

## XÁC NHẬN VÀ CHẤP THUẬN

Tôi hiểu rằng **Northwest Gastroenterology Clinic & NGC Endoscopy Services** (sau đây gọi là “Tổ Chức Hành Nghề này”) sẽ sử dụng và tiết lộ thông tin y tế về tôi.

Tôi hiểu rằng **thông tin y tế** của tôi có thể bao gồm thông tin mà tổ chức hành nghề này tạo ra và nhận được, có thể ở dạng hồ sơ giấy hoặc điện tử hoặc bằng lời nói và có thể bao gồm thông tin về bệnh sử, tình trạng sức khỏe, triệu chứng, buổi thăm khám, kết quả xét nghiệm, chẩn đoán, phương pháp điều trị, thủ thuật, toa thuốc và các loại thông tin tương tự liên quan đến sức khỏe.

Tôi hiểu và đồng ý rằng Tổ chức hành nghề này có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của tôi để:

- Đưa ra quyết định và lập kế hoạch về việc chăm sóc và điều trị cho tôi;
- Giới thiệu, tham vấn, điều phối và quản lý cùng với các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác về việc chăm sóc và điều trị cho tôi;
- Xác định tôi có đủ điều kiện tham gia gói bảo hiểm hoặc chương trình y tế không và gửi hóa đơn, yêu cầu chi trả cũng như thông tin liên quan khác cho các công ty bảo hiểm hoặc những người khác có thể chịu trách nhiệm thanh toán cho một số hoặc toàn bộ các dịch vụ y tế của tôi; và
- Thực hiện các chức năng văn phòng, hành chính và kinh doanh khác nhau để hỗ trợ cho công sức của bác sĩ trong việc cung cấp, sắp xếp và nhận hoàn trả chi phí các dịch vụ chăm sóc y tế chất lượng, tiết kiệm chi phí cho tôi

Tôi cũng hiểu rằng mình có quyền nhận và xem xét văn bản mô tả cách Tổ Chức Hành Nghề này sẽ xử lý thông tin y tế về tôi. Văn bản mô tả này có tiêu đề là Thông Báo về Việc Thực Hành Quyền Riêng Tư, mô tả việc sử dụng và tiết lộ thông tin y tế cũng như các hoạt động thực hành thông tin mà các nhân viên và nhân sự văn phòng khác của Tổ Chức Hành Nghề này tuân theo, cũng như các quyền của tôi đối với thông tin y tế của tôi.

Tôi hiểu rằng Thông Báo về Việc Thực Hành Quyền Riêng Tư có thể được sửa đổi tùy từng thời điểm và rằng tôi có quyền nhận bản sao mọi Thông Báo về Việc Thực Hành đã sửa đổi. Tôi cũng hiểu rằng bản sao phiên bản Thông Báo về Việc Thực Hành Quyền Riêng Tư cập nhật nhất đang có hiệu lực của Tổ Chức Hành Nghề này sẽ được dán ở khu vực chờ/lễ tân.

Tôi hiểu rằng mình có quyền yêu cầu Tổ Chức Hành Nghề này không sử dụng hoặc tiết lộ một số và/hoặc tất cả thông tin y tế của tôi theo cách được mô tả trong Thông Báo về Việc Thực Hành Quyền Riêng Tư và tôi hiểu rằng “Tổ Chức Hành Nghề này” không bắt buộc phải đồng ý các yêu cầu đó theo pháp luật.

**Bằng cách ký tên dưới đây, tôi đồng ý rằng tôi đã xem và hiểu rõ thông tin trên và rằng tôi đã nhận hoặc được đề nghị một bản sao của Thông Báo về Việc Thực Hành Quyền Riêng Tư.**

Người Ký: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_  
(Bệnh Nhân)

### HOẶC

Người Ký: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_  
(Đại Diện Của Bệnh Nhân)

Mô Tả về Thảm Quyền của Người Đại Diện: \_\_\_\_\_