Acuity Eye Group
Our Vision is Your Vision™

Mẫu Thông Tin Bệnh Nhân

Thông Tin Bệnh Nhân			
Tên:		Ngày Sinh (Tháng-Ngày-Năm): - -	
Địa Chỉ:			
Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã Zip:	SSN:
Điện Thoại Nhà:	Điện Thoại Di Động:		Điện Thoại Cơ Quan:
Giới Tính: [ ]Nam [ ]Nữ [ ]Khác		Tình Trạng Hôn Nhân:	
Địa Chỉ Email:			
Thông Tin Bác Sĩ/Giới Thiệu			
Bác Sĩ Chăm Sóc Chính (PCP):			Điện Thoại:
Bác Sĩ Giới Thiệu (nếu không phải là PCP)			Điện Thoại:
Thông Tin Về Cơ Sở			
Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Nghiệp [ ]Có [ ]Không		Viện Chăm Sóc Đặc Biệt [ ]Có [ ]Không	
Tên Cơ Sở:			
Địa Chỉ Cơ Sở:			
Bên Ra Quyết Định Y Tế & Chịu Trách Nhiệm Tài Chính (*Nếu không phải là bệnh nhân*)			
Người Giám Hộ: [ ] Người Ủy Quyền: [ ] Khác: [ ] Hãy Chỉ Ra Cụ Thể: *Vui lòng cung cấp tài liệu để xác minh mối quan hệ với bệnh nhân.*			
Tên:			
Địa Chỉ:			
Ngày Sinh (Tháng-Ngày-Năm): - -		Điện Thoại:	SSN:
Người được liệt kê ở trên có chịu trách nhiệm tài chính cho bệnh nhân không? [ ]Có [ ]Không Nếu không, vui lòng cung cấp thông tin bên dưới.			
Tên:		Ngày Sinh (Tháng-Ngày-Năm) - -	
Địa Chỉ:		Điện Thoại:	
Thông Tin Liên Hệ Khẩn Cấp (*Nếu khác với người được đề cập ở trên*)			
Tên:	Mối Quan Hệ:		Điện Thoại:

TUYÊN BỐ TIẾT LỘ THÔNG TIN VÀ PHÂN BỔ QUYỀN LỢI:

Theo đây, tôi cho phép tiết lộ bất kỳ thông tin y tế nào cần thiết để xử lý yêu cầu bảo hiểm của tôi và CHUYỂN cho BÁC SĨ tất cả các khoản thanh toán từ MEDICARE và/hoặc (các) nhà cung cấp Bảo Hiểm khác cho các dịch vụ được thực hiện. Tôi hiểu và đồng ý với các điều kiện trên.

_____ _____

Chữ Ký của Bệnh Nhân hoặc Đại Diện Bệnh Nhân Ngày

_____

Tên Viết Hoa Của Đại Diện Bệnh Nhân và Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân

Acuity Eye Group

Our Vision is Your Vision™

THUỐC, DỊ ỨNG, PHẪU THUẬT	
Bị Dị Ứng Với Thuốc? [ ] CÓ [ ] KHÔNG	Đã thực hiện phẫu thuật? [ ] CÓ [ ] KHÔNG
Nếu chọn CÓ đối với Bị Dị Ứng Với Thuốc, hãy liệt kê tất cả các loại thuốc và phản ứng trong phần để trống được cung cấp bên dưới. (VÍ DỤ: Penicillin, Thuốc Sulfa, NSAID, v.v.)	Nếu CÓ đối với Ca Phẫu Thuật, hãy liệt kê tất cả các ca phẫu thuật bên dưới. (VÍ DỤ: Cắt amidan, Cắt ruột thừa, Đục thủy tinh thể, v.v.)

BỆNH SỬ TRƯỚC ĐÂY	
Quý vị đã bao giờ nhập viện chưa? [ ] CÓ, vui lòng nêu rõ ngày tháng và lý do vào bên dưới. [ ]KHÔNG	
Ngày	Lý do

Quý vị đã được chẩn đoán mắc bất kỳ tình trạng nào sau đây chưa? (Đánh dấu vào bất kỳ ô nào phù hợp)

☐ Thiếu máu	☐ Bướu cổ	☐ Sỏi thận
☐ Đau thắt ngực	☐ Tiếng thổi tim	☐ Bệnh bạch cầu
☐ Bệnh suyễn	☐ Vấn Đề Về Tim	☐ Viêm phổi
☐ Ung thư (ghi rõ bên dưới)	☐ Viêm gan	☐ Bệnh vẩy nến
☐ Đục thủy tinh thể	☐ Huyết Áp Cao	☐ Nghẽn Mạch Phổi
☐ Viêm ruột kết	☐ Cholesterol Cao	☐ Sốt Thấp Khớp
☐ Bệnh Crohn	☐ HIV/AIDS	☐ Loét Dạ Dày hoặc Tiêu Hóa
☐ Bệnh tiểu đường	☐ Suy giáp	☐ Đột quỵ
☐ Khí phế thũng	☐ Vàng da	☐ Bệnh lao
☐ Động kinh (co giật)	☐ Bệnh thận	

Các Tình Trạng Bệnh Lý Khác:

TIỀN SỬ SINH HOẠT XÃ HỘI (Đánh dấu vào bất kỳ ô nào phù hợp)
☐ Hút thuốc, _____ gói mỗi ngày, trong _____ năm. ☐ Rượu ☐ Thuốc Kích Thích, ghi rõ: _____, _____, _____, _____

Acuity Eye Group

Our Vision is Your Vision™

ĐÁNH GIÁ VẤN ĐỀ CHUNG

Trong tháng vừa qua, quý vị có gặp sự cố nào sau đây không? (Đánh dấu vào bất kỳ ô nào phù hợp)

Tổng quan
- ☐ Tăng Cân Gần Đây
- ☐ Giảm Cân Gần Đây
- ☐ Mệt Mỏi
- ☐ Yếu Mỏi
- ☐ Sốt
- ☐ Đổ Mồ Hôi Đêm

Cơ/Khớp/Xương
- ☐ Tê bì
- ☐ Đau khớp
- ☐ Suy cơ
- ☐ Sưng khớp

Mắt
- ☐ Đau
- ☐ Đỏ
- ☐ Mất Thị Lực
- ☐ Tầm Nhìn Mờ/Chứng Song Thị
- ☐ Khô

Họng
- ☐ Đau họng thường xuyên
- ☐ Khàn giọng
- ☐ Khó nuốt thức ăn
- ☐ Đau hàm

Tim và Phổi
- ☐ Đau ngực
- ☐ Đánh trống ngực
- ☐ Hụt hơi
- ☐ Ngất xỉu
- ☐ Chân/bàn chân bị sưng
- ☐ Ho

Da
- ☐ Đỏ
- ☐ Phát ban
- ☐ Hạch/Bướu
- ☐ Rụng tóc
- ☐ Thay đổi màu sắc của tay hoặc chân

Dạ dày và Ruột
- ☐ Buồn nôn
- ☐ Ợ nóng
- ☐ Đau dạ dày
- ☐ Nôn mửa
- ☐ Vàng da
- ☐ Táo bón
- ☐ Tiêu chảy dai dẳng
- ☐ Có máu trong phân
- ☐ Phân đen

Hệ Thần Kinh Trung Ương
- ☐ Nhức đầu
- ☐ Chóng mặt
- ☐ Bất tỉnh/Mất ý thức
- ☐ Tê bì hoặc Mất Trí Nhớ Đau Thần Kinh

Tai
- ☐ Ù tai
- ☐ Mất thính giác

Máu
- ☐ Thiếu máu
- ☐ Cục máu đông

Thận/Bộ phận sinh dục/Bàng quang
- ☐ Đi tiểu thường xuyên/đau
- ☐ Có máu trong nước tiểu
- ☐ Liệt dương
- ☐ Són tiểu
- ☐ Nhiễm trùng

Tâm thần
- ☐ Trầm cảm
- ☐ Lo âu
- ☐ Thay đổi tâm trạng
- ☐ Mất ngủ
- ☐ Ảo giác
- ☐ Mất định hướng

LỊCH SỬ GIA ĐÌNH Có thành viên nào trong gia đình quý vị bị chẩn đoán mắc bất kỳ vấn đề nào sau đây không?

