

## Điều khoản và điều kiện đăng ký, các dịch vụ y khoa và thoả thuận tài chính

1. UCSF Benioff Children's Physicians (UBCP) là một bộ phận của Đại học và gồm (các) bệnh viện, (các) trung tâm y khoa, các phòng khám tại bệnh viện và Trường Y UCSF (UCSF School of Medicine).
2. **CHẤP THUẬN Y KHOA:** Tôi chấp thuận cho thực hiện các phép điều trị hoặc thủ thuật, khám bệnh bằng quang tuyến X, lấy máu để xét nghiệm, dùng thuốc, tiêm chích, chụp hình y khoa, quay video và làm các thủ tục phòng thí nghiệm.
3. **TIẾT LỘ THÔNG TIN Y KHOA:** Sắc luật Thực hành Thông tin của Tiểu bang California đòi hỏi UBCP phải cung cấp các thông tin sau đây cho các cá nhân đã cho thông tin về bản thân họ. Là bệnh nhân của UBCP, tôi sẽ được yêu cầu nộp một số thông tin cá nhân, như là địa chỉ và số điện thoại, số an sinh xã hội (SSN), thông tin bảo hiểm, lược sử sức khỏe và việc điều trị cho tôi. Mục đích chính khi yêu cầu những thông tin này là để đảm bảo sự nhận dạng chính xác, sự chăm sóc y khoa tiếp tục và sự thanh toán hóa đơn cho việc chăm sóc đó. Theo quy định của Sắc luật Liên bang Bảo vệ quyền Riêng tư năm 1974, Điều khoản IX, Mục 9 của Hiến pháp California, Sắc luật Thực hành Thông tin của Tiểu bang California (Bộ luật Dân sự 1798 và các điều sau), Bộ Quy điều California, Tiêu đề 22, Mục 70749, UBCP có thẩm quyền duy trì các thông tin này. Theo quy định bắt buộc của UBCP, việc cung cấp tất cả các thông tin được yêu cầu là điều bắt buộc trừ khi có thông báo khác hơn. Tôi hiểu rằng không cung cấp các thông tin này có thể ảnh hưởng đến sự chăm sóc y khoa và/ hoặc các quyền lợi bảo hiểm của tôi và phần bảo hiểm bao trả cho tôi. UBCP sẽ thu nhận sự cho phép bằng văn bản của tôi để tiết lộ thông tin về việc điều trị cho tôi, ngoại trừ trong những trường hợp mà UBCP được phép tiết lộ hoặc phải tiết lộ thông tin theo quy định của pháp luật (xem Thông báo về Thủ tục Bảo vệ Quyền Riêng tư của UBCP về nội dung mô tả các trường hợp cụ thể mà theo đó UBCP có thể tiết lộ thông tin này). Ví dụ: UBCP có thể cung cấp bản sao hồ sơ bệnh nhân của tôi cho các nhà chăm sóc sức khỏe, các bảo hiểm sức khỏe, các cơ quan chính quyền và các bảo hiểm bồi thường lao động. Ngoài ra, tôi cũng hiểu rằng nếu bác sĩ chẩn đoán là tôi mắc phải một căn bệnh phải báo cáo tại California, theo quy định của pháp luật UBCP bắt buộc phải báo cáo căn bệnh đã được chẩn đoán của tôi với Sở Y tế Tiểu bang.
4. **THỎA THUẬN TÀI CHÍNH:** Tôi hiểu rằng ngay cả khi tôi có bảo hiểm, tôi có thể phải chịu trách nhiệm tài chính đối với một số hoặc tất cả các dịch vụ y khoa của tôi. Ví dụ: nếu tôi có phần đồng trả, đồng bảo hiểm hoặc phần khấu trừ, tôi đồng ý trả số tiền mà tôi thiếu. Nếu tôi không có bảo hiểm bao trả cho dịch vụ tôi nhận, tôi đồng ý thanh toán cho UBCP đối với các dịch vụ chuyên nghiệp và các dịch vụ của cơ sở y tế. Nếu tôi không có khả năng trả, tôi hiểu rằng tôi có thể đủ tiêu chuẩn để xin trợ cấp công cộng, được thu xếp cách trả tiền đặc biệt và/ hoặc nhận dịch vụ chăm sóc từ thiện. Tôi cũng hiểu rằng khi chồng/ vợ, cha/ mẹ hoặc người bảo đảm tài chính của tôi ký tên vào thỏa thuận này, thì chồng/ vợ, cha/ mẹ hoặc người đảm bảo tài chính của tôi sẽ liên đới và riêng rẽ chịu trách nhiệm thanh toán hóa đơn với tôi, bao gồm cả các chi phí truy thu (phí luật sư, kinh phí và chi phí truy thu), cộng thêm bất kỳ món tiền nào khác phải trả. Tài khoản không được thanh toán và đã được chuyển ra cơ quan truy thu bên ngoài sẽ bị tính lãi suất theo mức quy định hợp pháp hiện hành.
5. **CHUYÊN NHƯỢNG QUYỀN LỢI (KỂ CẢ QUYỀN LỢI MEDICARE):** Tôi cho phép và chỉ định thanh toán trực tiếp cho UBCP về mọi quyền lợi bảo hiểm, bao gồm bảo hiểm bệnh viện và quyền lợi bệnh tật bồi thường thất nghiệp, mà nếu không sẽ được trả cho hoặc thay mặt tôi đối với UBCP, gồm các dịch vụ cấp cứu, theo mức phí không vượt quá mức phí thực của UBCP. Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm tài chính đối với những phí tổn chưa được thanh toán theo quy định tại thỏa thuận này. Hơn nữa, tôi cũng đồng ý là mọi số dư tài khoản tín dụng nào, kết quả của việc bảo hiểm thanh toán hoặc những nguồn khác thanh toán, có thể được áp dụng cho mọi số tiền tài khoản nào khác mà tôi còn thiếu UBCP.

**Tôi đã đọc, đồng ý và đã nhận một bản sao của tờ Điều khoản và Điều kiện của Dịch vụ này:**

Tên bệnh nhân, viết chữ in	Ngày hôm nay
Chữ ký của Bệnh nhân hoặc Người làm chứng (bắt buộc nếu bệnh nhân không có khả năng ký)	Ngày hôm nay
Quan hệ của Người làm chứng với Bệnh nhân	
Chữ ký của thông dịch viên (nếu có)	Ngày hôm nay
Ngôn ngữ sử dụng	