

**Tiền Sử Của Bệnh Nhân Mới & Gia Đình**

 Ngày Hôm Nay: \_\_\_\_\_ Tên Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_  
Họ Tên Tên Đệm hoặc Tên Thờ Con Gái

 Tuổi: \_\_\_\_\_ Giới tính (chỉ định khi sinh):  Nam  Nữ  Không Rõ

Địa Chỉ Nhà: \_\_\_\_\_

Địa Chỉ	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Zip
Điện Thoại (cuộc gọi 1): _____	Loại: <input type="checkbox"/> Di Động <input type="checkbox"/> Người Thân <input type="checkbox"/> Nhà Riêng <input type="checkbox"/> Hàng Xóm <input type="checkbox"/> Cơ Quan		
Điện Thoại (cuộc gọi 2): _____	Loại: <input type="checkbox"/> Di Động <input type="checkbox"/> Người Thân <input type="checkbox"/> Nhà Riêng <input type="checkbox"/> Hàng Xóm <input type="checkbox"/> Cơ Quan		

 Email: \_\_\_\_\_ Thông Báo Ưu Thích:  Điện Thoại Di Động  Email  Điện Thoại Nhà Riêng  
 Điện Thoại Cơ Quan

Bác Sĩ Giới Thiệu: \_\_\_\_\_

Tên	Địa Chỉ	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Zip
Bác sĩ Chăm sóc Chính: _____				
Tên	Địa Chỉ	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Zip

Số Lượng Con Cái: \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_

 Tình Trạng Hôn Nhân:  Ly Hôn  Bạn Đòi  Kết Hôn  Ly Thân  Độc Thân  Góa  Không Rõ

 Ai sống với quý vị? (Vui lòng đánh dấu tất cả lựa chọn phù hợp):  Tôi sống một mình  Vợ/Chồng  Con Cái  Cha/Mẹ  Bạn Bè  
 Khác: \_\_\_\_\_

 Người phụ thuộc (vui lòng ghi rõ số lượng mỗi người): \_\_ Con Gái \_\_ Con Trai \_\_ Con Riêng \_\_ Con Nuôi \_\_ Trẻ Nuôi Dưỡng  
 \_\_ Ông Bà

Ai trợ giúp ở nhà?: \_\_\_\_\_

Liên Hệ Khẩn Cấp (#1): \_\_\_\_\_

Tên	Mối Quan Hệ	Điện Thoại
-----	-------------	------------

Liên Hệ Khẩn Cấp (#2): \_\_\_\_\_

Tên	Mối Quan Hệ	Điện Thoại
-----	-------------	------------

 Quý vị đã ký các mẫu giấy Ủy Quyền Y Tế, Chỉ Thị Cho Bác Sĩ (Di Chúc Sống) hoặc Không Hồi Sức Ngoài Bệnh Viện chưa?  Có  Không

 Quý vị có muốn tìm hiểu về Chương Trình Lập Kế Hoạch Chăm Sóc Trước của chúng tôi không?  Có  Không

Nếu quý vị đã ký một trong những tài liệu pháp lý này, vui lòng nói chuyện với y tá về các quyết định của quý vị và mang theo một bản sao khi đến cuộc hẹn.

**Thông Tin Xã Hội Nhân Khẩu Học**

Vui lòng chọn một (1) câu trả lời từ mỗi hạng mục sau:

Ngôn Ngữ Ưu Thích:

- |                                      |  |  |  |
|--------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tiếng Ả Rập | <input type="checkbox"/> Tiếng Anh         | <input type="checkbox"/> Tiếng Farsi/Tiếng Ba Tư | <input type="checkbox"/> Tiếng Philippin/Tiếng Tagalog |
| <input type="checkbox"/> Tiếng Đức   | <input type="checkbox"/> Tiếng Hindi       | <input type="checkbox"/> Tiếng Nhật              | <input type="checkbox"/> Tiếng Hàn                     |
| <input type="checkbox"/> Tiếng Nga   | <input type="checkbox"/> Tiếng Tây Ban Nha | <input type="checkbox"/> Tiếng Việt              | <input type="checkbox"/> Khác, vui lòng nêu rõ: _____  |

Nếu quý vị cần thông dịch viên khi thăm khám, vui lòng thông báo cho lễ tân khi đến hoặc thông báo cho nhân viên ảo sau khi kết nối thăm khám sức khỏe từ xa.

Chủng Tộc:

- 
- Thổ Dân Mỹ hoặc Alaska Bản Địa
- 
- 
- Châu Á
- 
- 
- Người Da Đen hoặc Mỹ Gốc Phi
- 
- 
- Người Hawaii Bản Địa hoặc Người Đảo Thái Bình Dương Khác
- 
- 
- Da Trắng
- 
- 
- Khác
- 
- 
- Không Rõ
- 
- 
- Chọn Không Tiết Lộ

Dân Tộc:

- 
- Gốc Tây Ban Nha hoặc LaTinh
- 
- 
- Không Phải Gốc Tây Ban Nha hoặc LaTinh
- 
- 
- Khác
- 
- 
- Không Rõ
- 
- 
- Chọn Không Tiết Lộ

Nhân Xưng:

- 
- Anh/Ông
- 
- 
- Anh/Ông hoặc Họ
- 
- 
- Cô/Bà
- 
- 
- Cô/Bà hoặc Họ

Bản Dạng Giới:

- 
- Nam
- 
- 
- Nữ
- 
- 
- Nữ sang Nam (FTM)/Người Chuyển Giới Nam/Nam Chuyển Giới
- 
- 
- Nam sang Nữ (MTF)/Người Chuyển Giới Nữ/Nữ Chuyển Giới
- 
- 
- Phi nhị giới, không chỉ nam hoặc nữ
- 
- 
- Loại giới tính bổ sung hoặc loại khác, vui lòng nêu rõ; \_\_\_\_\_
- 
- 
- Chọn Không Tiết Lộ

Thiên Hướng Tình Dục:

- 
- Đồng tính nữ, đồng tính nam hoặc đồng tính
- 
- 
- Thẳng hoặc dị tính
- 
- 
- Song Tính
- 
- 
- Còn điều gì khác, vui lòng mô tả: \_\_\_\_\_
- 
- 
- Không Biết
- 
- 
- Chọn Không Tiết Lộ

**Tiền Sử Của Bệnh Nhân Mới & Gia Đình**

 Ngày Hôm Nay: \_\_\_\_\_ Tên Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_  
Họ Tên Tên đệm hoặc Tên Thờ Con Gái
**Nghề Nghiệp và Lối Sống**

 Quý vị có phương tiện đi lại hàng ngày không?  Có  Không  
 Tôi hiện đang: Làm Việc:  Có  Không Lịch Làm Việc là:  Toàn Thời Gian  Bán Thời Gian  Nghỉ Ôm  Nghỉ Hưu  
 Khuyết Tật  
 Chủ lao động và nghề nghiệp hiện tại (hoặc trước đó nếu đã nghỉ hưu): \_\_\_\_\_  
 Quý vị có sử dụng bất kỳ thứ nào sau đây không? (Vui lòng đánh dấu tất cả lựa chọn phù hợp):  
 Rượu Bia:  Có  Không Loại gì? \_\_\_\_\_ Bao nhiêu? \_\_\_\_\_ Tần suất? \_\_\_\_\_ Nếu đã bỏ, khi nào? \_\_\_\_\_  
 Thuốc Lá:  Có  Không Loại gì? \_\_\_\_\_ Bao nhiêu? \_\_\_\_\_ Tần suất? \_\_\_\_\_ Nếu đã bỏ, khi nào? \_\_\_\_\_  
 Caffein:  Có  Không Loại gì? \_\_\_\_\_ Bao nhiêu? \_\_\_\_\_ Tần suất? \_\_\_\_\_ Nếu đã bỏ, khi nào? \_\_\_\_\_  
 Chất Kích Thích:  Có  Không Loại gì? \_\_\_\_\_ Bao nhiêu? \_\_\_\_\_ Tần suất? \_\_\_\_\_ Nếu đã bỏ, khi nào? \_\_\_\_\_  
 Bạn có sợ bị nhốt (sợ ở trong không gian kín hoặc chật hẹp) không:  Có  Không Nếu có, nó được kiểm soát như thế nào: \_\_\_\_\_