Cha
- ☐ Tăng nhãn áp
- ☐ Đục thủy tinh thể
- ☐ Thoái Hóa Điểm Vàng
- ☐ Bệnh tiểu đường
- ☐ Tăng huyết áp
- ☐ Ung thư
- ☐ Viêm khớp
- ☐ Bệnh Tim
- ☐ Khác: _____

Mẹ
- ☐ Tăng nhãn áp
- ☐ Đục thủy tinh thể
- ☐ Thoái Hóa Điểm Vàng
- ☐ Bệnh tiểu đường
- ☐ Tăng huyết áp
- ☐ Ung thư
- ☐ Viêm khớp
- ☐ Bệnh Tim
- ☐ Khác: _____

Anh/em trai
- ☐ Tăng nhãn áp
- ☐ Đục thủy tinh thể
- ☐ Thoái Hóa Điểm Vàng
- ☐ Bệnh tiểu đường
- ☐ Tăng huyết áp
- ☐ Ung thư
- ☐ Viêm khớp
- ☐ Bệnh Tim
- ☐ Khác: _____

Chị/em gái
- ☐ Tăng nhãn áp
- ☐ Đục thủy tinh thể
- ☐ Thoái Hóa Điểm Vàng
- ☐ Bệnh tiểu đường
- ☐ Tăng huyết áp
- ☐ Ung thư
- ☐ Viêm khớp
- ☐ Bệnh Tim
- ☐ Khác: _____

Con gái
- ☐ Tăng nhãn áp
- ☐ Đục thủy tinh thể
- ☐ Thoái Hóa Điểm Vàng
- ☐ Bệnh tiểu đường
- ☐ Tăng huyết áp
- ☐ Ung thư
- ☐ Viêm khớp
- ☐ Bệnh Tim
- ☐ Khác: _____

Con trai
- ☐ Tăng nhãn áp
- ☐ Đục thủy tinh thể
- ☐ Thoái Hóa Điểm Vàng
- ☐ Bệnh tiểu đường
- ☐ Tăng huyết áp
- ☐ Ung thư
- ☐ Viêm khớp
- ☐ Bệnh Tim
- ☐ Khác: _____

THÔNG TIN LIÊN QUAN ĐẾN THUỐC NHỎ GIÃN MẮT

Thuốc nhỏ giãn mắt được sử dụng để làm giãn hoặc mở rộng đồng tử của mắt để bác sĩ nhãn khoa có thể nhìn rõ hơn phía bên trong mắt của quý vị.

Nhỏ thuốc giãn mắt thường làm mờ thị lực trong một khoảng thời gian có độ dài khác nhau ở mỗi người và có thể làm cho ánh đèn sáng trở nên khó chịu. Bác sĩ nhãn khoa không thể dự đoán trước mức độ ảnh hưởng đến thị lực của quý vị. Vì việc lái xe có thể gặp khó khăn ngay sau khi thực hiện kiểm tra, tốt nhất là quý vị nên sắp xếp không tự lái xe.

Các phản ứng bất lợi, chẳng hạn như tăng nhãn áp góc đóng cấp tính, có thể bị kích hoạt qua việc nhỏ thuốc giãn mắt. Điều này cực kỳ hiếm và có thể điều trị được bằng việc chăm sóc y tế ngay lập tức.

Qua đây, tôi cho phép Acuity Eye Group và/hoặc những trợ lý có thể được họ chỉ định sử dụng thuốc nhỏ giãn mắt. Thuốc nhỏ mắt là cần thiết để chẩn đoán tình trạng của tôi.

_____ _____

Bệnh nhân (hoặc người được ủy quyền ký thay bệnh nhân) Ngày

_____ _____

Nhân chứng Ngày

Tên bệnh nhân viết in hoa: _____

Acuity Eye Group
Our Vision is Your Vision™

CÔNG BỐ QUYỀN SỞ HỮU CỦA BÁC SĨ

Thông báo này giải thích cách thức tổ chức này được sở hữu và vận hành. Vui lòng xem kỹ thông tin có trong thông báo này. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc mắt của quý vị là một phần của tổ chức chuyên cung cấp các dịch vụ chăm sóc mắt toàn diện, từ việc tìm ra các khuôn gọng hoàn hảo cho đến các chuyên gia có tiếng. Tổ chức của chúng tôi được sở hữu bởi các bác sĩ đặt ưu tiên đối với sức khỏe của quý vị và được quản lý bởi các chuyên gia phối hợp để cung cấp dịch vụ chăm sóc và kết quả đạt chất lượng cao nhất.

Nếu quý vị muốn được khám bởi một nhà cung cấp không thuộc tổ chức này, vui lòng yêu cầu lễ tân hoặc nhà cung cấp bảo hiểm của quý vị để biết danh sách các chuyên gia chăm sóc mắt trong khu vực của mình.

Tổ chức Acuity Eye Care bao gồm Acuity Optical, Viện Retina thuộc California Medical Group, California Clinic Management và các trung tâm phẫu thuật cứu thương được liệt kê dưới đây.

1. San Gabriel Ambulatory Surgery Center L.P.; Renaissance ASC, LLC; Trinity Surgical Solutions, Inc; Orange ASC; và Premiere ASC, Inc đáp ứng được định nghĩa "trung tâm phẫu thuật cứu thương do bác sĩ sở hữu" theo điều 42 CFR §416.

   Trung tâm phẫu thuật cứu thương được sở hữu một phần bởi các bác sĩ sau:

   - Tom Chang, M.D.
   - Mike Samuel, M.D.
   - Mike Davis, M.D.
   - Anthony Culotta, M.D.
   - Reid Wainess, M.D.
   - Lily Lee, M.D.
   - Kevin Suk, M.D.
   - Josh Morrison-Reyes, M.D.
   - Jessica Boeckman, M.D.
   - Brian Chen, M.D.
2. Quý vị có quyền lựa chọn nhà cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình. Mặc dù chúng tôi tin rằng các trung tâm phẫu thuật cứu thương sau đây sẽ có thể đáp ứng nhu cầu của quý vị, quý vị có thể lựa chọn sử dụng một cơ sở khác ngoài các trung tâm phẫu thuật cứu thương này. Quý vị sẽ không bị bác sĩ điều trị theo cách thức khác nhau nếu chọn một cơ sở khác; tuy nhiên, bác sĩ của quý vị có thể không thực hiện được các thủ thuật quý vị cần tại một cơ sở thay thế nếu họ không duy trì các đặc quyền tại cơ sở đó.

