

**COMMUNITY HEALTH CARE, INC.**  
**ĐỒNG Ý CHO CHỮA TRỊ (CONSENT FOR TREATMENT ADULT)**

**BỆNH NHÂN (PATIENT):** \_\_\_\_\_ **CHART NO:** \_\_\_\_\_  
**Tháng/ngày/năm sinh (DOB):** \_\_\_\_\_

Tôi, \_\_\_\_\_ đồng ý cho những nhân viên y tế và những nhân viên có liên quan trong việc chăm sóc sức khỏe của tôi tại Community Health Care Inc. được xem xét và chữa trị những gì cần thiết cho sức khỏe của bệnh nhân. Sự đồng ý này bao gồm cho phép để hoàn tất những bước chuẩn bị chữa trị và chích ngừa theo chỉ định của nhân viên y tế tại CHC.

- Tôi đã nhận được bản sao (copy) về những quyền lợi và trách nhiệm của bệnh nhân và đã có cơ hội để hỏi về những điều thắc mắc có liên quan đến nó.
- Tôi đã nhận được bản sao về Sự Bảo Quản Tài Liệu. Tôi có thể yêu cầu một bản sao nếu tôi cần.
- Sau khi gặp bác sĩ, chúng tôi sẽ cung cấp bảng báo cáo về y tế của bạn. Chúng tôi sẽ không chịu trách nhiệm về mặt pháp lý cho sự riêng tư của thông tin nếu bạn làm thất lạc hay mất nó

Tôi đồng ý cho Community Health Care để lại thông tin chi tiết về thư thoại. Điều này có thể bao gồm kết quả thử nghiệm, hình thức/ghi lại thông tin và thông tin thuốc. **Sẽ không** bao gồm sức khỏe tâm thần, sử dụng chất, bệnh lây truyền qua đường tình dục, thử nghiệm di truyền và thông tin HIV. Chúng tôi sẽ cần phải nói chuyện với bạn trực tiếp về loại thông tin này.

**Trách nhiệm của bạn là cập nhật số điện thoại mới để đảm bảo chúng tôi có số điện thoại mới nhất trên hồ sơ.**

**Xin vui lòng đánh dấu lựa chọn của bạn về tham gia nhận được tin nhắn thoại chi tiết**

- Có
- Không

Tôi biết rằng tôi cần phải cập nhật bản đồng ý nếu có thay đổi cần phải được thực hiện. Bản chấp thuận này có hiệu lực cho đến khi tôi thông báo CHC để hủy bỏ nó.

Họ tên bệnh nhân: _____ Tháng, ngày, năm sanh: _____ <b>(Patient Name)</b> <b>(DOB)</b>	Số hồ sơ: _____ <b>chart #</b>
--	-----------------------------------

Làm ơn kê ra bất cứ những người trong gia đình hoặc những người khác mà có thể thảo luận về việc liên quan đến sự chăm sóc sức khỏe của ông/bà hoặc việc trả tiền về chăm sóc sức khỏe. Cũng như, cho biết những tài liệu nào có thể chia sẻ với người đó

TÊN HỌ	Sự liên hệ với bệnh nhân:	Loại tài liệu (TYPE OF INFORMATION)						
		Toàn bộ	Lịch trình các cuộc hẹn	Bệnh lý	Tính tiền / bảo hiểm	Nha khoa	Tài liệu vé bệnh HIV	Toa thuốc
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Những chỉ dẫn riêng hoặc giới hạn:**

---



---

**Chúng tôi sẽ tiếp tục dựa vào những dữ kiện trong cái đơn này khi nói chuyện với các thành viên trong gia đình của bệnh nhân hoặc những người khác có liên quan đến sự chăm sóc sức khỏe trừ phi bạn đòi hỏi thay đổi. Nếu bạn cần sửa đổi các tài liệu của mình xin vui lòng đến điền đơn mới.**

**Tôi đồng ý cho Community Health Care gửi tin nhắn nhắc nhở cho tôi về các cuộc hẹn, địa điểm, ngày giờ hẹn. CHC sẽ tiếp tục gửi tin nhắn cho cho đến khi tôi yêu cầu họ dừng lại. Thư và dữ liệu tỷ lệ có thể áp dụng.**

Có                      Số điện thoại di động: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Tên của bệnh nhân

\_\_\_\_\_  
 Chữ ký của bệnh nhân/Người đại diện hợp pháp

\_\_\_\_\_  
 Tháng/Ngày/năm

adult01-update 05/13/13