**Dinh Dưỡng:**

 Quý vị có bị tiểu đường không?  Có  Không Nếu có, là loại nào: \_\_\_\_\_  
 Nếu có, nó được kiểm soát như thế nào:  Ăn Kiêng  Thuốc Uống  Insulin  Khác: \_\_\_\_\_  
 Quý vị có thay đổi cân nặng trong 3 tháng qua không?  Có  Không Nếu có, số cân giảm \_\_\_\_\_, tăng \_\_\_\_\_  
 Hãy đánh dấu (các) từ mô tả đúng nhất chế độ ăn uống của quý vị:  Thông Thường  Mềm  Lỏng  Cho Người Tiểu Đường  
 Thực Phẩm Bổ Sung  Khác: \_\_\_\_\_  
 Mô tả mức độ ngon miệng của quý vị:  Tốt  Khá  Kém

**Hoạt Động Thể Chất:**

 Quý vị có cần sử dụng bất kỳ thứ nào sau đây không? (đánh dấu tất cả lựa chọn phù hợp):  Gậy  Khung Tập Đi  Xe Lăn  
 Bình Oxy  Khác: \_\_\_\_\_  
 Quý vị dành bao nhiêu thời gian để tập thể dục mỗi tuần? \_\_\_\_\_ Loại bài tập thể dục nào? \_\_\_\_\_  
 Vui lòng chọn một (1) trong các trạng thái hoạt động sau:  
 Vận động toàn bộ  Hạn chế hoạt động thể chất nặng, đi lại được và có thể làm công việc nhẹ  
 Đi lại không cần trợ giúp, có khả năng tự chăm sóc bản thân hoàn toàn. Không nằm một chỗ hơn 50% số giờ thức  
 Có khả năng tự chăm sóc bản thân nhưng hạn chế, nằm trên giường hoặc ngồi trên ghế hơn 50% số giờ thức  
 Mất khả năng hoàn toàn; không thể tự chăm sóc bản thân bất cứ điều gì; hoàn toàn bó buộc vào giường hoặc ghế

 Thông thường những người được chẩn đoán mắc ung thư có những lo ngại về tình dục hoặc hoạt động tình dục. Quý vị có những lo ngại như vậy không?  Có  Không  
 Nếu có, lo ngại của quý vị là gì? \_\_\_\_\_

**Tình Trạng Khuyết Tật:**

 Vui lòng nhập câu trả lời (có hoặc không) cho các câu hỏi sau:  
 1. Quý vị có bị điếc hoặc gặp khó khăn nghiêm trọng khi nghe không?  Có  Không  
 2. Quý vị có bị mù hoặc gặp khó khăn nghiêm trọng khi nhìn, ngay cả khi đeo kính không?  Có  Không  
 3. Do tình trạng thể chất, tinh thần hoặc cảm xúc, quý vị có gặp khó khăn nghiêm trọng trong việc tập trung, ghi nhớ hoặc đưa ra quyết định không?  Có  Không  
 4. Quý vị có gặp khó khăn nghiêm trọng khi đi bộ hoặc leo cầu thang không?  Có  Không  
 5. Quý vị có gặp khó khăn khi mặc quần áo hoặc tắm rửa không?  Có  Không  
 6. Do tình trạng thể chất, tinh thần hoặc cảm xúc, quý vị có gặp khó khăn khi làm việc vất vả một mình như đến phòng khám bác sĩ hoặc mua sắm không?  Có  Không

**Tiền Sử Sinh Đẻ**
**Nữ:**  
 Số lần mang thai: \_\_\_\_\_ Số lượng con cái: \_\_\_\_\_ Tuổi mang thai lần đầu: \_\_\_\_\_  
 Quý vị có cho con bú không:  Có  Không Nếu có, thì (khoảng) bao nhiêu tháng: \_\_\_\_\_  
 Tuổi có kinh lần đầu: \_\_\_\_\_ Tuổi mãn kinh: \_\_\_\_\_ Tuổi có kinh lần cuối: \_\_\_\_\_  
 Cắt Bỏ Tử Cung:  Có  Không Buồng trứng nguyên vẹn:  Có  Không Nếu không, vui lòng giải thích: \_\_\_\_\_  
 Sử dụng nội tiết tố:  Có  Không Ham Muốn Tình Dục:  Có  Không Phương pháp tránh thai: \_\_\_\_\_

**Nam:**  
 Bất Lực (Rối Loạn Cường Dương):  Có  Không Ham Muốn Tình Dục:  Có  Không Liệu Pháp Thay Thế Testosterone:  Có  Không

**Tiền Sử Của Bệnh Nhân Mới & Gia Đình**

 Ngày Hôm Nay: \_\_\_\_\_ Tên Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_  
Họ Tên Tên đệm hoặc Tên Thờ Con Gái

Quý vị nghĩ rằng tại sao mình muốn đi khám bác sĩ: \_\_\_\_\_

**Tiền Sử Y Tế Trước Đây**

Vui lòng liệt kê tất cả các Chẩn Đoán và Tình Trạng khác. Nếu cần thêm chỗ trống thì vui lòng sao chép trang này.

Chẩn Đoán / Tình Trạng	Tên Bác Sĩ	Văn Phòng Bác Sĩ #	Ngày Diễn Ra

Vui lòng liệt kê dưới đây mọi ca phẫu thuật trước đây cùng với độ tuổi ước chừng lúc đó (gồm cả các ca tiểu phẫu, như là cắt amidan, khối u, v.v.).

Phẫu Thuật / Thương Tích / Nhập Viện	Tên Bác Sĩ / Bệnh Viện	Văn Phòng Bác Sĩ #	Ngày Diễn Ra

 Quý vị đã từng được điều trị bằng bức xạ, radium, cấy ghép phóng xạ, hoặc điều trị bằng coban trước đây chưa?  Có  Không

 Quý vị đã bao giờ được điều trị hóa trị hoặc liệu pháp miễn dịch chưa?  Có  Không

 Quý vị có máy tạo nhịp tim/máy khử rung tim không?  Có  Không

 Quý vị có cấy ghép kim loại nào không (cột sống, hông, đầu gối, v.v.)?  Có  Không

Vui lòng liệt kê tên của (các) bệnh viện hoặc phòng khám mà quý vị đã chụp x-quang trong sáu tháng qua:

**Khám Sức Khỏe Phòng Ngừa**

Vui lòng ghi ngày cho từng sự kiện hoặc trả lời "không có" hoặc "NA":

Sàng Lọc:	Quang tuyến vú lần cuối: _____	Đo mật độ xương lần cuối: _____
	Xét nghiệm tế bào cổ tử cung lần cuối: _____	Khám tuyến tiền liệt/PSA lần cuối: _____
	Nội soi đại tràng lần cuối: _____	Sàng lọc CT Phổi Ngực lần cuối: _____
Vắc-xin:	Vắc-xin viêm phổi lần cuối: _____	Vắc-xin COVID lần cuối: _____
	Vắc-xin Cúm lần cuối: _____	Vắc-xin Viêm Gan B lần cuối: _____
	Vắc-xin HPV lần cuối: _____	

Có tiền sử gia đình mắc ung thư, rối loạn máu, bệnh tim mạch, hoặc các vấn đề y tế khác không? Nếu có, hãy ghi xuống dưới đây:

Thành Viên Gia Đình	Tình Trạng Còn Sống	Vấn Đề Y Tế & Tuổi Khởi Phát	Thành Viên Gia Đình	Tình Trạng Còn Sống	Vấn Đề Y Tế & Tuổi Khởi Phát
Mẹ	<input type="checkbox"/> Còn sống <input type="checkbox"/> Đã mất		Bà (P)	<input type="checkbox"/> Còn sống <input type="checkbox"/> Đã mất	
Cha	<input type="checkbox"/> Còn sống <input type="checkbox"/> Đã mất		Ông (P)	<input type="checkbox"/> Còn sống <input type="checkbox"/> Đã mất	
Con cái	<input type="checkbox"/> Còn sống <input type="checkbox"/> Đã mất		(Các) Cô Dì	<input type="checkbox"/> Còn sống <input type="checkbox"/> Đã mất	
(Các) Anh Em	<input type="checkbox"/> Còn sống <input type="checkbox"/> Đã mất		(Các) Chú Bác	<input type="checkbox"/> Còn sống <input type="checkbox"/> Đã mất	
(Các) Chị Em	<input type="checkbox"/> Còn sống <input type="checkbox"/> Đã mất		(Các) Anh Chị Em Họ	<input type="checkbox"/> Còn sống <input type="checkbox"/> Đã mất	
Bà (M)	<input type="checkbox"/> Còn sống <input type="checkbox"/> Đã mất		Khác:	<input type="checkbox"/> Còn sống <input type="checkbox"/> Đã mất	
Ông (M)	<input type="checkbox"/> Còn sống <input type="checkbox"/> Đã mất		Khác:	<input type="checkbox"/> Còn sống <input type="checkbox"/> Đã mất	

(M) = Bên Ngoại (P) = Bên Nội (Nếu cần thêm chỗ trống thì vui lòng sao chép trang này)

Chữ Ký Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

 Nếu người khác không phải bệnh nhân điền biểu mẫu này, vui lòng cho biết tên & mối quan hệ: \_\_\_\_\_  
Tên Mối Quan Hệ

**Danh Sách Thuốc và Dị Ứng**

 Ngày Hôm Nay: \_\_\_\_\_ Tên Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_  
Họ Tên Tên Đệm hoặc Tên Thời Con Gái

 Vui lòng liệt kê tất cả các thuốc kê toa, vitamin, thảo mộc, và thuốc mua tự do mà quý vị hiện đang dùng và/hoặc mang theo đến buổi hẹn.  
 (Nếu cần thêm chỗ trống thì vui lòng sao chép trang này)

Thuốc <small>(bao gồm thuốc kê toa, thuốc mua tự do và/hoặc vitamin)</small>	Hàm Lượng	Liều	Bao nhiêu lần mỗi ngày

**\*\* Dị ứng \*\***

Thuốc/Dược Chất <small>(bao gồm thuốc kê toa, thuốc mua tự do và/hoặc vitamin)</small>	Mô Tả Phản Ứng

 Quý vị đã bao giờ bị phản ứng dị ứng với:     Thuốc Cản Quang     I-ốt     Động Vật Có Vỏ  
 Quý vị gặp loại phản ứng nào:     Nổi Mề Đay     Hụt Hơi     Khác: \_\_\_\_\_  
 Nhận Xét và/hoặc Thông Tin Bổ Sung: \_\_\_\_\_

**Thông Tin Nhà Thuốc**

 Tên Nhà Thuốc \_\_\_\_\_ Số Điện Thoại \_\_\_\_\_  
 Địa Chỉ \_\_\_\_\_ Thành Phố \_\_\_\_\_ Tiểu Bang \_\_\_\_\_ Mã Zip \_\_\_\_\_

**Đánh Giá Các Hệ Thống**

 Ngày Hôm Nay: \_\_\_\_\_ Tên Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_  
 Họ \_\_\_\_\_ Tên \_\_\_\_\_ Tên Đệm hoặc Tên Thời Con Gái \_\_\_\_\_

Chiều Cao: \_\_\_\_\_ Cân Nặng: \_\_\_\_\_

Hiện quý vị đang có những triệu chứng nào? (Cho biết tất cả triệu chứng hiện có)

TOÀN THÂN	CÓ	DA	CÓ	NỘI TIẾT	CÓ
Sốt		Lâu Lành		Tiểu Đường	
Mệt Mỏi		Phát Ban		Bệnh Lupus	
Tăng/giảm cân nặng		Ung Thư Da		Viêm Khớp Dạng Thấp	
Đỏ Mồ Hôi Đêm				Vấn Đề Tuyến Giáp	
MẮT	CÓ	TIÊU HÓA (GI)	CÓ	THẦN KINH	CÓ
Nhìn Mờ		Phân Có Máu		Lo Âu	
Con Chóng Mặt		Thay Đổi Cân Nặng		Vấn Đề Thăng Bằng	
Song Thị		Đau dạ dày mạn tính		Lú Lẫn	
Đau mắt		Phân màu đất sét		Trầm Cảm	
Giảm sút thị lực		Táo Bón		Chóng Mặt	
Kính hoặc Kính Áp Tròng		Tiêu Chảy		Đau Đầu	
Tăng Nhãn Áp		Ợ nóng		Mất Trí Nhớ	
Tiền sử tăng nhãn áp		Bệnh Trĩ		Suy Nhược Thần Kinh	
Thấy "ánh sáng trôi nổi"		Ăn Không Ngon		Tê Bì/ngứa ran	
Đau đầu dữ dội		Buồn Nôn/Ói Mửa		Thay đổi nhân cách	
Thay Đổi Thị Lực		Loét		Co Giật	
		Nôn ra máu		Thay Đổi Giọng Nói	
ĐẦU & CỔ	CÓ	SINH DỤC TIẾT NIỆU (GU)	CÓ	CƠ XƯƠNG KHỚP	CÓ
Nghẹt mũi mạn tính		Máu Trong Nước Tiểu		Viêm Khớp	
Vấn Đề Nha Khoa		Buốt hoặc Đau khi đi tiểu		Đau Lưng	
Khó nuốt		Nước Tiểu Sẫm Màu		Đau xương	
Tai tiết dịch		Rối Loạn Cương Dương		Gãy Xương	
Khô Miệng		Đi Tiểu Nhiều Lần		Cứng Khớp	
Đau Tai		Đại Tiểu Tiệm Không Tự Chủ		Vận Động Bị Hạn Chế	
Máy Trợ Thính ( <input type="checkbox"/> Trái hoặc <input type="checkbox"/> Phải)		Nhiễm Trùng		Co giật cơ	
Mất Thính Lực		Sỏi Thận		Tê Bì	
Khàn Tiếng		Đi Tiểu Thường Xuyên Vào Ban Đêm		Liệt	
Loét Miệng		Chảy Máu Âm Đạo		Khó Đi Lại	
Chảy Máu Miệng/Họng		Âm Đạo Tiết Dịch		Sưng các chi	
Nuốt đau				Cảm giác ngứa ran	
Cứng cổ dai dẳng				Yếu một bên <input type="checkbox"/> Trái hoặc <input type="checkbox"/> Phải	
Chảy máu mũi nhiều lần					
Ù tai					
Hiện đang đau răng					
TIM MẠCH	CÓ	HÔ HẤP	CÓ	HUYẾT HỌC	CÓ
Sưng mắt cá chân		Ho mạn tính		Thiếu Máu	
Đau Ngực		Ho Ra Máu		Vấn Đề về Chảy Máu	
Vấn Đề về Tuần Hoàn		Khó thở		Cục Máu Đông	
Huyết Áp Cao		Ho Khan		Để Bầm Tím	
Tăng Cholesterol Máu		Ho Có Đờm			
Huyết Áp Thấp		Hụt Hơi			
Máy Tạo Nhịp Tim/Máy Khử Rung Tim		Khạc ra máu			
Đánh Trống Ngực		Sử Dụng Bình Oxy _____ Lit/phút			
Phù Ngoại Biên		Thở Khò Khè/Hen Suyễn			



## ĐỒNG Ý ĐIỀU TRỊ & THUỐC KÉ TOA

Tôi đồng ý thực hiện các đánh giá, xét nghiệm và điều trị theo chỉ dẫn của bác sĩ của tôi hoặc người được bác sĩ chỉ định. Tôi hiểu rằng điều này bao gồm tất cả các địa điểm của Texas Oncology.