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào liên quan đến thông báo này, vui lòng hỏi bác sĩ của quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong Acuity Eye Group.

Việc ký tên bên dưới có nghĩa là quý vị đã nhận được và hiểu rõ thông báo này.

_____ _____

Chữ ký Ngày

Acuity Eye Group

Our Vision is Your Vision™

Chính Sách Thanh Toán

Cảm ơn quý vị đã lựa chọn chúng tôi làm nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc mắt của mình. Chúng tôi cam kết mang đến cho quý vị dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng với giá cả phải chăng. Vì một số bệnh nhân của chúng tôi có thắc mắc liên quan đến trách nhiệm của bệnh nhân và bảo hiểm đối với các dịch vụ được cung cấp, chúng tôi đã được tư vấn xây dựng chính sách thanh toán này. Vui lòng đọc, đưa ra bất kỳ câu hỏi nào quý vị có thể có, và nhập vào ô trống được cung cấp. Một bản sao sẽ được gửi cho quý vị theo yêu cầu.

1. **Bảo hiểm.** Chúng tôi tham gia vào hầu hết các chương trình bảo hiểm, bao gồm cả Medicare. Nếu quý vị không được bảo hiểm bởi một chương trình mà chúng tôi tiến hành việc thanh toán đầy đủ sẽ là cần thiết tại mỗi lần khám. Nếu quý vị được bảo hiểm theo chương trình mà chúng tôi hợp tác kinh doanh, nhưng không có thẻ bảo hiểm cập nhật, quý vị phải thanh toán đầy đủ cho mỗi lần khám bệnh cho đến khi chúng tôi có thể xác minh phạm vi bảo hiểm của quý vị. *Biết rõ quyền lợi bảo hiểm của mình là trách nhiệm của quý vị.* Vui lòng liên hệ với công ty bảo hiểm của quý vị nếu có bất kỳ câu hỏi nào liên quan đến phạm vi bảo hiểm.

2. **Đồng thanh toán và các khoản khấu trừ.** Tất cả các khoản đồng thanh toán và khoản khấu trừ phải được thanh toán tại thời điểm nhận dịch vụ. Thỏa thuận này là một phần trong hợp đồng của quý vị với công ty bảo hiểm. Việc chúng tôi không thu các khoản tiền đồng thanh toán và các khoản khấu trừ từ bệnh nhân có thể được coi là gian lận. Vui lòng giúp chúng tôi tuân thủ luật pháp bằng cách thanh toán khoản đồng thanh toán của quý vị mỗi lần khám bệnh.

3. **Các dịch vụ không được bảo hiểm**. Xin lưu ý rằng một số – và có lẽ tất cả – các dịch vụ quý vị nhận được có thể không được Medicare hoặc các công ty bảo hiểm khác coi là hợp lý hoặc cần thiết. Quý vị phải thanh toán đầy đủ cho các dịch vụ này tại thời điểm thăm khám.

4. **Bằng chứng về bảo hiểm**. Tất cả bệnh nhân phải hoàn thành mẫu thông tin bệnh nhân của chúng tôi trước khi gặp bác sĩ. Chúng tôi phải thu một bản sao bằng lái xe và bảo hiểm hợp lệ hiện tại của quý vị để cung cấp bằng chứng bảo hiểm. Nếu quý vị không cung cấp cho chúng tôi thông tin bảo hiểm chính xác một cách kịp thời, quý vị có thể phải chịu trách nhiệm về khoản tiền yêu cầu chi trả.

5. **Nộp yêu cầu chi trả**. Chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị và hỗ trợ quý vị theo bất kỳ cách nào mà chúng tôi có thể để giúp quý vị nhận được khoản thanh toán. Công ty bảo hiểm của quý vị có thể cần quý vị cung cấp một số thông tin trực tiếp. Quý vị có trách nhiệm tuân thủ yêu cầu của họ. Vui lòng lưu ý rằng khoản quyết toán của yêu cầu chi trả là trách nhiệm của quý vị cho dù công ty bảo hiểm có thanh toán cho yêu cầu của quý vị hay không. Quyền lợi bảo hiểm của quý vị là một hợp đồng giữa quý vị và công ty bảo hiểm; chúng tôi không tham gia vào hợp đồng đó.

6. **Thay đổi phạm vi bảo hiểm**. Nếu bảo hiểm của quý vị thay đổi, vui lòng thông báo cho chúng tôi trước lần khám tiếp theo để chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi phù hợp nhằm giúp quý vị nhận được quyền lợi tối đa. Nếu công ty bảo hiểm của quý vị không thanh toán yêu cầu chi trả của quý vị trong vòng 45 ngày, khoản quyết toán sẽ tự động được lập hóa đơn cho quý vị.

7. **Không thanh toán.** Nếu tài khoản của quý vị đã quá hạn 90 ngày, quý vị sẽ nhận được thư thông báo rằng quý vị có 20 ngày để thanh toán đầy đủ tài khoản của mình. Việc thanh toán một phần sẽ không được chấp nhận trừ khi có thỏa thuận khác. Vui lòng lưu ý rằng nếu khoản quyết toán vẫn chưa được thanh toán,

chúng tôi có thể chuyển tài khoản của quý vị đến đơn vị thu nợ. Nếu quý vị không sẵn lòng thực hiện kế hoạch thanh toán để giải quyết khoản tiền chưa thanh toán trên $500, quý vị có thể bị loại khỏi chương trình này. Nếu điều này xảy ra, quý vị sẽ được thông báo qua thư rằng quý vị có 30 ngày để tìm kiếm dịch vụ chăm sóc y tế thay thế. Trong khoảng thời gian 30 ngày đó, bác sĩ của chúng tôi sẽ chỉ có thể điều trị cho quý vị trong trường hợp khẩn cấp.

8. **Lỡ lịch hẹn khám**. Chính sách của chúng tôi là phải chi trả cho các cuộc hẹn khám bị lỡ mà không được hủy bỏ hoặc lên lịch lại trong vòng 24 giờ trước cuộc hẹn. Các khoản phí này sẽ do quý vị chịu trách nhiệm và thanh toán trực tiếp. Vui lòng giúp chúng tôi phục vụ quý vị tốt hơn bằng cách duy trì lịch hẹn thường xuyên.

Cơ sở hoạt động của chúng tôi cam kết mang đến phương pháp điều trị tốt nhất cho bệnh nhân của mình. Mức giá chúng tôi đưa ra bao gồm các khoản phí thông thường và như thông lệ đối với khu vực của chúng tôi.
Cảm ơn quý vị đã hiểu chính sách thanh toán của chúng tôi. Vui lòng cho chúng tôi biết nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc hay băn khoăn.

Tôi đã đọc và hiểu chính sách thanh toán và đồng ý tuân theo các nguyên tắc của chính sách:

_____ _____

Chữ ký của bệnh nhân hoặc người đại diện Ngày

Thông Báo Thực Hiện Quyền Riêng Tư của Acuity Eye Group

THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ CÁCH THỨC THÔNG TIN SỨC KHỎE CỦA QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯỢC SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ CŨNG NHƯ CÁCH THỨC QUÝ VỊ CÓ THỂ TIẾP CẬN THÔNG TIN NÀY. VUI LÒNG XEM XÉT KỸ BẢN THÔNG BÁO NÀY.

