

**GIẤY ĐỒNG Ý NHẬP VIỆN  
ADMISSION AGREEMENT**

Nếu quý vị có câu hỏi về tài liệu này hay không hiểu bất cứ phần nào của nó, hay cần người thông dịch, xin hỏi bác sĩ của bạn hay nhân viên y tế.

**If you have any questions about this document or do not understand any portion of it, or need an interpreter, ask your physician or other health provider.**

Tên bệnh nhân:

Name of Patient: \_\_\_\_\_

Tên bác sĩ chăm sóc:

Name of Attending Physician(s): \_\_\_\_\_

Ngày nhập viện: \_\_\_\_\_ Giờ \_\_\_\_\_ (sáng)(chiều tối)

Date of Admission: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ (a.m.) (p.m.)

Tôi, \_\_\_\_\_, đồng

(Tên bệnh nhân hay tên người đại diện cho bệnh nhân)

ý nhận sự săn sóc và điều trị của các bác sĩ có tên trên, và các bác sĩ khác nếu xét thấy cần thiết, được điều động bởi bệnh viện này, nhân viên điều hành, các nhân viên, người đại diện và sinh viên của bệnh viện.

I, \_\_\_\_\_, hereby

(Name of patient or Name of authorized representative acting on behalf of patient)

consent to the rendering of such care and treatment as the named attending physician(s) and other physicians who may attend to me consider to be necessary and as may be administered or rendered by this facility, its staff, employees, agents and students.

Tôi nhận biết rằng sự săn sóc tôi nhận trong thời gian ở bệnh viện là dưới sự chỉ đạo của bác sĩ. Bệnh viện không chịu trách nhiệm về việc làm và sự thiếu sót của bác sĩ.

I acknowledge the care I receive while in the facility is under the direction of my physician(s). This facility is not responsible for the acts or omissions of my physician(s).

Tôi hiểu rằng sự thực hành y khoa và mổ xẻ là công việc khoa học không có chính xác tuyệt đối, sự chẩn đoán và điều trị không may có thể gây ra tổn thương hay tử vong. Tôi nhận biết rằng không có sự bảo đảm đối với tôi về kết quả của sự khám nghiệm hay điều trị ở bệnh viện này.

I understand that the practice of medicine and surgery is not an exact science and that diagnosis and treatment may involve risks of injury, or even death. I acknowledge that no guarantees have been made to me as to the result of examination or treatment in this facility.

Tôi hiểu rằng nhiều bác sĩ trong ban điều hành của bệnh viện này, bao gồm những bác sĩ chăm sóc kể trên, có thể không phải là bác sĩ của bệnh viện này hay đại diện cho bệnh viện, mà là những người ký hợp đồng riêng, người được phép dùng cơ sở của bệnh viện này để chữa trị và săn sóc cho bệnh nhân của họ. Ngoài ra, tôi nhận biết còn có những y tá và nhân viên thực tập khác có thể hiện diện \_ trừ khi có yêu cầu khác \_ trong lúc săn sóc bệnh nhân, vì đó là một phần trong quá trình thực tập của họ. Việc chụp ảnh, quay phim hay các kỹ thuật ghi hình bằng điện tử khác có thể được sử dụng với mục đích giáo dục, trừ khi bệnh nhân có nêu ra yêu cầu khác.

I understand that many of the physicians on the staff of this facility, including the attending physician(s) named above, may not be employees or agents of the facility, but, may be independent contractors who have been granted approval to use the facility for the care and treatment of their patients. Further, I realize that there may be medical, nursing and other health care personnel in training who, unless requested otherwise, may be present during patient care as a part of their education. Photographs, video or other electronic imaging may be used for educational purposes, unless a patient expressly requests otherwise.

## PHỔ BIẾN TÀI LIỆU RELEASE OF INFORMATION

Tôi công nhận bệnh viện này và bác sĩ chữa trị cho tôi có thể được phổ biến trên mọi phương tiện điện tử hay bất cứ những tài liệu y khoa có liên quan đến sự điều trị của tôi, bao gồm cả những bản sao bệnh án của tôi đối với những điều sau đây:

I hereby acknowledge that this facility and my treating physician may release, by electronic means or otherwise, any medical information concerning my care, including copies of my medical records, to the following:

