



CHÚNG TÔI RẤT VUI VÌ QUÝ VỊ ĐÃ CHỌN CHÚNG TÔI

Chào mừng quý vị đến với Digestive Care Physicians. Chúng tôi rất vinh dự khi quý vị lựa chọn chúng tôi để chăm sóc cho nhu cầu về Hệ Tiêu hóa của quý vị. Mục tiêu của chúng tôi là cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cao nhất cho tất cả bệnh nhân một cách kịp thời và tôn trọng.

Trong buổi khám đầu tiên, quý vị sẽ gặp một trong các bác sĩ hoặc phụ tá bác sĩ của chúng tôi. Nếu bác sĩ giới thiệu quý vị gửi quý vị đi làm nội soi kết tràng hoặc EGD, các thủ tục này sẽ được cho hẹn **SAU** buổi hẹn của quý vị với một trong các nhà cung cấp dịch vụ của chúng tôi.

Quý vị sẽ cần phải mang theo thẻ bảo hiểm và giấy tờ nhận dạng có hình đến mỗi buổi hẹn. Sau buổi khám đầu tiên của quý vị, vui lòng cho nhân viên của chúng tôi biết nếu thông tin của quý vị đã thay đổi kể từ buổi hẹn trước đó. Quý vị sẽ được yêu cầu điền các giấy tờ ghi danh mới hàng năm để chúng tôi có thể cập nhật thông tin của quý vị.

Quý vị sẽ phải trả tất cả các khoản tiền đồng trả và số tiền đã quá hạn vào thời điểm nhận dịch vụ, trừ khi có thỏa thuận trước với ban lập hóa đơn của chúng tôi.

Chúng tôi đề nghị quý vị thu xếp trước để dành nhiều thời gian cho buổi hẹn của quý vị khi tới văn phòng. Quý vị có thể được yêu cầu dời buổi hẹn sang ngày giờ khác nếu đến trễ quá 15 phút. Chúng tôi sẽ cố gắng giữ đúng giờ. Đôi khi phát sinh trường hợp khẩn cấp liên quan đến bệnh nhân nên chúng tôi có thể trễ hẹn với quý vị. Khi đó quý vị có thể dời lại buổi hẹn sang ngày giờ khác hoặc chờ được khám và chúng tôi sẽ thường xuyên cập nhật cho quý vị về thời gian chậm trễ.

Vui lòng mang theo tất cả hồ sơ y khoa nào cùng với quý vị, bao gồm kết quả xét nghiệm, báo cáo thủ tục hoặc báo cáo chụp quang tuyến X. Vui lòng mang theo tất cả các thuốc theo toa và thuốc mua không cần toa tới mỗi buổi hẹn khám.

Chúng tôi hiểu rằng đôi khi cần phải thay đổi buổi hẹn, vì vậy chúng tôi xin quý vị gọi trước nếu không thể giữ buổi hẹn đã sắp xếp cho quý vị.

Cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chuyên nghiệp chất lượng cao nhất cho bệnh nhân là mục tiêu quan trọng của chúng tôi. Chúng tôi cố gắng trả lời ngay tất cả mọi cuộc gọi; tuy nhiên nếu quý vị cần để lại tin nhắn, chúng tôi sẽ cố gắng gọi lại cho quý vị trong cùng ngày. Nếu quý vị cần mua tiếp thuốc, vui lòng liên lạc trước với văn phòng vì nhân viên của chúng tôi phải nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị trước khi gửi toa đặt mua tiếp thuốc cho nhà thuốc của quý vị.

Nếu cần gặp bác sĩ sau giờ làm việc, quý vị có thể gọi dịch vụ trả lời điện thoại của chúng tôi tại số (770) 2272222. Giờ chăm sóc chữa trị cho bệnh nhân của văn phòng chúng tôi là từ thứ hai đến hết thứ năm, 8 giờ sáng – 5 giờ chiều và thứ sáu từ 8 giờ sáng đến 3 giờ chiều.

Chào mừng quý vị đến với văn phòng của chúng tôi và một lần nữa xin cảm ơn quý vị đã chọn Digestive Care Physicians cho tất cả các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Trân trọng,
Digestive Care Physicians

THÔNG TIN LIÊN LẠC CỦA BỆNH NHÂN

*Họ _____ Tên Gọi _____ Tên đệm viết tắt _____ Tên trước đây (nếu có):

Địa chỉ gửi thư: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã bưu điện: _____

Điện thoại nhà _____ Điện thoại di động _____ Điện thoại tại sở làm _____

Để nhận cuộc gọi nhắc hẹn tự động, vui lòng cho biết số điện thoại mà quý vị muốn sử dụng: (Khoanh tròn một lựa chọn)

Điện thoại nhà _____ Điện thoại di động _____ Điện thoại tại sở làm _____ Đồng thời thông báo bằng: Cổng thông tin dành cho bệnh nhân
 Tin nhắn điện thoại:

Thời gian muốn được gọi: Buổi sáng Buổi chiều Buổi tối

*Bác sĩ chăm sóc chính: _____ *Ai giới thiệu quý vị đến đây? _____

Ngày sinh _____ Giới tính _____ Tình trạng hôn nhân: Đã kết hôn Độc thân Đã ly hôn Góa

Số An sinh xã hội _____ - _____ - _____

Hãng sở _____ Tình trạng việc làm: Làm việc toàn thời gian, đã nghỉ hưu, tự kinh doanh, thất nghiệp, đang đi học

Địa chỉ của hãng sở: _____ Có để lại tin nhắn ở nơi làm việc không? Có / Không

Người liên lạc trong trường hợp khẩn cấp _____ Mối quan hệ: _____ Điện thoại _____

Người chịu trách nhiệm trả hóa đơn (khoanh tròn một lựa chọn): Bản thân _____
Người liên lạc trong trường hợp khẩn cấp _____
Người khác _____

Nếu là Người khác, cho biết quan hệ: _____

Tôi có/không cho phép Digestive Care Physicians, LLC thảo luận về các buổi hẹn, buổi khám đánh giá, điều trị và kết quả của tôi cho những người họ hàng thân thích hoặc những người khác như đã chỉ định. _____

THÔNG TIN VỀ BẢO HIỂM

*Bảo hiểm chính _____ Địa chỉ _____

Số điện thoại _____ Thành phố, Tiểu bang, Mã bưu điện _____

Hợp đồng bảo hiểm số _____ Nhóm số/Tên _____

Tên và ngày tháng năm sinh của Người có Hợp đồng bảo hiểm _____

Cần có Chứng nhận trước cho các dịch vụ đối với bệnh nhân NỘI TRÚ hoặc bệnh nhân NGOẠI TRÚ không?

Không Có: điện thoại _____

*Bảo hiểm phụ _____ Địa chỉ _____

Số điện thoại _____ Thành phố, Tiểu bang, Mã bưu điện _____

Hợp đồng bảo hiểm số _____ Nhóm số/Tên _____

Tên và ngày tháng năm sinh của Người có Hợp đồng bảo hiểm _____ Cần có Chứng nhận trước

cho các dịch vụ đối với bệnh nhân NỘI TRÚ hoặc bệnh nhân NGOẠI TRÚ không? Không Có: điện thoại _____

THÔNG TIN KHÁC

*Tôi cho phép DCP tiết lộ thông tin y khoa của tôi để lập hóa đơn yêu cầu bảo hiểm trả tiền. _____ (tên viết tắt)

*Tôi cho phép DCP xem thông tin về quá trình mua thuốc theo toa của tôi từ các nguồn bên ngoài _____ (tên viết tắt)

*Tôi có Bản Chỉ dẫn Trước/Di chúc lập khi còn sống mà tôi muốn lưu trong hồ sơ: Có / Không

Đánh dấu ở đây nếu quý vị không muốn cho gửi hóa đơn đến địa chỉ bưu tín của quý vị.
(Quý vị vẫn có thể xem hóa đơn này trên cổng thông tin dành cho bệnh nhân của quý vị)

Địa chỉ nhà (nếu khác với địa chỉ bưu tín): _____

Địa chỉ email (bắt buộc phải cung cấp) _____

*Sắc tộc/Chủng tộc: Người Mỹ bản xứ/Người Alaska bản xứ Người Á châu Người Hawaii bản xứ
 Người gốc sắc tộc nói tiếng Tây Ban Nha Người da trắng/Người gốc Cáp-ca
 Người da đen/Người Mỹ gốc Phi châu Người Đảo Thái Bình Dương Khác
 Sắc tộc khác

*Sử dụng ngôn ngữ khác không phải là tiếng Anh? _____

Công ty xét nghiệm muốn sử dụng (nếu có): *LabCorp* *Quest* *Công ty khác:* _____

*Bảo hiểm của quý vị có thể có các yêu cầu cụ thể.