Ngày hiệu lực: 1/3/2023

Tóm tắt

Đây là bản tóm tắt về cách chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị cũng như các quyền và lựa chọn của quý vị liên quan đến thông tin của mình. Chúng tôi sẽ mô tả những điều này chi tiết hơn dưới đây.

Acuity Eye Group:

Phòng khám hoặc trung tâm phẫu thuật của quý vị trước đó có thể được biết đến bằng một tên gọi khác. Acuity Eye Group được tổ chức dưới dạng một Thực Thể Liên Kết Được Bảo Hiểm tuân thủ các quy tắc về quyền riêng tư.

Thông báo này áp dụng cho tất cả các đơn vị y tế, có thể đã được quý vị biết đến trước đây hoặc hiện tại như là: Retina Institute of California Medical Group, tên thương mại Acuity Eye Group; California Clinic Management, LLC; Trilogy Eye Medical Group, tên thương mại Acuity Eye Group; Friendly Eye Medical Group; West Coast Eye Care; Orange Ambulatory Surgery Center, LLC; Renaissance Ambulatory Surgery Center, LLC; Trinity Surgical Solutions, Inc; Premiere Ambulatory Surgery Center, Inc; San Gabriel Anesthesia Associates, P.C.; San Gabriel Ambulatory Surgery Center, L.P. ; Lily Lee MD, Inc

Nếu như quý vị không chắc chắn liệu thông báo này có áp dụng cho mình hay không, vui lòng liên hệ compliance@acityeyegroup.com

Việc Sử Dụng và Tiết Lộ Thông Tin Của Chúng Tôi

Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin của quý vị khi chúng tôi:

- Điều trị cho quý vị.
- Lập hóa đơn cho các dịch vụ.
- Điều hành tổ chức của chúng tôi.
- Tiến hành nghiên cứu.
- Tuân thủ theo luật pháp.
- Phản hồi các yêu cầu hiến tặng mô và tạng.
- Làm việc với giám định viên y tế hoặc trưởng ban tang lễ.
- Giải quyết các yêu cầu bồi thường cho người lao động, thực thi pháp luật, hoặc các yêu cầu khác của chính phủ.
- Phản hồi các vụ kiện và hành động pháp lý.

Lựa Chọn Của Quý Vị

Quý vị có một số lựa chọn về cách thức chúng tôi sử dụng và chia sẻ thông tin khi chúng tôi:

- Liên lạc với quý vị.
- Báo cho gia đình và bạn bè biết về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Quảng cáo các dịch vụ của chúng tôi.

Các Quyền Của Quý Vị

Quý vị có quyền:

- Nhận một bản sao thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị bằng văn bản hoặc điện tử.
- Chuẩn hoá thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị.
- Yêu cầu chúng tôi giới hạn thông tin mà chúng tôi chia sẻ, trong một số trường hợp.
- Nhận danh sách những người mà chúng tôi đã chia sẻ thông tin của quý vị.
- Yêu cầu liên lạc bảo mật.
- Nhận bản sao của thông báo quyền riêng tư này.
- Chọn người đại diện cho quý vị.

Mục đích

Acuity Eye Group (AEG hoặc Chúng tôi) cam kết bảo vệ quyền riêng tư của quý vị. Chúng tôi về mặt pháp lý cũng bắt buộc phải duy trì tính bảo mật của thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị (PHI) theo Đạo Luật Về Trách Nhiệm Giải Trình Và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế (HIPAA) cũng như các luật liên bang và tiểu bang khác. Chúng tôi tuân thủ luật về quyền riêng tư của tiểu bang khi luật đó chặt chẽ hơn hoặc bảo vệ PHI của quý vị cao hơn luật liên bang.

Là một phần trong cam kết của chúng tôi và tuân thủ pháp luật, chúng tôi cung cấp cho quý vị Thông Báo Thực Hiện Quyền Riêng Tư này (Thông Báo). Thông Báo này mô tả:

- Các nghĩa vụ pháp lý và thực hiện quyền riêng tư của chúng tôi liên quan đến PHI của quý vị, bao gồm cả nghĩa vụ của chúng tôi trong việc thông báo cho quý vị khi thông tin PHI không được bảo mật của quý vị bị xâm phạm dữ liệu.
- Việc chúng tôi được phép sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị.
- Quyền của quý vị liên quan đến PHI của mình

Liên hệ

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về Thông Báo này, vui lòng liên hệ compliance@acuityeyegroup.com

Định nghĩa PHI

PHI của quý vị:

- Là thông tin sức khỏe về quý vị:
  - mà người nào đó có thể sử dụng để định danh quý vị; và
  - thông tin mà chúng tôi lưu giữ hoặc truyền tải dưới dạng điện tử, lời nói, hoặc văn bản.
- Bao gồm các thông tin của quý vị như:
  - tên.
  - thông tin liên hệ.
  - tình trạng sức khỏe thể chất hoặc tinh thần hoặc bệnh lý trong quá khứ, hiện tại, hoặc tương lai.
  - thanh toán cho các sản phẩm hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe; hoặc
  - đơn thuốc.
- Không bao gồm hồ sơ việc làm mà chủ lao động của quý vị có thể lưu giữ.

Phạm vi

Chúng tôi tạo hồ sơ về các dịch vụ chăm sóc và sức khỏe mà quý vị nhận được, để cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị và tuân thủ các yêu cầu pháp lý nhất định. Thông Báo này áp dụng cho tất cả PHI mà chúng tôi tạo ra.

Chúng tôi tuân theo các nghĩa vụ và thực hiện quyền riêng tư mà Thông Báo này mô tả cũng như bất kỳ thay đổi nào khi có hiệu lực.

Những thay đổi đối với Thông Báo này

Chúng tôi có thể thay đổi các điều khoản của Thông Báo này và những thay đổi sẽ áp dụng cho tất cả thông tin chúng tôi có về quý vị. Thông báo mới sẽ có sẵn khi được yêu cầu, tại văn phòng và trên trang web của chúng tôi. Chúng tôi cũng sẽ gửi cho quý vị một bản sao của thông báo đã sửa đổi.

Báo Cáo Vi Phạm Dữ Liệu

Chúng tôi sẽ thông báo ngay cho quý vị nếu xảy ra vi phạm dữ liệu mà có thể ảnh hưởng đến quyền riêng tư hoặc tính bảo mật PHI của quý vị. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị trong khung thời gian hợp lý theo quy định sau khi chúng tôi phát hiện ra vi phạm. Trong đa số trường hợp, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản, qua thư bảo đảm hoặc chúng tôi có thể gửi email cho quý vị nếu quý vị đã cung cấp cho chúng tôi địa chỉ email hiện tại của mình và trước đó quý vị đã đồng ý nhận thông báo qua thư điện tử. Trong một số trường hợp, các đối tác kinh doanh của chúng tôi, như được mô tả chi tiết hơn bên dưới, có thể gửi thông báo cho quý vị. Trong một số ít trường hợp khi chúng tôi có thông tin liên hệ không đầy đủ hoặc đã cũ, chúng tôi có thể gửi thông báo bằng hình thức thay thế được chấp nhận về mặt pháp lý.