### Y Tế Từ Xa:

Quý vị có quyền, với tư cách là bệnh nhân, được thông báo về các tùy chọn điều trị của mình, bao gồm việc có nhận các dịch vụ y tế từ xa hay không. Việc tiết lộ thông tin này nhằm giúp quý vị hiểu rõ hơn để quyết định có nên đồng ý hay từ chối nhận các dịch vụ y tế từ xa.

Tôi hiểu rằng nhà cung cấp dịch vụ điều trị của tôi cho rằng sẽ có lợi cho tôi khi nhận các dịch vụ từ Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế Từ Xa thông qua cuộc họp video tương tác trực tiếp mà không cần phải di chuyển đến địa điểm của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế Từ Xa. Y Tế Từ Xa bao gồm việc đánh giá, chẩn đoán, tư vấn và điều trị tình trạng sức khỏe theo thời gian thực bằng cách sử dụng công nghệ viễn thông, có thể bao gồm việc sử dụng âm thanh, video hoặc phương tiện điện tử mang tính tương tác khác. Do đó, y tế từ xa cho phép Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế Từ Xa nhìn thấy và trao đổi với bệnh nhân theo thời gian thực.

Điều trị thông qua tư vấn y tế từ xa cũng tương tự, dù không giống hoàn toàn với việc tư vấn trực tiếp, nhưng không giống như thăm khám trực tiếp, Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế Từ Xa chỉ có thể nhìn thấy hình ảnh của tôi và nghe thấy giọng nói của tôi mà không được trợ giúp từ các giác quan khác của họ, vì vậy việc khám thể chất diễn ra trong cuộc họp video sẽ có hạn chế. Tôi hiểu rằng những người không phải là Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế Từ Xa có thể có mặt tại địa điểm y tế từ xa để vận hành thiết bị video, và họ sẽ thực hiện các bước hợp lý để duy trì tính bảo mật của thông tin thu được. Tôi có thể chọn: (1) bỏ qua các thông tin chi tiết cụ thể về tiền sử bệnh/khám thể chất mà cá nhân tôi cảm thấy điều đó là nhạy cảm; (2) yêu cầu nhân viên không phải nhân viên y tế rời khỏi phòng khám y tế từ xa; và/hoặc (3) chấm dứt cuộc họp video bất kỳ lúc nào.

### **Lợi Ích Tiềm Năng của Dịch Vụ Y Tế Từ Xa:**

1. Giúp cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc bằng cách cho phép tôi có được tư vấn chuyên môn của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế Từ Xa mà không cần phải đi đến địa điểm của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế Từ Xa.
2. Dịch vụ y tế có thể được cung cấp hiệu quả hơn.

### **Rủi Ro Có Thể Có của Dịch Vụ Y Tế Từ Xa:**

1. Kết nối video có thể không hoạt động hoặc có thể ngừng hoạt động trong quá trình khám.
2. Việc truyền tải âm thanh hoặc video có thể không đủ rõ để có thể tin cậy được.
3. Dữ liệu y tế của tôi có thể bị đánh chặn bởi một bên trái phép trong quá trình truyền tải.
4. Lỗi kỹ thuật có thể gây ra độ trễ trong đánh giá và điều trị y tế hoặc gây mất thông tin.

Nếu bất kỳ vấn đề nào trong số này xảy ra, các dịch vụ có thể bị dừng. Texas Oncology sẽ cố gắng thiết lập lại dịch vụ hoặc, nếu điều đó không thể, sẽ lên lịch lại buổi khám. Không có bảo lãnh khắc phục hay sự bảo đảm chắc chắn nào được đưa ra đối với kết quả diễn ra của việc nhận các dịch vụ y tế từ xa.

Tôi hiểu rằng trách nhiệm vận hành công nghệ liên quan đến việc tư vấn y tế từ xa diễn ra tại nhà tôi (nếu có) vẫn thuộc về tôi, và trách nhiệm vận hành công nghệ liên quan đến địa điểm của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế Từ Xa vẫn thuộc về Texas Oncology.

Tên Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_



Tôi xác nhận rằng tôi sẽ nhận được hóa đơn thanh toán từ Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế Từ Xa. Tôi hiểu rằng (đánh dấu vào một ô):

- (Các) chương trình sức khỏe của tôi sẽ đài thọ cho các dịch vụ y tế từ xa, nhưng tôi vẫn chịu trách nhiệm và đồng ý thanh toán phần phí của mình cho các dịch vụ được đài thọ theo (các) chương trình sức khỏe của tôi, bao gồm các khoản khấu trừ và đồng thanh toán.
- (Các) chương trình sức khỏe của tôi không đài thọ cho các dịch vụ y tế từ xa. Tôi trước đó đã nhận và ký tên vào biểu mẫu xác nhận trách nhiệm tài chính của tôi đối với các dịch vụ của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế Từ Xa.

Tôi đã đọc tài liệu này và hiểu những rủi ro cũng như lợi ích của dịch vụ y tế từ xa. Tôi đã có cơ hội được giải đáp các thắc mắc của mình, và tôi đồng ý nhận các dịch vụ y tế từ xa từ Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế Từ Xa. Tôi ủy quyền tiết lộ mọi thông tin y tế có liên quan về tôi cho Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế Từ Xa, nhân viên của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế Từ Xa, và chương trình sức khỏe/đơn vị thanh toán của tôi (nếu có).

- Tôi đồng ý chia sẻ các kết quả/ghi chú từ cuộc hẹn khám Y Tế Từ Xa với (các) Bác Sĩ Chăm Sóc Chính và/hoặc Bác Sĩ Giới Thiệu của tôi.

#### **Thuốc Kê Toa:**

Ngoài ra, tôi tự nguyện đồng ý cho phép Texas Oncology truy cập và sử dụng lịch sử thuốc kê toa của tôi từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác hoặc đơn vị thanh toán quyền lợi nhà thuốc bên thứ ba cho mục đích điều trị. Tôi hiểu rằng lịch sử thuốc kê toa của tôi (bao gồm nhưng không giới hạn ở thuốc kê toa, xét nghiệm, và thông tin lịch sử thuốc chăm sóc sức khỏe khác) từ nhiều nhà cung cấp dịch vụ y tế không liên kết, công ty bảo hiểm và nhà quản lý quyền lợi nhà thuốc khác có thể được các nhà cung cấp dịch vụ của tôi và nhân viên của họ xem tại đây, và nó có thể bao gồm các thuốc kê toa đã có từ những năm trước.

Tôi xác nhận rằng Texas Oncology có thể sử dụng các hệ thống trao đổi thông tin y tế để truyền tải, nhận và/hoặc truy cập điện tử lịch sử thuốc kê toa của tôi.

Tôi hiểu rằng sự đồng ý này sẽ có giá trị và duy trì hiệu lực chừng nào tôi còn tham gia hoặc nhận các dịch vụ từ Texas Oncology, trừ khi tôi thu hồi bằng văn bản kèm theo thông báo bằng văn bản được cung cấp cho từng địa điểm hành nghề mà tôi tham gia hoặc nhận dịch vụ từ đó.

Tôi chứng nhận rằng tôi đã đọc tài liệu này, hoặc người khác đã đọc cho tôi nghe.

