cung cấp. Tôi cũng yêu cầu các phúc lợi của chính phủ được trả cho CHC thay mặt cho nhà cung cấp chấp nhận chúng.

GIAO TIẾP VỚI GIA ĐÌNH VÀ NHỮNG NGƯỜI KHÁC LIÊN QUAN ĐẾN VIỆC CHĂM SÓC CỦA BẠN

Vui lòng liệt kê bất kỳ thành viên nào trong gia đình hoặc những người khác có thể tham gia vào việc điều phối việc chăm sóc hoặc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của bạn. Ngoài ra, vui lòng cho biết loại thông tin nào có thể được chia sẻ với mỗi người. **(Chọn bên dưới)**

Tôi sẽ chỉ cho phép các tên sau được liệt kê bên dưới đồng ý cho các mục đã chọn.

Nó không cho phép phát hành hồ sơ, điều này sẽ yêu cầu phát hành thông tin có chữ ký riêng biệt.

TÊN	Mối quan hệ	Tất cả	Lập kế hoạch/ Hẹn	Thăm văn phòng	Thanh toán	thuốc men	HIV
		☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hướng dẫn hoặc giới hạn cụ thể: _____

Tôi đồng ý để lại thông tin chi tiết về tin nhắn thoại và / hoặc gửi tin nhắn văn bản chi tiết. Điều này có thể bao gồm kết quả phòng thí nghiệm, kết quả xét nghiệm, thông tin biểu mẫu / hồ sơ và thông tin thuốc. Điều này SẼ KHÔNG bao gồm sức khỏe tâm thần, sử dụng chất kích thích, bệnh lây truyền qua đường tình dục, xét nghiệm di truyền và thông tin HIV. Chúng tôi sẽ cần nói chuyện trực tiếp với bạn về loại thông tin này. Bạn có trách nhiệm đảm bảo chúng tôi có số điện thoại mới nhất của bạn trong hồ sơ.

Vui lòng đánh dấu lựa chọn của bạn để tham gia nhận tin nhắn thoại và tin nhắn văn bản chi tiết.

☐ Có, tôi đồng ý☐ Không, tôi không đồng ý

Chúng tôi sẽ tiếp tục dựa vào thông tin trên biểu mẫu này khi liên lạc với các thành viên gia đình hoặc những người khác liên quan đến việc chăm sóc của bạn trừ khi bạn yêu cầu thay đổi. Tôi biết rằng tôi cần cập nhật mẫu chấp thuận và thông báo cho CHC ngay lập tức nếu cần thay đổi về nhân khẩu học, bảo hiểm, v.v. Sự đồng ý này có giá trị cho đến khi tôi yêu cầu CHC hủy bỏ nó.

Chữ ký: _____**Ngày:** _____**Tên:** _____**Ngày sinh:** _____