Sử Dụng và Tiết Lộ PHI của Quý Vị

Luật pháp cho phép hoặc yêu cầu chúng tôi sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị vì nhiều lý do khác nhau, sẽ được chúng tôi sẽ giải thích trong Thông Báo này. Chúng tôi đã đưa vào một số ví dụ, nhưng chưa thể liệt kê mọi trường hợp sử dụng hoặc tiết lộ được cho phép. Khi sử dụng hoặc tiết lộ PHI hoặc yêu cầu PHI của quý vị từ một nguồn khác, chúng tôi sẽ cố gắng nỗ lực hợp lý để hạn chế việc sử dụng, tiết lộ hoặc yêu cầu PHI của quý vị xuống mức tối thiểu mà chúng tôi cần để đạt được mục tiêu đã định của mình.

Sử Dụng và Tiết Lộ Các Hoạt Động Điều Trị, Thanh Toán hoặc Chăm Sóc Sức Khỏe

- Điều trị. Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị và chia sẻ nó với các chuyên gia khác đang điều trị cho quý vị, bao gồm bác sĩ, y tá, kỹ thuật viên, sinh viên y khoa hoặc nhân viên bệnh viện tham gia chăm sóc cho quý vị. Ví dụ: chúng tôi có thể tiết lộ thông tin về tình trạng y tế tổng thể của quý vị cho các bác sĩ đang điều trị một chấn thương hoặc tình trạng cụ thể cho quý vị.
- Thanh toán. Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị để lập hóa đơn và nhận thanh toán từ các chương trình sức khỏe hoặc những đơn vị khác. Ví dụ: chúng tôi chia sẻ PHI của quý vị với chương trình bảo hiểm y tế của quý vị để chương trình này thanh toán cho các dịch vụ mà quý vị nhận được.
- Hoạt Động Chăm Sóc Sức Khỏe. Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị để thực hiện hoạt động của chúng tôi và cải thiện việc chăm sóc cho quý vị. Ví dụ: chúng tôi có thể sử dụng PHI của quý vị để quản lý các dịch vụ mà quý vị nhận được hoặc để giám sát chất lượng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của chúng tôi.

Việc Sử Dụng Và Tiết Lộ Khác

Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin của quý vị theo những cách khác, thường là vì mục đích sức khỏe cộng đồng hoặc nghiên cứu hoặc để đóng góp cho lợi ích công cộng. Chúng tôi phải đáp ứng các điều kiện theo pháp luật trước khi có thể chia sẻ thông tin của quý vị vì những lý do sau:

- **Đối Tác Kinh Doanh Của Chúng Tôi.** Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị cho những người hoặc tổ chức bên ngoài thực hiện các dịch vụ đại diện cho chúng tôi, chẳng hạn như kiểm toán, pháp lý hoặc sao kê (**Đối Tác Kinh Doanh**). Luật pháp yêu cầu các đối tác kinh doanh của chúng tôi và các nhà thầu phụ của họ phải bảo vệ PHI của quý vị tương tự như chúng tôi. Theo hợp đồng, chúng tôi cũng yêu cầu các bên này chỉ sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị khi được phép và bảo vệ PHI của quý vị một cách hợp lý.
- **Tuân Thủ Pháp Luật**. Ví dụ: chúng tôi sẽ chia sẻ PHI của quý vị nếu Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh yêu cầu khi điều tra việc chúng tôi tuân thủ pháp luật về quyền riêng tư.
- **Các Hoạt Động về An Toàn và Sức Khỏe Cộng Đồng.** Ví dụ: chúng tôi có thể chia sẻ PHI của quý vị để:
    - báo cáo thương tích, sinh đẻ và tử vong.
    - phòng ngừa bệnh tật.
    - báo cáo phản ứng bất lợi đối với thuốc hoặc lỗi sản phẩm thiết bị y tế.
    - báo cáo nghi ngờ việc bỏ bê hoặc lạm dụng trẻ em, hoặc bạo lực gia đình; hoặc
    - ngăn ngừa một mối đe dọa nghiêm trọng đối với sức khỏe hoặc an toàn công cộng.
- **Hồi Đáp Các Hành Động Pháp Lý.** Ví dụ: chúng tôi có thể chia sẻ PHI của quý vị để phản hồi:
    - một lệnh tòa án hoặc hành chính hoặc trát đòi hầu tòa.
    - lệnh khám xét; hoặc
    - quy trình pháp lý khác.
- **Nghiên cứu.** Ví dụ: chúng tôi có thể chia sẻ PHI của quý vị cho một số dạng nghiên cứu sức khỏe không yêu cầu sự cho phép của quý vị, chẳng hạn như nếu một hội đồng thẩm định cơ sở (IRB) khước từ yêu cầu ủy quyền bằng văn bản. Nếu nghiên cứu cần sự chấp thuận của quý vị, chúng tôi sẽ chỉ chia sẻ thông tin của quý vị nếu quý vị đồng ý chia sẻ thông tin của mình với nghiên cứu.
- **Đánh Giá Chất Lượng:** Chúng tôi cố gắng cung cấp dịch vụ chăm sóc tốt nhất cho tập bệnh nhân của mình. Để hiểu rõ hơn nhu cầu đa dạng của cộng đồng và cải thiện sự phối hợp và cung cấp dịch vụ chăm sóc, chúng tôi có thể tiến hành các hoạt động đánh giá và cải thiện chất lượng. Các hoạt động này bao gồm đánh giá kết quả và phát triển các hướng dẫn lâm sàng, các hoạt động dựa trên tập đối tượng liên quan đến cải thiện sức khỏe hoặc giảm chi phí chăm sóc sức khỏe, cải tiến quy trình, quản lý sự vụ và điều phối chăm sóc.
- **Người Giám Định Y Tế Hoặc Trưởng Ban Tang Lễ.** Ví dụ: chúng tôi có thể chia sẻ PHI với nhân viên điều tra, người giám định y tế, hoặc trưởng ban tang lễ khi một cá nhân qua đời.
- **Hiến Tặng Nội Tạng Hoặc Mô.** Ví dụ: chúng tôi có thể chia sẻ PHI của quý vị để sắp xếp việc hiến tặng nội tạng hoặc mô từ quý vị hoặc khi thực hiện cấy ghép cho quý vị.
- **Bồi Thường Cho Người Lao Động, Thực Thi Pháp Luật, hoặc Các Yêu Cầu Khác Của Chính Phủ.** Ví dụ: chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị để:
    - yêu cầu bồi thường cho người lao động.
    - các hoạt động giám sát sức khỏe của các cơ quan liên bang hoặc tiểu bang.
    - mục đích thực thi pháp luật hoặc với một công chức thực thi pháp luật; hoặc
    - các đơn vị chức năng chuyên biệt của chính phủ, chẳng hạn như các hoạt động của quân đội và cựu chiến binh, an ninh và tình báo quốc gia, dịch vụ bảo vệ tổng thống, hoặc sự phù hợp về y tế.

- **Tiếp Thị hoặc Bán Thông Tin Sức Khỏe**. Hầu hết việc sử dụng và chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị cho các mục đích tiếp thị hoặc bất kỳ hoạt động bán thông tin sức khỏe nào của quý vị đều bị hạn chế nghiêm ngặt và cần có sự cho phép bằng văn bản của quý vị. Quý vị có thể hủy bỏ ủy quyền của mình bằng văn bản bất cứ lúc nào, nhưng điều đó sẽ không ảnh hưởng đến thông tin mà chúng tôi đã sử dụng và tiết lộ dựa trên sự cho phép trước đó.