Chữ Ký của Bệnh Nhân/Người Đại Diện Được Ủy Quyền Hợp Pháp: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân (nếu Bệnh Nhân không ký tên): \_\_\_\_\_

Đối với những bệnh nhân cần biên dịch hoặc đọc tài liệu này bằng lời, người đọc hoặc người dịch cần ghi và ký tên xuống dưới đây:

Chữ Ký của Người Đọc/Người Dịch: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_



Tên Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_



### ỦY QUYỀN TIẾT LỘ THÔNG TIN

Tôi đồng ý tiết lộ bằng lời nói thông tin về sức khỏe của tôi với những người được liệt kê dưới đây. Điều này có thể bao gồm bất kỳ thông tin nào về tình trạng sức khỏe của tôi, gồm bệnh trạng, triệu chứng, kết quả xét nghiệm, thuốc, hóa đơn thanh toán và lịch trình.

Tên Liên Hệ: \_\_\_\_\_

Mối quan hệ với bệnh nhân: \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại: \_\_\_\_\_

Đánh dấu ô này để chọn làm liên hệ khẩn cấp

Tên Liên Hệ: \_\_\_\_\_

Mối quan hệ với bệnh nhân: \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại: \_\_\_\_\_

Đánh dấu ô này để chọn làm liên hệ khẩn cấp

Tôi hiểu rằng ủy quyền này sẽ giữ hiệu lực cho đến khi được tôi thu hồi bằng văn bản. Tôi nhận thức được rằng việc thu hồi đó sẽ không có hiệu lực đối với những hành động mà người được tôi ủy quyền sử dụng và/hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe đã thực hiện dựa trên ủy quyền này.

\_\_\_\_\_  
Chữ Ký của Bệnh Nhân / hoặc Người Đại Diện Cá Nhân

\_\_\_\_\_  
Ngày

Nếu ủy quyền này được ký bởi người đại diện cá nhân của bệnh nhân thay mặt cho bệnh nhân, vui lòng hoàn thành phần sau:

\_\_\_\_\_  
Tên của Người Đại Diện Cá Nhân

\_\_\_\_\_  
Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân

Đối với những bệnh nhân cần biên dịch hoặc đọc tài liệu này bằng lời, người đọc hoặc người dịch cần ghi và ký tên xuống dưới đây:

\_\_\_\_\_  
Chữ Ký của Người Đọc/Người Dịch

\_\_\_\_\_  
Ngày





### CHUYỂN GIAO QUYỀN LỢI / TRÁCH NHIỆM TÀI CHÍNH

1. Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm trả các khoản phí không được hãng bảo hiểm và/hoặc nhà cung cấp quyền lợi của tôi đài thọ hoặc bồi hoàn tại thời điểm sử dụng dịch vụ. Tôi đồng ý, trong trường hợp không thanh toán, chịu các chi phí về lãi vay, thu nợ và hành động pháp lý (nếu được yêu cầu).
2. Tôi ủy quyền cho hãng bảo hiểm và/hoặc nhà cung cấp quyền lợi của mình tiết lộ thông tin về bảo hiểm của tôi cho Texas Oncology P.A.
3. Quyền thanh toán của tôi đối với tất cả các loại dược phẩm, thủ thuật, xét nghiệm, thuê thiết bị y tế, vật tư và dịch vụ điều dưỡng/bác sĩ bao gồm các quyền lợi y tế chính theo đây sẽ được chuyển giao cho Texas Oncology P.A. Việc chuyển giao này bao gồm tất cả các quyền lợi theo Medicare, các chương trình khác do chính phủ tài trợ, bảo hiểm tư nhân, và mọi chương trình sức khỏe khác. Tôi xác nhận tài liệu này là một bản chuyển giao có tính ràng buộc về mặt pháp lý nhằm thu thập các quyền lợi của tôi để thanh toán cho các yêu cầu thanh toán dịch vụ. Trong trường hợp hãng bảo hiểm và/hoặc nhà cung cấp quyền lợi của tôi cấm việc chuyển giao quyền lợi, tôi qua văn bản này hướng dẫn và yêu cầu hãng bảo hiểm và/hoặc nhà cung cấp quyền lợi của tôi thực hiện việc kiểm tra các quyền lợi mà tôi được hưởng và gửi thư thông tin đó cho người nhận là tôi theo hình thức "in care of - nhờ chuyển đến" đến địa chỉ sau:

c/o Texas Oncology, P.A.  
12221 Merit Dr., Ste. 500  
Dallas, TX 75251

4. Tôi ủy quyền cho Texas Oncology theo đuổi các kháng nghị hành chính và nộp đơn kiện nhằm mục đích thanh toán và tất cả các nguyên nhân tố tụng khác, bao gồm nhưng không giới hạn ở các yêu cầu thanh toán ERISA, cũng như theo đuổi hành động pháp lý chống lại tôi nếu tôi không ký chuyển nhượng mọi khoản thanh toán mà tôi nhận được cho Texas Oncology.

THỎA THUẬN/ĐỒNG Ý NÀY SẼ GIỮ HIỆU LỰC TRỪ KHI ĐƯỢC TÔI THU HỒI BẰNG VĂN BẢN.

Tôi đã nhận được một bản sao của các tuyên bố trên và chấp nhận các điều khoản. Bản sao của tuyên bố này được coi tương tự như bản gốc.

Chữ Ký của Bệnh Nhân/Người Đại Diện Được Ủy Quyền Hợp Pháp: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân (nếu Bệnh Nhân không ký tên): \_\_\_\_\_

Đối với những bệnh nhân cần biên dịch hoặc đọc tài liệu này bằng lời, người đọc hoặc người dịch cần ghi và ký tên xuống dưới đây:

Chữ Ký của Người Đọc/Người dịch: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

-----  
Texas Oncology Use Only  
Date Acknowledgement Received: \_\_\_\_\_



## THANH TOÁN CỦA BỆNH NHÂN

Texas Oncology cung cấp dịch vụ chăm sóc cả về y tế và tài chính có chất lượng cho bệnh nhân của chúng tôi. Bảo mật thông tin của bệnh nhân được duy trì khi nhận khoản thanh toán phù hợp cho dịch vụ chăm sóc y tế được cung cấp. Sau đây là bản tóm tắt chi tiết về các chính sách và thủ tục của chúng tôi liên quan đến việc thanh toán của bệnh nhân.