Tên nhà thuốc: _____ Địa chỉ: _____ Điện thoại: _____

Tên nhà thuốc đặt mua qua bưu điện: _____ Địa chỉ: _____ Điện thoại: _____

CHẤP THUẬN

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và đồng ý với “**THÔNG BÁO VỀ CÁC PHƯƠNG THỨC BẢO VỆ THÔNG TIN RIÊNG TƯ**”, “**CÁC TRÁCH NHIỆM CỦA BỆNH NHÂN**” và “**NỘI SOI KẾT TRÀNG ĐỂ TÌM SOÁT BỆNH SO VỚI CHUẨN ĐOÁN**” và tôi có thể lấy một bản sao trên trang mạng và/hoặc được cung cấp cho tôi khi có yêu cầu.

Tôi ký tên dưới đây cho phép tiết lộ bất kỳ thông tin sức khỏe bảo mật nào, kể cả thông tin liên quan đến việc chăm sóc chữa trị tâm thần, cai nghiện rượu và ma túy và HIV/AIDS, khi cần để giải quyết các yêu cầu hoàn trả bảo hiểm hoặc bất kỳ thông tin y khoa nào khác cần có cho bất kỳ hoạt động bảo đảm chất lượng hoặc duyệt xét việc sử dụng dịch vụ liên quan đến chăm sóc sức khỏe nào hoặc cho bất kỳ chuyên gia y tế nào cần có thông tin này để điều trị cho tôi.

Tôi ký tên dưới đây chuyển nhượng và cho phép trả cho **DIGESTIVE CARE PHYSICIANS, LLC** bất kỳ quyền lợi bảo hiểm y tế và/hoặc giải phẫu, trong đó bao gồm các hợp đồng bảo hiểm y tế chính, mà tôi được hưởng theo bất kỳ (các) hợp đồng bảo hiểm nào, bất kỳ chương trình tự bảo hiểm nào, hoặc bất kỳ dạng chương trình quyền lợi nào. Tôi hiểu và xác nhận rằng việc chuyển nhượng quyền lợi này không miễn cho tôi trách nhiệm tài chính đối với tất cả các khoản phí và lệ phí y khoa mà tôi hoặc bất kỳ ai đại diện cho tôi làm phát sinh. Tôi ký tên dưới đây là tôi nhận trách nhiệm đó, bao gồm nhưng không giới hạn ở việc thanh toán khoản phí và lệ phí không được hoàn trả trực tiếp cho **DIGESTIVE CARE PHYSICIANS, LLC** bởi bất kỳ hợp đồng bảo hiểm, chương trình tự bảo hiểm hoặc chương trình quyền lợi nào khác.

Sự cho phép này sẽ tiếp tục có hiệu lực cho đến khi có văn bản hủy bỏ của tôi. Bản sao của giấy cho phép này sẽ được coi là có giá trị và hiệu lực như là bản gốc. Tôi hiểu rằng tôi có quyền nhận được một bản sao của giấy cho phép này.

Người đưa ra sự cho phép: _____ Quan hệ với bệnh nhân (nếu không phải là bệnh nhân) _____

Chữ ký của bệnh nhân / Cha mẹ, Phụ huynh/Người giám hộ

Ngày

Trách nhiệm tài chính của bệnh nhân

- Bệnh nhân có trách nhiệm trả mọi khoản phí phát sinh. Chúng tôi sẽ gửi hồ sơ cho bảo hiểm giúp quý vị; tuy nhiên bệnh nhân có trách nhiệm cung cấp cho chúng tôi thông tin bảo hiểm đầy đủ và chính xác vào thời điểm tới khám. Nếu không làm như vậy, bệnh nhân sẽ phải chịu trách nhiệm trả toàn bộ chi phí chăm sóc chữa trị của mình.
- Tất cả các bệnh nhân đều phải cung cấp thẻ bảo hiểm vào thời điểm ghi tên vào khám trong mỗi buổi khám.
- Bệnh nhân có trách nhiệm bảo đảm biết rõ các quyền lợi có trong chương trình bảo hiểm của mình, cũng như bảo đảm tuân thủ tất cả các quy chế quy định trong các quyền lợi bảo hiểm mà họ nhận được qua công ty bảo hiểm. Bệnh nhân có trách nhiệm trả bất kỳ lệ phí sử dụng dịch vụ ngoài mạng lưới nào do công ty bảo hiểm ấn định.
- Bệnh nhân phải cho văn phòng chúng tôi biết nếu có bất kỳ thay đổi nào về bảo hiểm, địa chỉ nhà, số điện thoại và bất kỳ thay đổi nào khác có liên quan.
- Vào thời điểm nhận dịch vụ, bệnh nhân phải trả tất cả các khoản đồng trả, các khoản khấu trừ và đồng bảo hiểm. Bệnh nhân có thể cần phải thu xếp trả góp cho bất kỳ số tiền còn dư nợ nào với ban lập hóa đơn của chúng tôi thì mới được gặp Nhà cung cấp dịch vụ.
- Những bệnh nhân không có bảo hiểm sẽ phải trả tiền cho buổi khám của mình vào thời điểm nhận dịch vụ, trừ khi ban lập hóa đơn của chúng tôi đã thu xếp phương cách thanh toán khác.
- Bệnh nhân sẽ bị tính \$35.00 lệ phí phạt do ngân phiếu trả bị lại đối với bất kỳ ngân phiếu nào bị trả lại cho ngân hàng của chúng tôi. Quý vị sẽ phải trả lệ phí phạt do ngân phiếu bị trả lại trước buổi khám tiếp theo và chúng tôi sẽ không còn có thể nhận ngân phiếu cho các buổi khám về sau.
- Quý vị sẽ nhận được một bản hóa đơn cho biết số tiền còn nợ. Sau 30 ngày chưa thanh toán, mỗi bản kết toán hóa đơn gửi thêm, tới tối đa là 3 lần, sẽ phải trả một khoản phí lập hóa đơn là \$5.00.
- Nếu trương mục của bệnh nhân không có hoạt động chi trả nào trong vòng 120 ngày, trương mục đó sẽ được chuyển cho một cơ quan truy thu nợ ở bên ngoài để truy thu. Bệnh nhân sẽ có trách nhiệm trả bất kỳ khoản lệ phí truy thu, chi phí, lãi suất và/hoặc lệ phí luật sư nào áp dụng cho số tiền chưa trả.
- Bệnh nhân có trách nhiệm cung cấp cho chúng tôi giấy giới thiệu hợp lệ từ bác sĩ chăm sóc chính (PCP) trước buổi khám nếu công ty bảo hiểm của quý vị yêu cầu. Nếu bệnh nhân không có được giấy giới thiệu hoặc bác sĩ chăm sóc chính (PCP) không cung cấp giấy giới thiệu trước buổi hẹn khám của bệnh nhân, thì buổi hẹn khám sẽ được dời sang ngày khác. Bất kỳ số tiền chưa trả nào phát sinh từ đó sẽ thuộc trách nhiệm của bệnh nhân.
- Bệnh nhân sẽ bị tính \$250.00 lệ phí phạt không đến thực hiện thủ tục nếu bệnh nhân không gọi trước để hủy hẹn và/hoặc dời hẹn trong vòng 48 giờ trước buổi hẹn thực hiện thủ tục. Cũng sẽ áp dụng \$25 lệ phí không tới hẹn đối với các buổi hẹn khám tại văn phòng. Tất cả những bệnh nhân không tới buổi hẹn đã sắp xếp trước sẽ có trách nhiệm trả các khoản lệ phí này trước buổi khám tiếp theo. Nếu bệnh nhân bỏ lỡ 3 buổi hẹn và không hủy hẹn hay dời hẹn sang ngày khác, Nhà cung cấp dịch vụ có thể không tiếp tục khám chữa bệnh cho họ tại văn phòng nữa.
- Bệnh nhân có thể bị tính \$25 lệ phí cho các giấy tờ do nhà cung cấp dịch vụ của quý vị điền, trong đó bao gồm FMLA, Khuyết tật, v.v.. Sẽ mất tới hai tuần để hoàn tất các giấy tờ.
- Để tránh gây phiền cho các bệnh nhân khác, bất kỳ bệnh nhân nào tới hẹn trễ có thể phải đợi cho đến khi những bệnh nhân có hẹn khác đã được khám hoặc dời hẹn sang ngày khác.