Lựa Chọn Của Quý Vị

Đối với một số thông tin sức khỏe nhất định, quý vị có thể cho chúng tôi biết lựa chọn về những gì chúng tôi chia sẻ. Nếu quý vị có mong muốn rõ ràng về cách chúng tôi chia sẻ thông tin của quý vị trong các tình huống được mô tả bên dưới, vui lòng liên hệ compliance@acuityeyegroup.com và chúng tôi sẽ có những nỗ lực hợp lý để thực hiện theo yêu cầu của quý vị. Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin của quý vị nếu tin rằng điều đó mang lại lợi ích tốt nhất cho quý vị, theo đánh giá tốt nhất của chúng tôi, và:

- Nếu quý vị không thể cho chúng tôi biết mong muốn của quý vị, chẳng hạn như khi quý vị bất tỉnh.
- Khi cần thiết để giảm bớt mối đe dọa nghiêm trọng và sắp xảy ra đối với sức khỏe hoặc sự an toàn.

Các Quyền Của Quý Vị

Quý vị có những quyền nhất định đối với thông tin sức khỏe của bản thân. Phần này giải thích các quyền của quý vị và một số trách nhiệm của chúng tôi trong việc trợ giúp quý vị.

Quý vị có quyền:

- **Kiểm Tra và Giữ Một Bản Sao PHI của Quý Vị.** Quý vị có quyền xem hoặc nhận bản sao PHI điện tử hoặc bằng văn bản mà chúng tôi lưu giữ về quý vị (quyền yêu cầu tiếp cận). Một số giải thích chi tiết về quyền tiếp cận của quý vị:
  - Chúng tôi có thể yêu cầu quý vị đưa ra yêu cầu tiếp cận bằng văn bản bằng cách gửi một biểu mẫu đã điền đầy đủ thông tin được quý vị hoặc người đại diện hợp pháp của quý vị ký và ghi rõ ngày tháng.
  - Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cung cấp bản sao PHI của quý vị cho thành viên gia đình, một cá nhân khác hoặc một tổ chức được chỉ định. Chúng tôi yêu cầu quý vị gửi các yêu cầu này bằng văn bản có chữ ký của quý vị, và/gửi biểu mẫu điện tử đã ký, đồng thời xác định rõ người được chỉ định và nơi gửi PHI tới.
  - Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi gửi trực tiếp một bản sao PHI của quý vị cho bên thứ ba mà quý vị đã chọn một cách thường xuyên, lâu dài. Chúng tôi yêu cầu quý vị nộp các yêu cầu này bằng cách gửi biểu mẫu đã điền đầy đủ được quý vị hoặc người đại diện hợp pháp của quý vị ký tên và ghi rõ ngày tháng.
  - nếu quý vị yêu cầu một bản sao PHI của mình, chúng tôi thường sẽ ra quyết định cung cấp hoặc từ chối quyền tiếp cận trong vòng 15 ngày, tuy nhiên, nếu chúng tôi không thể thực hiện trong vòng 15 ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị lý do chậm trễ bằng văn bản và thời điểm quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện theo yêu cầu của quý vị; và
  - Chúng tôi có thể từ chối yêu cầu tiếp cận của quý vị trong một số trường hợp hạn chế nhất định, tuy nhiên, nếu chúng tôi từ chối yêu cầu tiếp cận của quý vị, chúng tôi sẽ cung cấp văn bản từ chối làm cơ sở cho quyết định của chúng tôi và giải thích các quyền của quý vị.
- **Sửa Đổi**. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi chỉnh sửa hoặc sửa đổi PHI mà chúng tôi lưu giữ về quý vị mà quý vị cho là không đúng hoặc không chính xác. Đối với những yêu cầu này:
  - Quý vị phải gửi yêu cầu bằng văn bản/điện tử chỉ ra thông tin PHI không chính xác hoặc không đúng và cung cấp lý do giải trình cho yêu cầu của quý vị.

- Chúng tôi thường sẽ ra quyết định chấp thuận hoặc từ chối yêu cầu của quý vị trong vòng 15 ngày. Nếu chúng tôi không thể xử lý trong vòng 15 ngày, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị lý do chậm trễ bằng văn bản bao gồm thời điểm chúng tôi đưa ra quyết định theo như kỳ vọng, thời gian này sẽ không quá 30 ngày tiếp theo. Chúng tôi sẽ chỉ yêu cầu gia hạn một lần để phản hồi yêu cầu.
- Chúng tôi có thể từ chối yêu cầu sửa đổi của quý vị nếu quý vị yêu cầu chúng tôi sửa đổi PHI không phải là một phần trong hồ sơ của chúng tôi, mà chúng tôi không tạo ra, không phải là một phần của bộ hồ sơ được chỉ định, hoặc thông tin đã chính xác và đầy đủ.
- Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ cho quý vị biết lý do bằng văn bản. Quý vị sẽ có quyền gửi một văn bản không đồng ý với việc từ chối và nếu quý vị chọn không gửi văn bản này, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cung cấp yêu cầu sửa đổi bản gốc của quý vị và từ chối bất kỳ tiết lộ về PHI nào trong tương lai tùy theo nội dung sửa đổi. Tuy nhiên, chúng tôi có thể soạn văn bản bác bỏ đối với đơn không chấp thuận của bất kỳ cá nhân nào; và chúng tôi sẽ thêm vào tài liệu được tạo hoặc gửi theo nội dung này vào hồ sơ được chỉ định của quý vị.

- **Yêu Cầu Hạn Chế Bổ Sung.** Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi hạn chế những gì chúng tôi sử dụng hoặc chia sẻ về PHI của quý vị (quyền yêu cầu hạn chế). Quý vị có thể liên hệ với chúng tôi và yêu cầu chúng tôi không sử dụng hoặc chia sẻ một số PHI nhất định cho việc điều trị, thanh toán, hay các hoạt động hoặc với một số người liên quan đến việc chăm sóc cho quý vị. Chúng tôi yêu cầu quý vị gửi yêu cầu này bằng văn bản. Đối với những yêu cầu này:
  - Chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý.
  - chúng tôi có thể trả lời "không" nếu điều đó ảnh hưởng đến việc chăm sóc của quý vị; nhưng
  - Chúng tôi sẽ đồng ý không tiết lộ thông tin cho một chương trình sức khỏe vì mục đích thanh toán hoặc các hoạt động chăm sóc sức khỏe nếu hạn chế được yêu cầu liên quan đến một hạng mục hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị hoặc một người khác, không phải là chương trình sức khỏe, đã thanh toán chi phí tự trả, trừ khi pháp luật có yêu cầu khác.
- **Yêu Cầu Giải Trình Tiết Lộ Thông Tin.** Quý vị có quyền yêu cầu giải trình một số tiết lộ PHI nhất định mà chúng tôi đã thực hiện. Đối với những yêu cầu này:
  - Chúng tôi có thể yêu cầu thêm 15 ngày trong khoảng thời gian 30 ngày này, nhưng nếu có, chúng tôi sẽ chỉ thực hiện điều đó một lần, cung cấp văn bản giải thích lý do và cho biết ngày mà chúng tôi dự định gửi phản hồi.
  - Chúng tôi sẽ đề cập tất cả các tiết lộ ngoại trừ những tiết lộ về điều trị, thanh toán và hoạt động chăm sóc sức khỏe, và một số tiết lộ khác, chẳng hạn như bất kỳ tiết lộ nào quý vị yêu cầu chúng tôi thực hiện; và
  - Chúng tôi sẽ cung cấp giải trình một năm miễn phí.
- **Yêu Cầu Liên Lạc Bảo Mật.** Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi liên lạc với quý vị về các vấn đề sức khỏe theo một cách thức nhất định hoặc tại một địa điểm nhất định. Ví dụ: quý vị có thể yêu cầu chúng tôi chỉ liên hệ với quý vị tại nơi làm việc hoặc tại một địa chỉ cụ thể. Đối với những yêu cầu này:
  - quý vị phải chỉ định cách thức hoặc địa điểm quý vị muốn được liên hệ; và
  - Chúng tôi sẽ đáp ứng các yêu cầu hợp lý.
- **Chọn Người Đại Diện Cho Quý Vị**. Nếu quý vị đã ủy quyền y tế cho ai đó hoặc nếu ai đó là người giám hộ hợp pháp của quý vị, người đó có thể thực hiện các quyền của quý vị và đưa ra lựa chọn về PHI của quý vị. Chúng tôi sẽ xác nhận người đó có thẩm quyền này và có thể hành động thay cho quý vị trước khi chúng tôi thực hiện bất kỳ hành động nào.