- bất cứ nhân viên y tế nào liên quan đến sự điều trị của tôi với mục đích dễ dàng cho việc tiếp tục chăm sóc cho tôi
- any health professionals involved in my care for the purpose of facilitating the continuity of my medical care
- bất cứ người nào hay đơn vị nào có trách nhiệm, hay bất cứ người nào hay đơn vị nào với tư cách là người đại diện, hay cơ quan có trách nhiệm trả tiền bao gồm cả cơ quan trả tiền gián tiếp, bảo hiểm tự trả, người bồi thường cho công nhân và đại diện của chính phủ, về phí tổn cho những dịch vụ y khoa cho tôi tại bệnh viện này do nhân viên bệnh viện hay bất kỳ ai làm dịch vụ đó tại bệnh viện này, hoặc bất kỳ chi nhánh nào.
- any person or entity responsible for, or any person or entity acting as agent for, the party responsible for payment, including third party payors, self-insurers, worker's compensation carriers and governmental agencies, payment for the medical services rendered to me at the facility by employees of the facility or any person providing services at the facility or any affiliate
- bất cứ đại diện liên bang, tiểu bang hay cơ quan chính phủ khác đại diện cho chính phủ hay các thành viên tương tự do luật pháp yêu cầu với mục đích để báo cáo hay xác định đủ tiêu chuẩn được nhận quyền lợi từ những chương trình do chính phủ bảo trợ.

- any federal, state or other governmental or quasi-governmental agencies or other such parties as required by law for purposes of reporting, or for purposes of determining eligibility in government sponsored benefit programs
- bất cứ người nào hay đơn vị nào tham gia nghiên cứu về phẩm chất, giám sát về trang thiết bị hay nghiên cứu tương tự về những sự chăm sóc cung cấp bởi bệnh viện, chi nhánh và/hay bác sĩ của họ.
- any person or entity participating in quality studies, utilization review or similar studies of the care rendered by the facility, affiliates and/or their physicians
- cơ quan cung cấp máu hay các sản phẩm về máu sử dụng cho tôi phải được kiểm tra chất lượng và giám sát khi tiếp nhận.
- the supplier of any blood or blood products which may administered to me for the purposes of quality control and recipient monitoring
- bất cứ cơ quan chăm sóc liên tục nào tại nhà, hay nằm viện lâu dài, hay cơ quan y tế tại gia mục đích cung cấp dịch vụ chữa trị cho tôi
- any continuing care, residential, or long-term facility, or home health agency for the purpose of providing services for my care

## **QUYỀN LỢI CỦA BỆNH NHÂN PATIENT RIGHTS**

Tôi đã nhận bản thông tin về quyền bệnh nhân, trong đó giải thích quyền của tôi là bệnh nhân của bệnh viện này.

I acknowledge receipt of the patient rights information explaining my rights as a patient of this facility.

## **SỰ HƯỚNG DẪN TRƯỚC ADVANCE DIRECTIVES**

Tôi đã được hỏi về việc tôi có được hướng dẫn trước không và được thông báo về quyền của tôi trong các quyết định về phương pháp y khoa trị liệu, tôi có quyền nhận các hướng dẫn trước về luật tiểu bang, chính sách của bệnh viện liên quan đến việc ưng thuận các sự hướng dẫn ấy và tôi sẽ không bị phân biệt đối xử vì tôi đã được hướng dẫn trước.

Bệnh nhân  
đánh dấu  
Patient  
initials

I acknowledge that I have been asked if I have an advance directive and have been informed of my right to make medical decisions, my right to make an advance directive pursuant to state law, the facility's policy concerning honoring advance directives and my right not to be discriminated against based on whether I have an advance directive.

## **TRÁCH NHIỆM CỦA BỆNH NHÂN VỀ ĐỒ CÓ GIÁ TRỊ VALUABLES/PATIENT RESPONSIBILITY**

Tôi đã được khuyên nên để đồ có giá trị ở nhà (hay cất giữ đồ có giá trị ở nơi an toàn trong bệnh viện trong thời gian tôi nằm viện. Nếu tôi không làm như vậy thì tôi chịu tất cả trách nhiệm cho sự mất mát, hay hư hỏng các tài sản cá nhân bao gồm tiền bạc, thẻ tín dụng, quần áo, nữ trang, kính/kính sát tròng, răng giả, máy trợ thính, giấy tờ, túi xách, hay bất cứ vật gì khác trong thời gian tôi nằm viện.

I have been advised to leave valuables at home (or deposit valuables in the facility's safe) during hospitalization. Should I choose not to do so, I assume all responsibility for the loss of, or damage to, any personal property including money, credit cards, clothing, jewelry, glasses/contacts, dental devices, hearing aids, documents, luggage or any other items during my stay.