- Digestive Care Physicians sẽ tính \$25.00 lệ phí nếu bệnh nhân yêu cầu cung cấp hồ sơ y khoa của mình. Bệnh nhân phải trả khoản tiền này trước khi văn phòng cung cấp hồ sơ. Lưu ý rằng thời gian giải quyết các yêu cầu cung cấp hồ sơ y khoa thường mất khoảng 10 ngày làm việc.
- Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi cần hoàn trả một khoản tiền trong trương mục của quý vị, vui lòng liên lạc với ban lập hóa đơn của chúng tôi tại số 770-227-2222. Nếu phải hoàn trả tiền cho quý vị, họ sẽ thu xếp để gửi số tiền hoàn trả đó cho quý vị.
- Nếu quý vị không hoàn thành các trách nhiệm tài chánh, quý vị có thể không còn được khám chữa trị tại y viện hoặc quý vị phải trả hết toàn bộ số tiền còn nợ thì mới được tiếp tục điều trị.

Tên bệnh nhân: _____ Ngày sinh: _____

Chữ ký của bệnh nhân: _____ Ngày: _____

NỘI SOI KẾT TRÀNG TẦM SOÁT BỆNH so với NỘI SOI KẾT TRÀNG CHẨN ĐOÁN

Nếu hôm nay quý vị đến đây vì bác sĩ của quý vị gửi quý vị đến để thực hiện thủ tục “Nội soi kết tràng tầm soát bệnh” hoặc quý vị đã gặp một trong các nhà cung cấp dịch vụ của chúng tôi và họ đề nghị thực hiện thủ tục nội soi kết tràng, vui lòng đọc toàn bộ phần mẫu điền này. Quý vị sẽ cần nắm đầy đủ thông tin về các quy định hướng dẫn của tiểu bang và liên bang về các dịch vụ hoàn trả chi phí.

Dự luật tiên khởi “**Khám tầm soát ngừa bệnh**” CMS được thông qua vào tháng 1, 2011, trong đó quy định các bệnh nhân thực hiện thủ tục “**nội soi kết tràng tầm soát bệnh**” sẽ không có trách nhiệm phải trả tiền đồng bảo hiểm hoặc tiền khấu trừ.

Định nghĩa về “nội soi kết tràng tầm soát bệnh” theo các quy định hướng dẫn của CMS là như sau:

“Thủ tục nội soi kết tràng được thực hiện trên một bệnh nhân không có bất kỳ dấu hiệu hay triệu chứng nào trong các bộ phận đường tiêu hóa phía dưới TRƯỚC buổi khám/xét nghiệm đã thu xếp.”

Bất kỳ triệu chứng nào, chẳng hạn như thay đổi về thói quen đi cầu, tiêu chảy, táo bón, chảy máu hậu môn, thiếu máu, v.v. trước khi thực hiện thủ tục và được bác sĩ ghi là triệu chứng trong hồ sơ y khoa của quý vị có thể làm thay đổi quyền lợi bảo hiểm của quý vị từ nội soi kết tràng tầm soát bệnh sang nội soi kết tràng chẩn đoán.

Vui lòng lưu ý: Nếu quý vị đã thực hiện thủ tục nội soi kết tràng trong vòng 10 năm vừa qua và kết quả cho thấy quý vị có khối u trong kết tràng, quý vị **KHÔNG** hội đủ điều kiện hưởng Quyền lợi khám tầm soát ngừa bệnh. Trước đây quý vị chưa từng có khối u kết tràng. Thủ tục nội soi kết tràng của quý vị hiện là “theo dõi kết tràng” và được coi là thủ tục chẩn đoán.

Nếu quý vị dưới 50 tuổi và đến đây để thực hiện thủ tục nội soi kết tràng tầm soát bệnh, quý vị có thể không hội đủ điều kiện hưởng Quyền lợi khám tầm soát ngừa bệnh. ***Quý vị có trách nhiệm biết rõ về hợp đồng bảo hiểm của quý vị. Vui lòng liên lạc với công ty bảo hiểm của quý vị nếu có thắc mắc về quyền lợi trước buổi làm thủ tục.***

Vui lòng lưu ý rằng nếu trong khi thực hiện thủ tục, bác sĩ của quý vị tìm thấy một khối u hoặc mô phải cắt bỏ để làm xét nghiệm nghiên cứu bệnh học, các mẫu xét nghiệm này **KHÔNG** được đài thọ theo Quyền lợi khám tầm soát ngừa bệnh mà sẽ được tính vào tiền khấu trừ hoặc đồng bảo hiểm của quý vị.

Dự kiến sẽ nhận được 3 hoặc 4 hóa đơn cho thủ tục của quý vị:

- Dịch vụ bác sĩ
- Gây mê
- Xét nghiệm bệnh học
- Lệ phí cơ sở vật chất

Chúng tôi cố gắng hết sức để ghi mã chính xác cho thủ tục của quý vị với các kết quả chẩn đoán và cách điều chỉnh thích hợp. Mã số chính xác cho một thủ tục là do bác sĩ và tiểu sử bệnh án của quý vị quyết định. Việc đó không phải là do quyền lợi bảo hiểm hoặc công ty bảo hiểm của quý vị quyết định.

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu các quy định hướng dẫn này:

Tên bệnh nhân: _____ Ngày sinh: _____

Chữ ký của bệnh nhân: _____ Ngày: _____

THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ VỀ CÁCH THỨC CÓ THỂ SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN Y KHOA CỦA QUÝ VỊ VÀ CÁCH QUÝ VỊ CÓ THỂ XEM BIẾT THÔNG TIN NÀY. VUI LÒNG ĐỌC KỸ THÔNG BÁO NÀY.

Vì các mục đích của Thông báo về các phương thức bảo vệ thông tin riêng tư này (“Thông báo”), Digestive Care Physicians, LLC (“Y Viện”) và các bác sĩ cũng như các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác là nhân viên y khoa của Văn phòng (“Nhân viên y khoa”) cùng phối hợp cung cấp các dịch vụ y tế cho quý vị khi quý vị là bệnh nhân tại một trong các cơ sở điều trị bệnh nhân nội trú của Văn phòng hoặc các y viện hoặc cơ sở điều trị và chẩn đoán cho bệnh nhân ngoại trú. Tuy nhiên, các bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác là Nhân viên y khoa tham gia hành nghề y khoa độc lập và không phải là nhân viên hay đại diện cho Văn phòng. Văn phòng và Nhân viên y khoa được gọi chung là “DCP” trong Thông báo này. Là người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, các nhà cung cấp dịch vụ DCP sử dụng thông tin sức khỏe cá nhân kín đáo về các bệnh nhân, dưới đây được gọi là thông tin sức khỏe kín đáo (“PHI”) DCP bảo vệ sự riêng tư của thông tin này và thông tin đó cũng được bảo vệ tránh bị tiết lộ theo luật tiểu bang và liên bang. Trong một số trường hợp cụ thể, theo Thông báo này, theo sự cho phép của bệnh nhân hoặc các điều luật và quy chế hiện hành, PHI có thể được DCP sử dụng hoặc tiết lộ cho các bên khác. Dưới đây là các hạng mục mô tả về những trường hợp sử dụng và tiết lộ này, cùng với một số ví dụ để giúp quý vị hiểu rõ hơn về mỗi hạng mục.