1. Bệnh nhân phải trả các khoản đồng thanh toán tại thời điểm sử dụng dịch vụ.
2. Bệnh nhân sẽ nhận được ước tính chi phí từ đại diện Văn Phòng Kinh Doanh khi yêu cầu nếu bảo hiểm không đài thọ toàn bộ cho tất cả các dịch vụ và/hoặc bệnh nhân được bảo hiểm dưới mức hoặc được công nhận là nghèo khó.
3. Các yêu cầu thanh toán bảo hiểm cấp một, cấp hai và cấp ba đối với các dịch vụ được cung cấp sẽ do Văn Phòng Kinh Doanh nộp.
4. Sau khi công ty bảo hiểm thực hiện thanh toán, Văn Phòng Kinh Doanh sẽ đối chiếu giải trình thanh toán. Bệnh nhân sẽ được lập hóa đơn cho số tiền chưa thanh toán trừ khi hợp đồng với hãng bảo hiểm cấm điều đó.
5. Mọi yêu cầu thanh toán bị từ chối do bệnh nhân không hội đủ điều kiện, giới hạn về quyền lợi, hoặc dịch vụ không được đài thọ sẽ được lập hóa đơn trực tiếp cho bệnh nhân trừ khi hợp đồng với hãng bảo hiểm cấm điều đó.
6. Bệnh nhân cần thông báo kịp thời cho Văn Phòng Kinh Doanh về mọi thay đổi trong phạm vi bảo hiểm, địa chỉ thanh toán, tên pháp lý, hoặc bác sĩ giới thiệu.
7. Bệnh nhân đang được điều trị cần thông báo cho văn phòng khi được tiếp nhận vào một Cơ Sở Điều Dưỡng Lành Nghề.
8. Bệnh nhân có thể yêu cầu một địa chỉ thanh toán khác để thay thế.
9. Các sao kê hóa đơn của bệnh nhân sẽ được gửi đi mỗi 30 ngày kèm phong bì thư để gửi lại.
10. Bệnh nhân có thể yêu cầu bản sao kê các khoản phí và khoản thanh toán được lập hóa đơn vào bất kỳ lúc nào.
11. Tất cả các khoản thanh toán nhận được sẽ được xử lý điện tử.
12. Nếu số dư quá 45 ngày bệnh nhân sẽ nhận được thư hoặc cuộc gọi điện thoại để thu nợ hoặc để bố trí kế hoạch thanh toán.
13. Mọi bệnh nhân đều sẽ nhận được tin nhắn thông báo về số dư chưa thanh toán đến thiết bị di động của họ. Bệnh nhân có thể chọn nhận hoặc không nhận tin nhắn thông báo vào bất cứ lúc nào bằng cách liên hệ với Văn Phòng Kinh Doanh của bác sĩ của họ. Phí tin nhắn hoặc dữ liệu có thể sẽ được áp dụng.
14. Mọi bệnh nhân đều sẽ nhận được thông báo thư điện tử về số dư chưa thanh toán của họ đến email của họ có trong hồ sơ. Bệnh nhân có thể chọn nhận hoặc không nhận thông báo thư điện tử vào bất cứ lúc nào bằng cách liên hệ với Văn Phòng Kinh Doanh của bác sĩ của họ.
15. Bệnh nhân có thể thanh toán số dư trực tuyến bằng cách sử dụng cổng Thanh Toán Hóa Đơn Trực Tuyến an toàn tại [www.texasoncology.com](http://www.texasoncology.com). Nếu có các câu hỏi liên quan đến sao kê, lập hóa đơn, hoặc thanh toán trực tuyến, vui lòng gọi số điện thoại miễn phí 1-855-425-9808.
16. Texas Oncology không tính lãi đối với số tiền quá hạn; tuy nhiên, chúng tôi có quyền chuyển mọi tài khoản chưa thanh toán quá 120 ngày cho cơ quan thu nợ bên thứ ba. Cơ quan thu nợ bên thứ ba có thể sử dụng tất cả thông tin nhân khẩu học được cung cấp theo cách thủ công hoặc tự động để liên lạc về số dư chưa thanh toán. Điều này bao gồm nhưng không giới hạn ở điện thoại nhà riêng, điện thoại di động, điện thoại cơ quan, và bất kỳ hình thức liên lạc kỹ thuật số nào bao gồm nhưng không giới hạn ở tin nhắn văn bản, email và/hoặc hệ thống quay số để thông tin tự động.
17. Nếu bệnh nhân nhận được khoản thanh toán trực tiếp từ công ty bảo hiểm hoặc chương trình hỗ trợ bệnh nhân, được ghi cụ thể là khoản thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp, thì Texas Oncology có quyền chuyển số dư quá hạn cho cơ quan thu nợ bên ngoài.
18. Mọi thắc mắc về lập hóa đơn liên quan đến thuốc uống sẽ được dược sĩ/nhân viên nhà thuốc giải quyết.
19. Bệnh nhân có thể nhận được thông báo nếu gói bảo hiểm của họ có chương trình chăm sóc dựa trên giá trị (VBC) mà Texas Oncology tham gia. Tất cả những người thụ hưởng hội đủ điều kiện của Medicare đều sẽ được cung cấp một bản sao Thư Thông Báo Cho Người Thụ Hưởng (BNL) về Mô Hình Điều Trị Ung Thư Nâng Cao (EOM) của Medicare.
20. Bệnh nhân có thể đồng ý để tiết lộ thông tin tài chính cho người khác thay mặt họ. Sự đồng ý này có thể được cập nhật vào bất cứ lúc nào bằng cách liên hệ với Văn Phòng Kinh Doanh của bác sĩ của họ.

Các câu hỏi hoặc khiếu nại cần được chuyển đến Văn Phòng Kinh Doanh chính của Texas Oncology theo số 1-800-758-7608.

Tên Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_



### TIẾT LỘ THÔNG TIN TÀI CHÍNH

Là bệnh nhân, quý vị có quyền kiểm soát hồ sơ tài chính liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế của mình. Chúng tôi sẽ không tiết lộ thông tin tài chính khi chưa có sự đồng ý của quý vị trừ khi có bằng chứng về thẩm quyền pháp lý để một cá nhân khác hành động thay mặt quý vị hoặc luật pháp cho phép tiết lộ.

Texas Oncology có thể tiết lộ và thảo luận các thông tin tài chính trong tài khoản của quý vị với các cá nhân được ghi tên trên biểu mẫu *Ủy Quyền Tiết Lộ Thông Tin*. Vui lòng lưu ý rằng nhân viên sẽ yêu cầu các yếu tố định danh chính để hỗ trợ việc xác định danh tính của cá nhân. Điều này có thể bao gồm tên pháp lý đầy đủ, ngày sinh, địa chỉ, số điện thoại, người bảo lãnh, người đăng ký, hoặc các thông tin định danh cá nhân riêng biệt khác của bệnh nhân. Để rút lại sự đồng ý đối với các cá nhân được ủy quyền vào bất cứ lúc nào, vui lòng liên hệ trực tiếp với Văn Phòng Kinh Doanh của bác sĩ của quý vị. Quý vị sẽ được yêu cầu hoàn thành một biểu mẫu Tiết Lộ Thông Tin Tài Chính khác.

Texas Oncology thu thập Số An Sinh Xã Hội (SSN) để thực hiện các yêu cầu thanh toán và vì mục đích bồi hoàn. Thông tin cá nhân của quý vị sẽ được lưu giữ an toàn và chỉ được truy cập để thực hiện các chức năng công việc thiết yếu. TỰY CHỌN: Bằng việc ghi Số An Sinh Xã Hội do chính phủ cấp vào trường bên dưới, quý vị đồng ý cho Texas Oncology thu thập và sử dụng thông tin này:

			-			-			
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--

Vui lòng xác nhận các tuyên bố sau:

- Tôi đồng ý nhận thông báo qua thư điện tử về các sao kê tài chính của tôi.
- Tôi đồng ý nhận thông báo bằng tin nhắn về các sao kê tài chính của tôi.
- Tôi xác nhận đã nhận được biểu mẫu Thanh Toán Của Bệnh Nhân và đã hiểu rõ các điều khoản và điều kiện.

Vui lòng ký tên và ghi ngày xuống bên dưới:

Chữ Ký của Bệnh Nhân/Người Đại Diện Được Ủy Quyền Hợp Pháp: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân (nếu Bệnh Nhân không ký tên): \_\_\_\_\_

Đối với những bệnh nhân cần biên dịch hoặc đọc tài liệu này bằng lời, người đọc hoặc người dịch cần ghi và ký tên xuống dưới đây:

Chữ Ký của Người Đọc/Người Dịch: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

## **THÔNG BÁO VỀ THỰC HÀNH QUYỀN RIÊNG TƯ**

Ngày Có Hiệu Lực: Ngày 23 Tháng Chín, 2013

**THÔNG BÁO NÀY TRÌNH BÀY CÁCH MÀ THÔNG TIN Y TẾ VỀ QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯỢC SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ CŨNG NHƯ CÁCH ĐỂ QUÝ VỊ CÓ THỂ TRUY CẬP THÔNG TIN NÀY. VUI LÒNG ĐỌC KỸ.**

### **Giới Thiệu Về Chúng Tôi**

Trong Thông Báo này, chúng tôi sử dụng các thuật ngữ như “chúng tôi”, “của chúng tôi” hoặc “Cơ sở Hành Nghề” để chỉ **Texas Oncology**, các bác sĩ, người làm công, nhân viên và các nhân sự khác của **Texas Oncology**. Tất cả các cơ sở và địa điểm của **Texas Oncology** đều tuân theo các điều khoản của Thông Báo này và có thể chia sẻ thông tin sức khỏe với nhau cho các mục đích điều trị, thanh toán hoặc hoạt động chăm sóc sức khỏe cũng như cho các mục đích khác như được trình bày trong Thông Báo này.