## **TRẢ TIỀN CHỮA BỆNH VÀ SĂN SÓC LIÊN QUAN TỚI BỆNH PAYMENT FOR MEDICAL AND RELATED CARE**

Tôi đồng ý trả tiền cho bệnh viện và bác sĩ mọi sự phục vụ đã cung cấp cho tôi trong bệnh viện. Nhiều bác sĩ phục vụ bệnh nhân là những người ký hợp đồng và không phải là nhân viên hay người đại diện của bệnh viện này. Vì thế tôi hiểu rằng tôi có thể nhận hóa đơn phải trả riêng cho họ. Nếu không

có sự giới thiệu chuyển viện hay sự duyệt xét trước theo như đòi hỏi của hàng bảo hiểm, kế hoạch phúc lợi, hay cơ quan chi trả khác thì tôi, với tư cách là bệnh nhân hay người bảo trợ, có thể trong một vài trường hợp cá biệt phải chịu trách nhiệm cho tất cả tiền phí tổn trong trường hợp đó.

I agree to pay the facility and physicians for all services rendered at this facility. Many physicians furnishing services to the patient are independent contractors and are not employees or agents of this facility. Consequently, I understand that I may receive a separate bill for their services. If the requirements for referral, second opinion or pre-certification of care as outlined by my insurer, benefit plan or other payor, have not been followed, I, as patient and/or guarantor, may in some instances be personally responsible for all charges incurred.

### **NHỮNG QUYỀN LỢI ĐƯỢC ÁN ĐỊNH ASSIGNMENT OF BENEFITS**

Tôi cho phép và ủy quyền nhận tiền trả cho bệnh viện này xuất phát từ bất cứ loại tiền bồi hoàn nào, bởi cơ quan bảo hiểm Medicare, Medicaid hay bất cứ cơ quan chi trả gián tiếp nào về bất cứ hay tất cả chi phí chữa bệnh cho tôi và các sự săn sóc khác tại bệnh viện này và những người ký hợp đồng khác cung cấp các dịch vụ tại bệnh viện này.

I hereby authorize and assign payment to this facility of any type of reimbursement or payment due from Medicare, Medicaid or any other third party payor, for any and all cost incurred for my medical and related care at this facility and/or by the independent contractors providing services at this facility.

### **THÔNG BÁO VỀ NHỮNG THỰC HÀNH CÁ NHÂN NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

Tôi công nhận rằng tôi có nhận một bản sao của bệnh viện về quyền cá nhân cho biết việc sử dụng của bệnh viện này và được phổ biến bất cứ những tin tức nào có liên quan đến sự bảo vệ sức khỏe.

Bệnh  
nhân ký  
tất  
Patient  
initials

I hereby acknowledge that I have received a copy of this facility's notice of privacy practices that explains this facility's use and disclosure of any protected health information.

TÔI ĐƯỢC GIẢI THÍCH ĐẦY ĐỦ VỀ MẪU ĐƠN NÀY, VÀ TÔI HÀI LÒNG RẰNG TÔI HIỂU ĐƯỢC NỘI DUNG VÀ SỰ QUAN TRỌNG CỦA MẪU ĐƠN.

THIS FORM HAS BEEN FULLY EXPLAINED TO ME, AND I AM SATISFIED THAT I UNDERSTAND ITS CONTENT AND SIGNIFICANCE.

**OR**

\_\_\_\_\_  
*Chữ ký của bệnh nhân Ngày/Thời gian*

*Patient's Signature*

*Date/Time*

*Date/Time*

\_\_\_\_\_  
*HAY Chữ ký/Quan hệ*

*(Cha mẹ/Người bảo trợ/Người có trách nhiệm)*

*Signature/Relationship*

*(Parent/Legal Guardian/Responsible Person)*

\_\_\_\_\_  
*Chữ ký nhân chứng Ngày/Thời gian*

*Witness' Signature*

*Date/Time*

*Date/Time*

\_\_\_\_\_  
*Chữ ký nhân chứng thứ hai*

*(Bằng miệng/Điện thoại/Con dấu bệnh nhân)*

*Second Witness' Signature*

*(If Oral/Telephone/Patient Mark)*

\_\_\_\_\_  
*Chữ ký của người bảo trợ*

*Signature of Guarantor*

\_\_\_\_\_  
*Ngày*

*Date*

\_\_\_\_\_  
*Xin vui lòng viết tên*

*Please Print Name*