Các trường hợp sử dụng và tiết lộ để điều trị, chi trả, và cho các hoạt động chăm sóc sức khỏe. DCP có thể sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị cho các mục đích điều trị, chi trả và các hoạt động chăm sóc sức khỏe, được trình bày chi tiết hơn ở dưới, mà không cần phải có văn bản cho phép của quý vị. Ngoài ra, các nhà cung cấp dịch vụ của DCP có thể chia sẻ PHI của quý vị khi cần để tiến hành các hoạt động điều trị, chi trả và các hoạt động chăm sóc sức khỏe khác liên quan đến hệ thống chăm sóc sức khỏe của văn phòng.

Để điều trị. DCP có thể sử dụng và tiết lộ PHI trong quá trình cung cấp, điều phối, hoặc quản lý việc chữa trị y khoa của quý vị, trong đó bao gồm tiết lộ PHI cho các hoạt động điều trị của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Thông tin có thể được sử dụng và tiết lộ theo những cách thức này giữa các bác sĩ, y tá, chuyên viên kỹ thuật, sinh viên, và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, là những người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị hoặc tham gia vào việc chăm sóc chữa trị cho quý vị. Ví dụ, nếu quý vị đang được điều trị bởi một bác sĩ chăm sóc chính, bác sĩ đó có thể cần sử dụng/tiết lộ PHI cho một bác sĩ chuyên khoa mà người đó hỏi ý kiến về bệnh trạng của quý vị, hoặc cho một y tá đang trợ giúp chăm sóc chữa trị cho quý vị.

Để chi trả. DCP có thể sử dụng và tiết lộ PHI để lập hóa đơn và thu tiền cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cung cấp cho quý vị. Ví dụ, DCP có thể cần cung cấp PHI cho chương trình sức khỏe của quý vị để được hoàn trả chi phí cho các dịch vụ đã cung cấp cho quý vị. DCP cũng có thể tiết lộ PHI cho các đối tác kinh doanh của văn phòng, chẳng hạn như các hãng lập hóa đơn, các hãng giải quyết hồ sơ yêu cầu hoàn trả bảo hiểm, và những bên khác giúp giải quyết các yêu cầu hoàn trả bảo hiểm cho chi phí chăm sóc sức khỏe. DCP cũng có thể tiết lộ PHI cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các chương trình bảo hiểm sức khỏe khác để giúp các nhà cung cấp dịch vụ hoặc các chương trình sức khỏe đó thực hiện các hoạt động chi trả.

Cho các hoạt động chăm sóc sức khỏe. DCP có thể sử dụng và tiết lộ PHI trong khuôn khổ các hoạt động của văn phòng, trong đó bao gồm đánh giá chất lượng và cải tiến chất lượng, chẳng hạn như đánh giá việc điều trị và các dịch vụ mà quý vị nhận được cũng như chất lượng chăm sóc chữa trị cho quý vị của nhân viên, huấn luyện nhà cung cấp dịch vụ, các hoạt động định giá bảo hiểm, các hoạt động bảo đảm chấp hành và quản lý rủi ro, lập kế hoạch, và phát triển, cũng như quản lý và quản lý hành chính. DCP có thể tiết lộ PHI cho các bác sĩ, y tá, chuyên viên kỹ thuật, sinh viên, luật sư, chuyên gia tư vấn, kế toán viên, và những người khác cho các mục đích học tập và duyệt xét, để giúp bảo đảm DCP chấp hành tất cả các điều luật hiện hành, và để giúp DCP tiếp tục cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cao cho các bệnh nhân. DCP cũng có thể tiết lộ PHI cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các chương trình sức khỏe khác để giúp họ thực hiện các hoạt động đánh giá và cải tiến chất lượng, chứng nhận trình độ và bảo đảm việc chấp hành quy định của những người đồng môn, với điều kiện tổ chức đó có, hoặc đã từng có mối quan hệ với bệnh nhân là chủ thể của thông tin đó.

Chia sẻ PHI giữa Văn phòng và Nhân viên y khoa. Là một tổ chức chăm sóc sức khỏe, Văn phòng và đội ngũ Nhân viên y khoa của Văn phòng sẽ chia sẻ với nhau thông tin PHI mà họ thu thập từ quý vị khi cần để thực hiện các hoạt động điều trị, chi trả và các hoạt động chăm sóc sức khỏe liên quan đến việc chăm sóc chữa trị cho bệnh nhân của DCP.

Các trường hợp sử dụng và tiết lộ khác không cần phải có sự cho phép. Ngoài việc sử dụng hoặc tiết lộ PHI để điều trị, chi trả, và cho các hoạt động chăm sóc sức khỏe, DCP có thể sử dụng và tiết lộ PHI mà không cần giấy cho phép của quý vị trong các trường hợp sau đây:

Theo quy định của luật pháp và cơ quan thi hành luật pháp. DCP có thể sử dụng hoặc tiết lộ PHI nếu bắt buộc phải làm như vậy theo quy định của luật hiện hành. DCP cũng có thể tiết lộ PHI theo lệnh tòa hoặc một thủ tục tố tụng hành chính, để nhận diện và tìm kiếm một nghi phạm, kê bỏ trốn, nhân chứng quan trọng, hoặc người mất tích, khi liên quan đến trường hợp bị bắn và các vết thương khác, về hành động phạm tội, báo cáo tội phạm, địa điểm phạm tội hoặc nơi nạn nhân đang hiện diện, hoặc danh tánh, mô tả, hoặc địa điểm của một người phạm tội, báo cáo một trường hợp tử vong hay thuong tích do tai nạn tàu thuyền, hoặc cho các mục đích thi hành luật pháp khác.

Cho các hoạt động sức khỏe công cộng và các nguy cơ sức khỏe công cộng. DCP có thể tiết lộ PHI cho viên chức chính phủ phụ trách thu thập thông tin về sinh tử, ngăn ngừa và kiểm soát bệnh tật, báo cáo hành động ngược đãi hoặc bỏ bê trẻ em và các nạn nhân bị ngược đãi, bỏ bê hoặc bạo hành gia đình khác, các phản ứng với thuốc men hoặc các sai sót hay vấn đề về sản phẩm, hoặc thông báo cho một người có thể đã tiếp xúc với một căn bệnh truyền nhiễm hoặc có thể có nguy cơ nhiễm hoặc làm lây lan một chứng bệnh hoặc một căn bệnh nào đó.

Cho các hoạt động quản lý sức khỏe. DCP có thể tiết lộ PHI cho chính phủ để thực hiện các hoạt động quản lý được luật pháp cho phép, chẳng hạn như các cuộc thanh tra, điều tra, kiểm toán, cấp phép hoặc các biện pháp kỷ luật, và các thủ tục tố tụng, khiếu kiện hoặc các hoạt động khác cần thiết để giám sát hệ thống chăm sóc sức khỏe, các chương trình của chính phủ, và chấp hành luật về dân quyền.

Chuyên viên giáo nghiệm tử thi, Khám nghiệm viên y tế và Giám đốc nhà tang lễ. DCP có thể tiết lộ PHI cho các thám tử điều tra trường hợp tử vong bất thường, khám nghiệm viên y tế, và giám đốc nhà tù để nhận diện một tử thi, xác định nguyên nhân tử vong, hoặc khi cần để tạo điều kiện giúp các bên này thực hiện nhiệm vụ của họ phù hợp với luật pháp hiện hành.

Hiển tạng bộ phận cơ thể, mắt và mô. DCP có thể tiết lộ PHI cho các tổ chức thu bộ phận cơ thể để tạo điều kiện tiến hành hiển tạng và cấy ghép bộ phận cơ thể, mắt và mô.

Nghiên cứu. Trong một số trường hợp, DCP có thể sử dụng và tiết lộ PHI cho các mục đích nghiên cứu y khoa.

Để tránh một mối đe dọa nghiêm trọng đối với sức khỏe hoặc an toàn. DCP có thể sử dụng và tiết lộ PHI, cho nhân viên thi hành luật pháp hoặc những người thích hợp khác nhằm ngăn ngừa và giảm nhẹ một mối đe dọa nghiêm trọng đối với sức khỏe hoặc an toàn của một người nào đó hoặc của công chúng.