### **Mục Đích của Thông Báo này**

Thông Báo này trình bày cách mà chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị để thực hiện điều trị, thanh toán hoặc các hoạt động chăm sóc sức khỏe cũng như cho các mục đích khác được pháp luật cho phép hoặc yêu cầu. Thông Báo này cũng nêu rõ các nghĩa vụ pháp lý của chúng tôi trong việc bảo vệ quyền riêng tư về thông tin sức khỏe của quý vị và giải thích các quyền của quý vị nhằm bảo vệ thông tin sức khỏe của bản thân. Chúng tôi sẽ lập hồ sơ về các dịch vụ mà chúng tôi cung cấp cho quý vị, và hồ sơ này sẽ bao gồm các thông tin sức khỏe của quý vị. Chúng tôi cần lưu giữ các thông tin này để đảm bảo rằng quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc có chất lượng và để đáp ứng một số yêu cầu pháp lý nhất định liên quan đến việc cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Chúng tôi hiểu rằng thông tin sức khỏe của quý vị là mang tính cá nhân, và chúng tôi cam kết bảo vệ quyền riêng tư của quý vị và đảm bảo rằng thông tin sức khỏe của quý vị sẽ không bị sử dụng một cách không phù hợp.

### **Trách Nhiệm Của Chúng Tôi**

Chúng tôi được pháp luật yêu cầu phải đảm bảo tính riêng tư của thông tin sức khỏe của quý vị và cung cấp cho quý vị thông báo về các nghĩa vụ pháp lý và các thực hành quyền riêng tư của chúng tôi đối với thông tin sức khỏe của quý vị. Chúng tôi cũng được yêu cầu phải thông báo cho quý vị về hành vi vi phạm thông tin sức khỏe của quý vị. Chúng tôi sẽ tuân thủ các điều khoản của Thông Báo này.

### **Cách Mà Chúng Tôi Có Thể Sử Dụng Hoặc Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Của Quý Vị**

**Các hạng mục sau đây trình bày các ví dụ về cách chúng tôi sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe mà không cần có ủy quyền bằng văn bản của quý vị:**

**Để Điều Trị:** Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị để cung cấp cho quý vị các dịch vụ hoặc điều trị y tế. Ví dụ: thông tin sức khỏe của quý vị sẽ được chia sẻ với bác sĩ ung thư của quý vị và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác tham gia chăm sóc cho quý vị. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho bác sĩ ung thư khác nhằm mục đích tư vấn. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho bác sĩ chăm sóc chính của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác để đảm bảo họ có tất cả các thông tin cần thiết để chẩn đoán và điều trị cho quý vị.

**Để Thanh Toán:** Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho những người khác để họ thanh toán cho chúng tôi hoặc bồi hoàn chi phí điều trị cho quý vị. Ví dụ: một hóa đơn có thể được gửi đến quý vị, công ty bảo hiểm của quý vị hoặc đơn vị thanh toán bên thứ ba. Hóa đơn có thể chứa các thông tin định danh về quý vị, các chẩn đoán và phương pháp điều trị hoặc vật tư được sử dụng trong quá trình điều trị. Chúng tôi cũng có thể thông báo cho chương trình sức khỏe của quý vị về việc điều trị mà quý vị sắp thực hiện để có được phê duyệt trước hoặc để xác định xem liệu chương trình sức khỏe của quý vị có đài thọ cho việc điều trị hay không.

**Để Thực Hiện Các Hoạt Động Chăm Sóc Sức Khỏe:** Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị để hỗ trợ cho các hoạt động kinh doanh của chúng tôi. Những trường hợp sử dụng và tiết lộ thông tin này là cần thiết để vận hành Cơ Sở Hành Nghề và đảm bảo các bệnh nhân của chúng tôi nhận được dịch vụ chăm sóc có chất lượng. Ví dụ: chúng tôi có thể sử dụng thông tin sức khỏe của quý vị cho các hoạt động đánh giá chất lượng, đào tạo sinh viên y khoa, đánh giá trình độ chuyên môn, và cho các hoạt động thiết yếu khác. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho “các đối tác kinh doanh” bên thứ ba thực hiện các dịch vụ khác nhau thay mặt chúng tôi, chẳng hạn như dịch vụ ghi chép, thanh toán và thu nợ. Trong những trường hợp này, chúng tôi sẽ ký thỏa thuận bằng văn bản với đối tác kinh doanh để đảm bảo họ bảo vệ tính riêng tư của thông tin sức khỏe của quý vị.

Chúng tôi có thể sẽ đề nghị quý vị ký tên vào tờ ghi danh tại bàn đăng ký, và chúng tôi có thể gọi tên quý vị trong phòng chờ để báo quý vị vào khám theo hẹn.

**Nhắc Hẹn:** Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị để liên hệ với quý vị và nhắc quý vị về cuộc hẹn sắp tới để nhận các dịch vụ điều trị hoặc chăm sóc sức khỏe.

**Các Cá Nhân Liên Quan Đến Dịch Vụ Chăm Sóc hoặc Việc Thanh Toán Cho Dịch Vụ Chăm Sóc và Thông Báo:** Nếu quý vị đồng ý bằng lời nói với việc sử dụng hoặc tiết lộ thông tin và trong một số trường hợp khác, chúng tôi sẽ sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị như sau đây. Chúng tôi có thể tiết lộ cho gia đình, bạn bè của quý vị, và bất kỳ ai khác mà quý vị xác định là người có liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị hoặc người giúp thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị các thông tin sức khỏe có liên quan đến sự tham gia của người đó vào dịch vụ chăm sóc hoặc việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ những thông tin này sau khi quý vị qua đời.

**Nếu quý vị muốn chúng tôi không tiết lộ các thông tin sức khỏe của quý vị cho thành viên gia đình hoặc bạn bè có liên quan đến dịch vụ chăm sóc của quý vị, thì quý vị phải đưa ra yêu cầu bằng văn bản và gửi nó đến Người Quản Lý Hồ Sơ Y Tế của văn phòng Texas Oncology tại địa phương của quý vị.**

Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin của quý vị để thông báo hoặc hỗ trợ việc thông báo cho thành viên gia đình, người đại diện cá nhân, hoặc bất kỳ người nào khác chịu trách nhiệm về dịch vụ chăm sóc của quý vị, về vị trí thực tế của quý vị trong Cơ Sở Hành Nghề, tình trạng sức khỏe nói chung hoặc về việc quý vị đã qua đời. Chúng tôi cũng có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho các tổ chức cứu trợ thiên tai để gia đình quý vị hoặc những cá nhân khác chịu trách nhiệm về dịch vụ chăm sóc của quý vị có thể được thông báo về bệnh trạng, tình trạng và vị trí của quý vị.

**Trong phạm vi pháp luật hiện hành cho phép, chúng tôi cũng được phép sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị mà không cần đến ủy quyền của quý vị cho các mục đích sau:**

**Khi Được Pháp Luật Yêu Cầu:** Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị khi luật pháp liên bang, tiểu bang hoặc địa phương yêu cầu làm như vậy.

**Các Thủ Tục Tố Tụng Tư Pháp Và Hành Chính:** Nếu quý vị tham gia vào một thủ tục tố tụng pháp lý, chúng tôi có thể tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị để phản hồi lệnh của tòa án hoặc lệnh hành chính. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị để phản hồi lại trả lời đầu tòa, yêu cầu điều tra thông tin, hoặc quy trình hợp pháp khác bởi một người khác có liên quan đến tranh chấp, nhưng chỉ khi đã cố gắng thông báo cho quý vị biết về yêu cầu đó hoặc để có được lệnh bảo vệ các thông tin được yêu cầu.