- **Khiếu Nại.** Quý vị có quyền khiếu nại nếu cảm thấy chúng tôi đã vi phạm quyền của quý vị. Chúng tôi sẽ không thực hiện hành động trả đũa vì quý vị đã gửi đơn khiếu nại. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại:

    - trực tiếp với chúng tôi tới compliance@acuityeyegroup.com. Tất cả các khiếu nại phải được gửi bằng văn bản; hoặc tới Văn Phòng Quyền Công Dân thuộc Bộ Y Tế Và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ. Gửi thư tới 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, gọi điện tới 1-877-696-6775; hoặc truy cập www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/

Acuity Eye Group
Our Vision is Your Vision™

Xác Nhận Đã Nhận

Tôi, _____, (tên của cá nhân), xác nhận rằng vào ngày _____(ngày) tôi đã nhận được một bản sao Thông Báo Thực Hiện Quyền Riêng Tư của Acuity Eye Group và tôi đã đọc và hiểu thông báo. Tôi hiểu rằng:

- Tôi có một số quyền nhất định đối với quyền riêng tư liên quan đến PHI của mình.
- AEG có thể và sẽ sử dụng PHI của tôi cho các mục đích điều trị, thanh toán và hoạt động chăm sóc sức khỏe của tôi.
- Thông Báo giải thích chi tiết hơn về cách thức AEG có thể sử dụng và chia sẻ PHI của tôi cho các mục đích khác.
- Tôi có các quyền liên quan đến PHI của mình được liệt kê trong Thông Báo.
- AEG có quyền thay đổi Thông Báo theo thời gian và tôi có thể nhận được bản sao hiện tại của Thông báo bằng cách liên hệ tới địa chỉ compliance@acuityeyegroup.com

_____ _____
Chữ Ký của Bệnh Nhân hoặc Đại Diện Bệnh Nhân Ngày

Ngày Sinh: _____ Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân:_____

Đồng Ý Nhận Liên Lạc Điện Tử

_____ [Ký tắt ở đây] Tôi đồng ý để AEG liên hệ bằng văn bản, email, phương thức liên lạc điện tử khác để nhắc nhở lịch hẹn hoặc các dịch vụ khác của AEG bằng cách sử dụng số điện thoại và email trong hồ sơ bệnh án của tôi.

CHỈ SỬ DỤNG CHO VĂN PHÒNG:

Nỗ Lực Thiện Chí Thu Giấy Xác Nhận ☐*Đánh dấu vào ô này nếu bệnh nhân đã ký ở trên*
Tôi đã cố gắng lấy chữ ký của bệnh nhân hoặc người đại diện bệnh nhân trên Biểu Mẫu Xác Nhận Thông Báo Thực Hiện Quyền Riêng Tư của HIPAA, nhưng không thể thực hiện được như giải trình dưới đây:

Lý Do: _____

Tên:_____Ngày:_____

Chữ ký: _____

THÔNG BÁO VÀ XÁC NHẬN VỀ VIỆC ĐÃ TIẾP NHẬN VÀ HIỂU

Thông Báo Bệnh Nhân về Thanh Toán Mở CMS

Cơ sở dữ liệu Thanh Toán Mở là một công cụ liên bang được sử dụng để tìm kiếm các khoản thanh toán của các công ty thuốc và thiết bị dành cho các bác sĩ và bệnh viện giảng dạy.

Chỉ nhằm mục đích cung cấp thông tin, quý vị có thể tìm thấy một liên kết dẫn đến trang web Thanh Toán Mở của Trung Tâm Dịch Vụ Medicare và Medicaid (CMS) tại https://openpaymentsdata.cms.gov

Thông Báo Bệnh Nhân về Ban Điều Hành Medical California

Các bác sĩ y tế được cấp phép và quản lý bởi Hội Đồng Y Tế California.

Để kiểm tra giấy phép hoặc nộp đơn khiếu nại, hãy truy cập www.mbc.ca.gov, gửi email: licensecheck@mbc.ca.gov, hoặc gọi (800) 633-2322.

_____ _____

Bệnh nhân (hoặc người được ủy quyền ký thay bệnh nhân) Ngày

Tên Bệnh Nhân Viết In Hoa: _____

Acuity Eye Group
Our Vision is Your Vision™

THỎA THUẬN TRỌNG TÀI GIỮA BÁC SĨ – BỆNH NHÂN

Điều 1: Thỏa Thuận Trọng Tài: Điều này được hiểu rằng bất kỳ tranh chấp nào về sơ suất y tế, tức là nếu bất kỳ dịch vụ y tế nào được cung cấp theo hợp đồng này là không cần thiết hoặc không được phép hay được cung cấp không đúng cách, cẩu thả hoặc không đáp ứng đủ năng lực, sẽ được xác định bằng cách đệ trình lên trọng tài theo quy định của luật pháp California, và không phải là một vụ việc tố tụng hoặc viện đến thủ tục tòa án trừ khi luật pháp California quy định về việc xem xét tư pháp đối với các thủ tục trọng tài. Cả hai bên của hợp đồng này, khi tham gia vào hợp đồng, đang từ bỏ quyền hiến định của mình để bất kỳ tranh chấp nào như vậy được xử tại tòa án trước bồi thẩm đoàn, và thay vào đó chấp nhận sử dụng trọng tài.