Các ban ngành chuyên môn của chính phủ. DCP có thể sử dụng và tiết lộ PHI cho các quân nhân và cựu chiến binh trong một số trường hợp. DCP cũng có thể tiết lộ PHI cho các viên chức liên bang được ủy quyền để thực hiện các hoạt động tình báo, phản gián, và các hoạt động an ninh quốc gia khác, và để cung cấp các dịch vụ bảo vệ cho tổng thống, hoặc các cá nhân được ủy quyền khác hay những người đứng đầu chính phủ nước ngoài hoặc để tiến hành các cuộc điều tra đặc biệt.

Bồi thường tai nạn lao động. DCP có thể tiết lộ PHI để tuân thủ luật về bồi thường tai nạn lao động hoặc các điều luật tương tự. Các chương trình này giúp hiểu hoặc thi hành luật lao động.

Nhắc hẹn: Các dịch vụ và quyền lợi liên quan đến sức khỏe; Tiếp thị. DCP có thể sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị để liên lạc với quý vị và nhắc quý vị nhớ một buổi hẹn tại DCP, hoặc để thông báo cho quý vị về các phương án điều trị thay thế hoặc các dịch vụ và lợi ích khác liên quan đến sức khỏe mà quý vị có thể quan tâm, chẳng hạn như các chương trình kiểm soát bệnh tật. DCP có thể sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị để khuyến khích quý vị mua hoặc sử dụng một sản phẩm hay dịch vụ qua gặp trực diện hay tặng quý vị một món quà khuyến mãi có giá trị thông thường.

Các trường hợp tiết lộ thông tin cho quý vị hoặc cho các cuộc điều tra về chấp hành luật HIPAA. DCP có thể tiết lộ PHI của quý vị cho quý vị hoặc cho người đại diện riêng của quý vị, và cần phải làm như vậy trong một số trường hợp ghi dưới đây liên quan đến quyền của quý vị trong việc xem PHI của quý vị và quyền có được danh sách một số trường hợp tiết lộ PHI của quý vị. DCP phải tiết lộ PHI của quý vị cho Bộ trưởng Bộ Y tế và Nhân vụ Hoa Kỳ ("Bộ trưởng") khi Bộ trưởng yêu cầu để điều tra việc DCP chấp hành các quy chế về bảo vệ thông tin riêng tư ban hành theo Đạo luật Trách nhiệm xã hội và khả năng chuyển đổi bảo hiểm sức khỏe của liên bang ban hành năm 1996 ("HIPAA").

Các trường hợp sử dụng và tiết lộ mà quý vị có cơ hội phản đối. Quý vị sẽ có cơ hội phản đối các trường hợp DCP có thể sử dụng và tiết lộ PHI sau đây:

Danh mục bệnh nhân. Trừ khi quý vị phản đối, DCP có thể sử dụng một số PHI của quý vị để lưu giữ một danh mục các cá nhân ở trong cơ sở của chúng tôi. Thông tin này có thể bao gồm tên của quý vị, nơi quý vị hiện diện trong cơ sở, tình trạng sức khỏe tổng quát của quý vị (chẳng hạn như tạm ổn, ổn định, v.v.), và liên kết tôn giáo của quý vị, và thông tin có thể được tiết lộ cho các thành viên của giới tăng lữ. Trừ thông tin về liên kết tôn giáo, thông tin nói trên có thể được tiết lộ cho những người khác hỏi đích danh quý vị.

Các trường hợp tiết lộ cho những người tham gia chăm sóc sức khỏe cho quý vị hoặc chi trả cho việc chăm sóc sức khỏe của quý vị. Trừ khi quý vị phản đối, DCP có thể tiết lộ PHI của quý vị cho một thành viên gia đình, người họ hàng thân thích khác, bạn bè hoặc người khác mà quý vị nhận diện là tham gia chăm sóc sức khỏe cho quý vị hoặc chi trả cho việc chăm sóc sức khỏe của quý vị. DCP cũng có thể thông báo cho những người này về địa điểm hoặc tình hình sức khỏe của quý vị.

Các trường hợp sử dụng và tiết lộ PHI cần có sự cho phép. Các trường hợp khác sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị không được trình bày ở trên sẽ chỉ được thực hiện khi có văn bản cho phép của quý vị, với một số giới hạn mà quý vị có quyền hủy bỏ bằng văn bản.

Yêu cầu của luật pháp. Theo luật DCP phải giữ kín thông tin PHI của quý vị, cung cấp cho người khác thông báo về các nghĩa vụ pháp lý và các phương thức bảo vệ thông tin riêng tư của tổ chức này liên quan đến PHI, và để tuân thủ các điều khoản ghi trong Thông báo này. DCP có quyền thay đổi các điều khoản trong thông báo này và trong các chính sách về bảo vệ thông tin riêng tư của tổ chức, và lập ra các điều khoản mới áp dụng cho toàn bộ thông tin PHI mà tổ chức lưu giữ. Trước khi DCP thực hiện một thay đổi quan trọng đối với các chính sách về bảo vệ thông tin riêng tư của tổ chức, DCP sẽ tu chính ngay Thông báo này và niêm yết một thông báo mới tại tất cả các địa điểm dành cho bệnh nhân. Quý vị có các quyền sau đây về PHI của quý vị:

Quý vị có thể đề nghị DCP hạn chế việc sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị. DCP không bắt buộc phải đồng ý với bất kỳ hạn chế nào mà quý vị yêu cầu, tuy nhiên nếu làm như vậy, DCP sẽ tuân thủ các giới hạn mà cơ sở đã đồng ý, trừ các tình huống khẩn cấp. Bắt đầu từ ngày 17 tháng hai, 2010, theo Đạo luật về Công nghệ thông tin sức khỏe cho sức khỏe và kinh tế ("Đạo luật HITECH"), DCP phải chấp nhận yêu cầu một cá nhân trong việc hạn chế việc tiết lộ PHI cho các chương trình sức khỏe cho mục đích chi trả hoặc tiến hành các hoạt động chăm sóc sức khỏe nếu PHI đó chỉ liên quan đến các vật dụng và dịch vụ mà người đó chi trả toàn bộ.

Quý vị có quyền yêu cầu DCP cung cấp PHI cho quý vị theo những cách thức nhất định hoặc tại những địa điểm nhất định. Ví dụ, quý vị có thể yêu cầu giữ liên lạc với quý vị tại địa chỉ làm việc, hoặc qua e-mail thay vì qua thư thường. Các yêu cầu của quý vị phải được lập bằng văn bản và gửi cho Viên chức phụ trách Bảo vệ thông tin riêng tư. DCP sẽ đáp ứng các yêu cầu hợp lý mà không đòi hỏi quý vị phải cho biết lý do yêu cầu.

Thông thường, quý vị có quyền xem và sao chụp lại PHI mà DCP lưu giữ, với điều kiện là quý vị gửi yêu cầu bằng văn bản tới cho Ban Quản lý Thông tin sức khỏe của văn phòng. Trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày nhận được yêu cầu của quý vị (trừ khi được gia hạn thêm ba mươi (30) ngày nữa), DCP sẽ cho quý vị biết về mức độ chấp nhận hoặc không chấp nhận yêu cầu của quý vị. Trong một số trường hợp, DCP có thể cung cấp cho quý vị một bản tóm tắt PHI mà quý vị yêu cầu nếu quý vị đồng ý trước với bản tóm tắt như vậy và bất kỳ khoản phí nào liên quan. Nếu quý vị yêu cầu cung cấp bản sao trên giấy của PHI của quý vị hoặc đồng ý nhận một bản tóm tắt PHI, DCP có thể tính một khoản phí hợp lý để trang trải chi phí sao chụp, bưu phí và các khoản chi phí khác liên quan. Trong phạm vi có thể, DCP sẽ chấp nhận yêu cầu có được một bản sao PHI của quý vị dưới định dạng điện tử. Nếu DCP từ chối cho xem PHI của quý vị, cơ sở sẽ giải thích lý do từ chối và việc quý vị có cơ hội đề nghị duyệt xét yêu cầu và quyết định từ chối đó qua một chuyên gia chăm sóc sức khỏe có bằng hành nghề (là người không liên quan đến quyết định từ chối ban đầu) được ủy quyền là viên chức duyệt xét. Nếu DCP không lưu thông tin PHI mà quý vị yêu cầu và nếu biết PHI đó nằm ở đâu thì y viện sẽ cho quý vị biết cách gửi chuyển tiếp yêu cầu của quý vị.

Nếu quý vị tin rằng PHI của quý vị do DCP lưu giữ có sai sót hoặc cần được cập nhật, quý vị có quyền đề nghị DCP hiệu chỉnh hoặc bổ sung PHI của quý vị. Yêu cầu của quý vị phải được lập bằng văn bản gửi cho Ban Quản lý Thông tin sức khỏe của văn phòng, và trong đó phải thích lý do tại sao quý vị lại yêu cầu sửa đổi PHI của quý vị. Trong vòng sáu mươi (60) ngày kể từ ngày nhận được yêu cầu của quý vị (trừ khi được gia hạn thêm ba mươi (30) ngày nữa), DCP sẽ thông báo cho quý vị biết về mức độ chấp nhận hoặc không chấp nhận yêu cầu của quý vị. DCP thường có thể từ chối yêu cầu của quý vị nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến PHI: (i) không phải do DCP lập; (ii) không nằm trong hồ sơ mà DCP lưu giữ; (iii) không thể cho quý vị xem được; hoặc (iv) đã chính xác và đầy đủ. Nếu yêu cầu của quý vị bị từ chối, DCP sẽ cung cấp cho quý vị văn bản thông báo quyết định từ chối, trong đó giải thích lý do từ chối và các quyền của quý vị về: (i) gửi thư trình bày việc không đồng ý với quyết định từ chối đó; (ii) nếu quý vị không gửi thư trình bày ý kiến không đồng ý, gửi yêu cầu bất kỳ trường hợp nào tiết lộ thông tin PHI liên quan trong tương lai phải kèm theo một bản sao yêu cầu của quý vị và quyết định của DCP; và (iii) khiếu nại về quyết định từ chối đó. Quý vị thường có quyền yêu cầu và nhận được danh sách các trường hợp tiết lộ PHI của quý vị mà DCP đã thực hiện vào bất cứ thời điểm nào trong sáu (6) năm trước ngày quý vị yêu cầu (với điều kiện danh sách đó sẽ không bao gồm các trường hợp tiết lộ đã thực hiện trước ngày 14 tháng tư, 2003). Danh sách sẽ không bao gồm những trường hợp tiết lộ có sự cho phép bằng văn bản của quý vị, và không bao gồm một số trường hợp sử dụng và tiết lộ mà thông báo này hiện đã áp dụng, chẳng hạn như những trường hợp sử dụng và tiết lộ: (i) để điều trị, chi trả, và cho các hoạt động chăm sóc sức khỏe; (ii) cho quý vị; (iii) cho danh mục bệnh nhân của Văn phòng hoặc cho những người liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe của quý vị; (iv) cho các mục đích an ninh quốc gia hoặc tình báo; hoặc (v) cho các cơ sở cải huấn hoặc các viên chức thi hành luật pháp. Quý vị cần nộp bất kỳ yêu cầu nào như vậy cho Ban Quản lý Thông tin sức khỏe của văn phòng, và trong vòng sáu mươi (60) ngày kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị (trừ khi được gia hạn thêm ba mươi (30) ngày nữa, DCP sẽ hỏi âm quý vị về tình trạng giải quyết yêu cầu của quý vị. DCP sẽ cung cấp cho quý vị một danh sách miễn phí, tuy nhiên nếu quý vị có hơn một yêu cầu trong vòng một năm, quý vị có thể phải trả một khoản phí cho mỗi lần yêu cầu thêm. Quý vị có quyền nhận được một bản sao trên giấy của thông báo này khi có yêu cầu, ngay cả khi quý vị đồng ý nhận Thông báo này qua mạng điện tử. Quý vị có thể nhận được một bản sao của Thông báo này tại trang mạng của chúng tôi, gwinnettsurgicalassociates.com. Để có được một bản sao trên giấy của Thông Báo này, vui lòng liên lạc với Viên chức phụ trách Bảo vệ thông tin riêng tư của DCP.

Quý vị có thể khiếu nại với DCP nếu quý vị nghĩ rằng các quyền bảo vệ thông tin riêng tư của quý vị liên quan đến PHI của quý vị đã bị vi phạm bằng cách liên lạc với Đại diện bệnh nhân của Văn phòng hoặc Viên chức phụ trách Bảo vệ thông tin riêng tư của DCP và nộp khiếu nại bằng văn bản. DCP sẽ không bao giờ phạt hoặc trả đũa quý vị vì đã khiếu nại về các phương thức bảo vệ thông tin riêng tư của DCP. Quý vị cũng có quyền khiếu nại với Bộ Trưởng Bộ Y tế và Nhân vụ.

Nếu quý vị có thắc mắc về Thông báo này, vui lòng liên lạc với Viên chức phụ trách Bảo vệ thông tin riêng tư của DCP qua thư bưu điện tại địa chỉ: 6300 Hospital Pkwy Ste 450 Johns Creek, GA 30097 hoặc qua email tại gatic@digestivecarephysicians.com

Nếu quý vị có thắc mắc về hồ sơ y khoa của quý vị, vui lòng liên lạc với Ban Hồ sơ y khoa qua thư bưu điện tại địa chỉ: 6300 Hospital Pkwy Ste 450 Johns Creek, GA 30097 hoặc qua điện thoại tại số (770) 227-2222.