Điều 2: Tất Cả Các Khiếu Nại Phải Được Phân Xử: Các bên đều biết là thỏa thuận này ràng buộc tất cả các bên có khiếu nại có thể phát sinh từ hoặc liên quan đến việc điều trị hoặc dịch vụ do bác sĩ cung cấp, bao gồm bất kỳ người phối ngẫu hoặc người thừa kế nào của bệnh nhân và bất kỳ con cái nào, cho dù đã sinh ra hoặc chưa sinh, tại thời điểm xảy ra sự cố làm phát sinh bất kỳ yêu cầu bồi thường nào. Trong trường hợp người mẹ đang mang thai, thuật ngữ "bệnh nhân" ở đây có nghĩa là cả người mẹ và đứa trẻ hoặc những đứa trẻ sắp sinh của người mẹ. Tất cả các yêu cầu bồi thường thiệt hại về tiền bạc vượt quá giới hạn thẩm quyền của tòa án xử lý khiếu nại nhỏ chống lại bác sĩ và các bên của bác sĩ, cộng sự, hiệp hội, công ty hoặc đối tác và nhân viên, đại lý và tài sản của bất kỳ ai trong số đó, phải được phân xử bao gồm, nhưng không giới hạn, các yêu cầu bồi thường về sự mất mát của các nhóm, cái chết oan trái, đau khổ về tinh thần hoặc các tổn thất thiệt hại do trừng phạt. Việc lập hồ sơ bất kỳ hành động nào tại bất kỳ tòa án nào của bác sĩ nhằm thu bất kỳ khoản phí nào từ bệnh nhân sẽ không từ bỏ quyền bắt buộc phân xử đối với bất kỳ khiếu nại sơ suất nào. Tuy nhiên, sau khi xác nhận bất kỳ khiếu nại nào chống lại bác sĩ, mọi tranh chấp về phí, cho dù là đối tượng của bất kỳ vụ kiện nào hiện có tại tòa, cũng sẽ được giải quyết bằng trọng tài.

Điều 3: Thủ Tục và Luật Áp Dụng: Yêu cầu trọng tài phải được thông báo bằng văn bản cho tất cả các bên. Mỗi bên sẽ chọn một trọng tài viên (bên trọng tài) trong vòng ba mươi ngày và một trọng tài viên thứ ba (trọng tài trung lập) sẽ được lựa chọn bởi các trọng tài viên do các bên chỉ định trong vòng ba mươi ngày kể từ khi một trong hai bên yêu cầu một trọng tài trung lập. Mỗi bên tham gia trọng tài sẽ thanh toán cho bên đó phần chi phí và lệ phí của trọng tài trung lập, cùng với các chi phí khác của trọng tài phát sinh hoặc được chấp thuận bởi trọng tài trung lập, không bao gồm phí luật sư hoặc phí nhân chứng, hoặc các chi phí khác phát sinh bởi một bên vì lợi ích của bên đó. Các bên đồng ý rằng các trọng tài viên được miễn trách nhiệm dân sự của cán bộ tư pháp khi hành động với tư cách là trọng tài viên theo hợp đồng này. Quyền miễn trừ này sẽ bổ sung cho mọi quy định hiện hành khác của thông luật. Một trong hai bên sẽ có quyền phân xử riêng biệt về các vấn đề trách nhiệm pháp lý và thiệt hại khi có yêu cầu bằng văn bản tới trọng tài trung lập. Sự đồng ý của các bên đối với hành vi can thiệp và người tham gia vào phân xử trọng tài này của bất kỳ cá nhân hoặc tổ chức nào mà nếu không sẽ là một bên bổ sung thích hợp trong hoạt động của tòa án, và sau việc can thiệp và tham gia đó, bất kỳ hành động nào của tòa án chống lại người hoặc tổ chức bổ sung đó sẽ được giữ nguyên hiện trạng chờ phân xử.

Các bên đồng ý rằng các quy định của luật California áp dụng cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sẽ được áp dụng cho các tranh chấp trong thỏa thuận trọng tài này, bao gồm, nhưng không giới hạn, Bộ Luật Tố Tụng Dân Sự Phần 340.5 và 667.7 và Bộ Luật Dân Sự Phần 3333.1 và 3333.2. Bất kỳ bên nào cũng có thể đưa ra trước các trọng tài một kiến nghị về phán quyết tóm tắt hoặc xét xử tóm tắt theo quy định của Bộ Luật Tố Tụng Dân Sự. Việc điều tra sẽ được tiến hành theo Bộ Luật Tố Tụng Dân Sự phần 1283.05; tuy nhiên, các bằng chứng có thể được thực hiện mà không có sự chấp thuận trước của trọng tài trung lập.

Điều 4: Quy Định Chung: Tất cả các khiếu nại dựa theo cùng một sự vụ, giao dịch hoặc các tình huống liên quan sẽ được phân xử trong một vụ kiện. Yêu cầu bồi thường sẽ bị từ bỏ và cấm vĩnh viễn nếu (1) vào ngày nhận được thông báo, yêu cầu bồi thường, nếu được đánh giá trong một vụ kiện dân sự, bị cấm bởi đạo luật áp dụng của California, hoặc (2) người yêu cầu bồi thường không theo đuổi yêu cầu phân xử trọng tài tuân thủ các thủ tục được quy định ở đây một cách cẩn trọng hợp lý. Đối với bất kỳ vấn đề nào không được quy định rõ ràng ở đây, trọng tài sẽ được điều chỉnh bởi các điều khoản của Bộ Luật Tố Tụng Dân Sự California liên quan đến trọng tài.

Điều 5: Thu hồi: Thỏa thuận này có thể bị thu hồi bằng văn bản thông báo gửi cho bác sĩ trong vòng 30 ngày kể từ ngày ký. Mục đích của thỏa thuận này áp dụng cho tất cả các dịch vụ y tế được cung cấp bất kỳ lúc nào cho tình trạng bệnh.

Điều 6: Hiệu Lực Hồi Tố: Nếu bệnh nhân dùng thỏa thuận này chi trả cho các dịch vụ được cung cấp trước ngày ký (Bao gồm, nhưng không giới hạn, việc điều trị khẩn cấp), bệnh nhân cần ký tắt trực tiếp vào bên dưới và thỏa thuận này sẽ được coi là có hiệu lực kể từ ngày sử dụng dịch vụ y tế đầu tiên:

_____ **Chữ Ký Tắt của Bệnh Nhân hoặc Đại Diện Bệnh Nhân**

Nếu bất kỳ điều khoản nào của thỏa thuận trọng tài này bị coi là vô hiệu hoặc không thể thi hành, các điều khoản còn lại sẽ vẫn có hiệu lực đầy đủ và không bị ảnh hưởng bởi tính vô hiệu của bất kỳ điều khoản nào khác. Tôi hiểu rằng mình có quyền nhận một bản sao của thỏa thuận trọng tài này. Bằng chữ ký của mình dưới đây, tôi xác nhận rằng tôi đã nhận được một bản sao.

THÔNG BÁO: BẰNG VIỆC KÝ KẾT HỢP ĐỒNG NÀY, QUÝ VỊ ĐỒNG Ý RẰNG BẤT KỲ VẤN ĐỀ SƠ SUẤT Y TẾ NÀO SẼ ĐƯỢC QUYẾT ĐỊNH BỞI TRỌNG TÀI TRUNG LẬP VÀ QUÝ VỊ TỪ BỎ QUYỀN CỦA MÌNH ĐỐI VỚI GIẢI QUYẾT BẰNG BỒI THẨM ĐOÀN TRƯỚC TÒA. XEM ĐIỀU 1 CỦA HỢP ĐỒNG NÀY.

_____ _____

Chữ Ký của Bệnh Nhân hoặc Đại Diện Bệnh Nhân Ngày

_____

Tên Bệnh Nhân Viết In Hoa

_____ _____

Chữ Ký của Bác Sĩ hoặc Người Đại Diện Được Ủy Quyền Ngày

_____

Tên của Đại Diện Bệnh Nhân Viết In Hoa và Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân (nếu có mặt)