Tên bệnh nhân: _____ Ngày sinh: _____

Chữ ký của bệnh nhân: _____ Ngày: _____

Quyền của bệnh nhân

- a. Bệnh nhân có quyền chọn cơ sở khác để thực hiện thủ tục của mình. Bệnh nhân sẽ được cung cấp một bản Quyền và trách nhiệm của bệnh nhân trước khi thực hiện thủ tục. Một bản sao cũng có trên trang mạng của văn phòng. Mẫu điền này được cung cấp cho Văn phòng y khoa của bệnh nhân và văn phòng này sẽ cung cấp một bản sao mẫu điền có chữ ký và ghi ngày tháng cho Digestive Care Physicians (Trung Tâm) trước khi thực hiện thủ tục.
- b. Một số hoặc tất cả các chuyên gia chăm sóc sức khỏe thực hiện dịch vụ tại Trung tâm này là các nhà thầu độc lập và không phải là nhân viên hay người đại diện của Trung tâm. Các tổ chức độc lập hoạt động theo hợp đồng chịu trách nhiệm về công việc của chính họ và Trung tâm sẽ không chịu trách nhiệm đối với những hành động hay sơ suất của bất kỳ nhà thầu độc lập nào như vậy.
- c. Quyền riêng tư của tất cả bệnh nhân sẽ luôn được tôn trọng. Bệnh nhân sẽ luôn được đối xử tôn trọng, lưu tâm và đàng hoàng.
- d. Bệnh nhân sẽ được giúp đỡ một cách kịp thời, lịch thiệp và có trách nhiệm.
- e. Các trường hợp tiết lộ hồ sơ y khoa của bệnh nhân được coi là bảo mật. Trừ khi luật pháp có quy định khác, hồ sơ bệnh nhân và/hoặc các phần hồ sơ của bệnh nhân sẽ không được tiết lộ cho các cá nhân hay tổ chức bên ngoài khi chưa có văn bản đồng ý rõ ràng của bệnh nhân và/hoặc người đại diện được ủy quyền của bệnh nhân. Bệnh nhân có cơ hội đồng ý hoặc từ chối cho tiết lộ thông tin y khoa của mình.
- f. Bệnh nhân có quyền biết danh tánh và vị thế của những người cung cấp dịch vụ cho họ.
- g. Bệnh nhân có quyền thay đổi các nhà cung cấp dịch vụ nếu muốn. Bệnh nhân được cho biết về năng lực trình độ của tất cả các nhân viên sẽ cung cấp dịch vụ chăm sóc điều trị trong thời gian bệnh nhân lưu trú.
- h. Bệnh nhân, hoặc người đại diện được ủy quyền hợp pháp, có quyền nhận được thông tin đầy đủ, cập nhật nhất và dễ hiểu về kết quả chẩn đoán, các lựa chọn điều trị cũng như tiên lượng bệnh của họ, nếu biết, và việc chăm sóc điều trị theo dõi tiếp. Tất cả các bệnh nhân sẽ ký giấy chấp thuận sau khi biết thông tin sau khi tất cả các thông tin đã được cung cấp và các thắc mắc của họ đã được giải đáp.
 - Khi việc cung cấp thông tin đó cho bệnh nhân là trái với lời khuyên y khoa, thông tin sẽ được cung cấp cho một được bệnh nhân chỉ định hoặc cho một người được ủy quyền hợp pháp.
- i. Trừ khi việc tham gia bị chống chỉ định về mặt y khoa, bệnh nhân có quyền tham gia tất cả các quyết định liên quan đến việc chăm sóc điều trị của bệnh nhân.
- j. Bệnh nhân có quyền từ chối điều trị và được cho biết về các lựa chọn thay thế cũng như hậu quả của các quyết định của họ. Bệnh nhân được khuyến khích thảo luận về các mục tiêu của mình với nhà cung cấp dịch vụ.
- k. Bệnh nhân có quyền từ chối tham gia các thủ tục và điều trị thử nghiệm. Nếu được cân nhắc, bất kỳ thủ tục hay điều trị thử nghiệm nào sẽ được giải thích đầy đủ cho bệnh nhân trước khi bắt đầu.
- l. Các bệnh nhân có quyền đưa ra ý kiến hoặc bày tỏ khiếu nại về dịch vụ chăm sóc chữa trị mà họ nhận được và gửi các ý kiến hay khiếu nại đó cho Trưởng ban Y khoa (Clinical Manager) hoặc Quản trị viên văn phòng, là người sẽ điền bản "Thông báo sự việc" và chuyển ngay sự việc đó cho Giám đốc Y khoa để khiếu nại được giải quyết.
- m. Bệnh nhân có quyền nhận được thông tin về dịch vụ chăm sóc cấp cứu và chăm sóc sau giờ làm việc.
- n. Bệnh nhân có quyền có được ý kiến thứ nhì về thủ tục được đề nghị. Chi phí cho việc lấy ý kiến thứ nhì sẽ hoàn toàn là trách nhiệm của bệnh nhân.
- o. Bệnh nhân có quyền được hưởng một môi trường an toàn và vui vẻ trong thời gian lưu trú.
- p. Bệnh nhân có quyền có khách đến thăm tại trung tâm miễn là việc thăm viếng không gây trở ngại cho các hoạt động của Trung tâm và quyền của các bệnh nhân khác không bị cản trở.
- q. Bệnh nhân có quyền yêu cầu thực hiện các thủ tục theo cách ít gây đau đớn nhất ở mức có thể.
- r. Bệnh nhân có quyền có người thông dịch nếu cần.
- s. Bệnh nhân có quyền nhận được các mẫu chấp thuận sau khi biết thông tin theo quy định của luật pháp Tiểu bang Georgia.
- t. Bệnh nhân có quyền nhận được thông tin quảng cáo và/hoặc tiếp thị trung thực về năng lực và khả năng của Trung tâm cũng như nhân viên của Trung tâm.
- u. Bệnh nhân có quyền có bản sao "Bản chỉ dẫn trước" và "Di chúc lập khi còn sống" của họ trong hồ sơ y khoa và yêu cầu nhân viên Trung tâm tôn trọng các nguyện vọng của họ trong phạm vi có thể được. Tuy nhiên, do năng lực hạn chế của Trung tâm, trong trường hợp khẩn cấp, bệnh nhân sẽ được chuyển đến bệnh viện gần nhất nơi bác sĩ điều trị có đặc quyền sử dụng. Nhân viên bệnh viện sẽ được thông báo về việc có các Bản chỉ dẫn trước và các bản chỉ dẫn này sẽ được cung cấp nếu Trung tâm có bản sao.
- v. Khi yêu cầu, bệnh nhân sẽ nhận được tất cả các thông tin hiện có về các dịch vụ có sẵn tại Trung tâm, cũng như thông tin về các khoản phí ước tính và các lựa chọn điều trị.
- w. Nếu thích hợp, bệnh nhân sẽ được cho biết về việc không có bảo hiểm sơ suất y khoa.
- x. Bệnh nhân có quyền chấp thuận cho tiết lộ hồ sơ y khoa của mình cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, các đại diện hợp pháp và những người khác được bệnh nhân ủy quyền.
- y. Bệnh nhân có quyền thực thi các quyền hạn của mình mà không bị phân biệt đối xử hay trả đũa.
- z. Bệnh nhân có quyền không phải chịu bất kỳ hình thức ngược đãi hoặc quấy rối/sách nhiễu nào.

Tôi đã nhận được một bản Quyền của bệnh nhân của Digestive Care Physicians

Tên bệnh nhân: _____ Ngày sinh của bệnh nhân: _____

Chữ ký của bệnh nhân: _____ Ngày: _____

Trách nhiệm của bệnh nhân

- a. Bệnh nhân cần cung cấp thông tin đầy đủ và chính xác về tiểu sử bệnh án, theo khả năng tối đa, bao gồm cả cung cấp thông tin về tất cả các loại thuốc hiện đang sử dụng, các sản phẩm mua không cần toa và các loại thuốc bổ ăn kiêng cũng như bất kỳ chứng bệnh dị ứng hay kích ứng nào.
- b. Bệnh nhân có trách nhiệm giữ tất cả các buổi hẹn đã sắp xếp trước và sau khi làm thủ tục và tuân thủ kế hoạch điều trị để giúp chăm sóc chữa trị thích hợp.
- c. Bệnh nhân có trách nhiệm xem lại và hiểu thông tin mà bác sĩ hoặc y tá của họ cung cấp. Bệnh nhân có trách nhiệm hiểu mức bảo hiểm của mình cũng như các thủ tục cần thiết để có được bảo hiểm.
- d. Bệnh nhân có trách nhiệm cung cấp thông tin bảo hiểm vào thời điểm tới khám và có trách nhiệm thông báo cho nhân viên tiếp tân về bất kỳ thay đổi nào liên quan đến thông tin bảo hiểm hoặc thông tin y khoa của họ.
- e. Bệnh nhân có trách nhiệm trả tất cả các khoản tiền đồng trả, đồng bảo hiểm và khấu trừ hoặc các khoản phí cho những dịch vụ không được đài thọ vào thời điểm tới khám chữa bệnh, trừ khi đã thu xếp kế hoạch khác trước với Giám đốc Hành chính.
- f. Bệnh nhân có trách nhiệm đối xử lịch thiệp và tôn trọng với các Bác sĩ, Nhân viên và các bệnh nhân khác.
- g. Bệnh nhân có trách nhiệm nêu thắc mắc về việc chăm sóc chữa trị của họ và yêu cầu bác sĩ giải thích rõ về các dịch vụ sẽ cung cấp cho đến khi họ hoàn toàn hiểu dịch vụ chăm sóc chữa trị mà họ sẽ nhận được.
- h. Bệnh nhân có trách nhiệm tuân thủ lời khuyên của nhà cung cấp dịch vụ và cân nhắc các lựa chọn thay thế và/hoặc các hậu quả có thể xảy ra nếu từ chối tuân thủ.
- i. Bệnh nhân có trách nhiệm thể hiện các ý kiến, vấn đề hay khiếu nại của mình một cách tích cực với nhân sự thích hợp của Trung tâm.
- j. Bệnh nhân có trách nhiệm thông báo cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc của mình biết về các Bản Chỉ dẫn trước, Di chúc lập khi còn sống, Giấy Ủy quyền y tế của bệnh nhân hoặc bất kỳ bản chỉ dẫn nào khác có thể ảnh hưởng đến việc chăm sóc chữa trị của họ. Trong trường hợp khẩn cấp, bệnh nhân sẽ được chuyển tới cơ sở thích hợp. Cơ sở này sẽ được thông báo về việc có Bản Chỉ dẫn trước, nếu thích hợp, và sẽ được cung cấp một bản sao.
- k. Bệnh nhân có trách nhiệm nhờ một người lớn có trách nhiệm lái xe đưa họ về từ Trung tâm và ở bên cạnh bệnh nhân trong hai mươi tư (24) giờ, nếu Bác sĩ yêu cầu như vậy.
- l. Bệnh nhân sẽ được cung cấp một bản Quyền và trách nhiệm của bệnh nhân trước ngày làm thủ tục. Văn phòng sẽ cần phải cung cấp một bản sao mẫu điền có chữ ký và ghi ngày tháng cho Trung tâm trước khi thực hiện thủ tục.

Quý vị có thắc mắc hay quan ngại?

Quý vị và gia đình quý vị luôn có thể lên tiếng bày tỏ các vấn đề của mình. Nếu quý vị chia sẻ một vấn đề hay phàn nàn, việc chăm sóc chữa trị của quý vị sẽ hoàn toàn không bị ảnh hưởng. Bước đầu tiên là thảo luận về các vấn đề của quý vị với bác sĩ, y tá của quý vị, hoặc người chăm sóc khác. Nếu quý vị có vấn đề không được giải quyết, vui lòng liên lạc với cô Kathy Price, Giám sát viên ky hoa tại số (770)-227-2222.

PHÀN NÀN HOẶC KHIẾU NẠI CỦA BỆNH NHÂN

Để báo cáo một vấn đề phàn nàn hay khiếu nại, quý vị có thể liên lạc với cô Dennis Williams, Quản trị viên văn phòng tại số 770-227-2222 hoặc qua thư bưu điện tại địa chỉ:

Digestive Care Physicians, LLC, 6300 Hospital Pkwy Ste 450 Johns Creek, GA 30097.

Cũng có thể gửi phàn nàn và khiếu nại qua: Department of Community Health, Division Chief, Healthcare Facility Regulation Division, 2 Peachtree St, NW, Suite 31, Atlanta, Georgia 30303, (404) 657-5728 hoặc (800) 878-6442.

Quý vị cũng có thể gửi phàn nàn với Hội đồng Khám nghiệm viên Y khoa Georgia tại số (404) 656-3913

Những người hưởng Medicare cũng có thể gửi phàn nàn hoặc khiếu nại với Văn phòng Thanh tra Người Hưởng Medicare tại:

www.cms.hhs.gov/center/ombudsman.asp hoặc (800) Medicare

Tiết lộ quyền lợi sở hữu

Văn phòng này thuộc sở hữu của Bác sĩ Ranvir Singh và Bác sĩ Stephen Rashbaum. Bác sĩ Singh và Rashbaum lập ra văn phòng này vì lời cam kết cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cho bệnh nhân với mức chi phí phải chăng. Quý vị có quyền chọn nơi nhận dịch vụ, kể cả nguồn dịch vụ thay thế hợp lý sau đây cho bác sĩ:

- Emory Johns Creek Hospital
- Northside Forsyth Hospital

Tôi đã nhận được một bản Trách nhiệm bệnh nhân của Digestive Care Physicians

Tên bệnh nhân: _____ Ngày sinh của bệnh nhân: _____

Chữ ký của bệnh nhân: _____ Ngày: _____

Digestive Care Physicians, LLC

Khoa Tiêu hóa • Khoa Gan • Nội soi trị liệu
Điện thoại: 770-227-2222 • Số fax: 770-227-2220

6300 Hospital Pkwy, Suite 450 • Johns Creek, GA 30097
3970 Deputy Bill Cantrell Memorial Road #210 • Cumming, GA 30040
3400-C Old Milton Parkway, Suite 285 Alpharetta, GA. 30005

www.digestivecarephysicians.com

CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE

Ngày:

Tên bệnh nhân:	Tất cả các hồ sơ	Tiểu sử và sức khỏe
Ngày sinh:	Phòng xét nghiệm	US / CT /MRI
Số An sinh xã hội:	Nội soi	
Số điện thoại:	Khác	
	Thư bưu điện	Tới lấy Fax

Mục đích hoặc nhu cầu cần thông tin: _____

Tôi ký tên dưới đây cho phép Digestive Care Physicians, LLC: **TIẾT LỘ/CÓ ĐƯỢC: (khoanh tròn một lựa chọn)**

thông tin sức khỏe kín đáo về người có tên ở trên cho/từ:

Cá nhân/Tổ chức _____

Địa chỉ: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã bưu điện: _____

Điện thoại: _____ Số fax: _____

Tôi hiểu rằng hồ sơ của tôi được bảo vệ theo Quy chế liên bang về bảo mật thông tin và không thể được tiết lộ nếu không có văn bản cho phép của tôi, trừ khi có quy định khác trong quy chế đó.

NGHIÊM CẤM TIẾT LỘ LẠI: Thông tin về nghiện rượu và ma túy, nếu có, đã được tiết lộ từ những hồ sơ được bảo vệ giữ kín theo luật liên bang. Quy chế liên bang (42 CFR Phần 2) nghiêm cấm người nhận không được tiết lộ lại thông tin này khi có sự đồng ý cụ thể bằng văn bản của bệnh nhân. Tiểu bang nghiêm cấm tiết lộ lại kết quả chẩn đoán xét nghiệm HIV, ARC và/hoặc AIDS. Các quy chế không có sự đồng ý cụ thể bằng văn bản của bệnh nhân. Sự cho phép chung về tiết lộ thông tin nếu do bên khác lưu giữ là không đủ cho mục đích này.

TIẾT LỘ LẠI: Theo đây xin thông báo cho bệnh nhân hoặc người đại diện được ủy quyền hợp pháp ký Giấy Cho phép này rằng Digestive Care Physicians, LLC không thể bảo đảm là Người nhận được thông tin sức khỏe yêu cầu sẽ không tiết lộ lại bất kỳ hoặc toàn bộ thông tin đó cho các bên khác. Theo đây xin thông báo cho Người nhận rằng luật pháp nghiêm cấm tiết lộ lại bất kỳ thông tin sức khỏe nào liên quan đến nghiện rượu và/hoặc ma túy, điều trị HIV và sức khỏe tâm thần.

Ký tên _____ (Bệnh nhân hoặc Người giám hộ hợp pháp) Người chứng: _____

(Nếu Người giám hộ ký tên, cho biết quan hệ với bệnh nhân)

Yêu cầu về không phân biệt đối xử và cung cấp phương tiện trợ giúp đặc biệt cho người khuyết tật và phần trình bày về không phân biệt đối xử: Phân biệt đối xử là trái luật

Digestive Care Physicians, LLC tuân thủ các điều luật hiện hành của liên bang về dân quyền và không phân biệt đối xử dựa trên lý do sắc tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi, tình trạng khuyết tật, hoặc giới tính. Digestive Care Physicians, LLC không loại trừ các cá nhân hoặc đối xử khác biệt với họ vì lý do sắc tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi, tình trạng khuyết tật, hoặc giới tính. Digestive Care Physicians, LLC :

Cung cấp các dịch vụ và trợ giúp miễn phí cho những người khuyết tật để giao tiếp hiệu quả với chúng tôi, chẳng hạn như: Các thông dịch viên ngôn ngữ ra dấu có trình độ. Cung cấp dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ miễn phí cho những người có tiếng mẹ đẻ không phải là tiếng Anh, chẳng hạn như: Các thông dịch viên có trình độ.

Nếu quý vị cần các dịch vụ này, liên lạc với cô **Dennis Williams**

Nếu quý vị nghĩ rằng Digestive Care Physicians, LLC không cung cấp các dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử theo cách khác vì lý do sắc tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi, tình trạng khuyết tật, hoặc giới tính, quý vị có thể khiếu nại với: Dennis Williams, 6300 Hospital Parkway Suite 450, Johns Creek, GA. 30097 Số điện thoại 770-227-2222, Fax 770-227-2220, [Email: dwilliams@digestivecarephysicians.com](mailto:dwilliams@digestivecarephysicians.com). Quý vị có thể trực tiếp đến khiếu nại hoặc gửi khiếu nại qua thư bưu điện, fax, hoặc email. Nếu quý vị cần giúp gửi khiếu nại, [Dennis Williams] luôn sẵn lòng giúp đỡ quý vị.

Quý vị cũng có thể gửi khiếu nại về dân quyền với Bộ Y tế và Nhân vụ Hoa Kỳ, Văn phòng Dân quyền, qua mạng điện tử trên Cổng thông tin khiếu nại của Văn phòng Dân quyền tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, hoặc qua thư bưu điện hay điện thoại tại: U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD) Mẫu khiếu nại được cung cấp trên trang <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.