**Các Hoạt Động Giám Sát Sức Khỏe:** Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho các cơ quan giám sát sức khỏe để phục vụ các hoạt động được pháp luật cho phép. Những hoạt động giám sát này là cần thiết để chính phủ giám sát hệ thống chăm sóc sức khỏe, các chương trình phúc lợi của chính phủ, việc tuân thủ các chương trình quản lý của chính phủ và việc tuân thủ luật dân quyền.

**Thực Thi Pháp Luật:** Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị, trong giới hạn nhất định, cho các quan chức thực thi pháp luật cho một số mục đích khác nhau:

- Để tuân thủ lệnh của tòa án, lệnh bắt, trả lời đầu tòa, giấy triệu tập, hoặc quy trình tương tự khác;
- Để định danh hoặc định vị nghi phạm, người chạy trốn, nhân chứng vật chất, hoặc người mất tích;
- Về nạn nhân của một hành vi tội phạm, nếu nạn nhân đồng ý hoặc khi chúng tôi không thể có được sự đồng ý của nạn nhân;
- Về một trường hợp tử vong mà chúng tôi nghi ngờ có thể là do hành vi phạm tội;
- Về hành vi phạm tội mà chúng tôi tin tưởng một cách thiện chí rằng đã xảy ra tại cơ sở của chúng tôi; và
- Để báo cáo một hành vi tội phạm không xảy ra tại cơ sở của chúng tôi, tính chất của hành vi tội phạm, địa điểm phạm tội, cũng như danh tính, đặc điểm mô tả, và vị trí của cá nhân đã phạm tội trong tình huống khẩn cấp.

**Các Hoạt Động Sức Khỏe Công Cộng:** Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho các hoạt động sức khỏe công cộng, bao gồm:

- Để phòng ngừa hoặc kiểm soát bệnh tật, thương tích, hoặc khuyết tật;
- Để báo cáo việc sinh đẻ hoặc tử vong;
- Để báo cáo việc lạm dụng hoặc bỏ bê trẻ em;
- Các hoạt động liên quan đến chất lượng, tính an toàn, hoặc tính hiệu quả của các sản phẩm do FDA quản lý;
- Để thông báo cho một cá nhân mà có thể đã phơi nhiễm với một bệnh truyền nhiễm hoặc có thể có nguy cơ mắc hoặc lây lan bệnh hoặc tình trạng bệnh theo quy định của pháp luật; và
- Để thông báo cho chủ lao động về những phát hiện liên quan đến bệnh tật hoặc thương tích liên quan đến công việc hoặc giám sát y tế chung mà chủ lao động đó cần phải tuân thủ theo pháp luật nếu quý vị được cung cấp thông báo về việc tiết lộ thông tin đó.

**Đe Doạ Nghiêm Trọng Đến Sức Khỏe hoặc Sự An Toàn:** Nếu có đe dọa nghiêm trọng đến sức khỏe và sự an toàn của quý vị hoặc sức khỏe và sự an toàn của công chúng hoặc người khác, chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho người mà có thể giúp ngăn chặn mối đe dọa này hoặc khi cần thiết để các cơ quan thực thi pháp luật xác định hoặc bắt giữ một cá nhân.

**Hiến Nôi Tang/Mộ:** Nếu quý vị là người hiến tạng, chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho các tổ chức xử lý việc thu thập, cấy ghép, hoặc lưu trữ nội tạng, mắt hoặc mô.

**Điều Tra Viên, Giám Định Viên Y Tế, và Giám Đốc Tang Lễ:** Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe cho điều tra viên hoặc giám định viên y tế. Việc tiết lộ thông tin này có thể cần thiết để xác định danh tính của một người đã chết hoặc xác định nguyên nhân cái chết. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ thông tin sức khỏe, nếu cần thiết, cho giám đốc tang lễ để hỗ trợ họ thực hiện các nghĩa vụ của họ.

**Bồi Thường Cho Người Lao Động:** Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị khi được ủy quyền và trong phạm vi cần thiết để tuân thủ các luật liên quan đến bồi thường cho người lao động hoặc các chương trình tương tự cung cấp phúc lợi cho thương tích hoặc bệnh tật liên quan đến công việc.

**Nạn Nhân của Hành Vi Lam Dụng, Bỏ Bê, hoặc Bao Lọc Gia Đình:** Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin sức khỏe cho cơ quan chính phủ thích hợp nếu chúng tôi cho rằng bệnh nhân là nạn nhân của hành vi lạm dụng, bỏ bê hoặc bạo lực gia đình. Chúng tôi sẽ chỉ tiết lộ thông tin nếu quý vị đồng ý, hoặc khi được pháp luật yêu cầu hoặc cho phép.

**Các Hoạt Động Của Quân Đội và Cựu Chiến Binh:** Nếu quý vị là thành viên của Lực Lượng Vũ Trang, chúng tôi có thể tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho cơ quan chỉ huy quân sự. Thông tin sức khỏe về quân nhân nước ngoài có thể được tiết lộ cho các cơ quan quân sự nước ngoài.

**An Ninh Quốc Gia và Hoạt Động Tình Báo:** Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho các quan 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 được pháp luật cho phép.

**Dịch Vụ Bảo Vệ dành cho Tổng Thống và Những Người Khác:** Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho các quan chức liên bang có thẩm quyền để họ có thể cung cấp dịch vụ bảo vệ cho tổng thống và những người khác, bao gồm cả các nguyên thủ quốc gia nước ngoài.

**Tù Nhân:** Nếu quý vị là tù nhân của cơ sở cải huấn hoặc đang bị quan chức thực thi pháp luật quản chế, chúng tôi có thể tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho cơ sở cải huấn hoặc quan chức thực thi pháp luật để hỗ trợ họ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bảo vệ sức khỏe và sự an toàn của quý vị hoặc sức khỏe và sự an toàn của người khác, hoặc vì sự an toàn của cơ sở cải huấn.

**Nghiên Cứu:** Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho một số hoạt động nghiên cứu nhất định mà không cần ủy quyền bằng văn bản của quý vị. Ví dụ: chúng tôi có thể sử dụng một số thông tin sức khỏe của quý vị để quyết định xem liệu chúng tôi có đủ bệnh nhân để tiến hành nghiên cứu về ung thư hay không. Đối với một số hoạt động nghiên cứu nhất định, Ban Xét Duyệt Định Chế (IRB) hoặc Ban Phụ Trách Quyền Riêng Tư có thể phê duyệt việc sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị mà không cần ủy quyền của quý vị.

#### **Các Trường Hợp Sử Dụng và Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Khác Của Quý Vị Mà Cần Có Ủy Quyền Bằng Văn Bản:**

Các trường hợp sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe khác của quý vị mà không nằm trong quy định của Thông Báo này sẽ chỉ được thực hiện khi có ủy quyền bằng văn bản của quý vị. Một số ví dụ bao gồm:

- **Ghi Chú Trị Liệu Tâm Lý:** Chúng tôi thường không lưu giữ các ghi chú trị liệu tâm lý về quý vị. Nếu có, thì chúng tôi sẽ chỉ sử dụng và tiết lộ chúng khi có ủy quyền bằng văn bản của quý vị ngoại trừ một số trường hợp hạn hữu.
- **Tiếp Thị:** Chúng tôi chỉ có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho mục đích tiếp thị khi có ủy quyền bằng văn bản của quý vị. Điều này có thể bao gồm việc trao đổi thông tin điều trị cho quý vị khi chúng tôi nhận được lợi ích tài chính để làm vậy.
- **Bản Thông Tin Sức Khỏe Của Quý Vị:** Chúng tôi chỉ có thể bán thông tin sức khỏe của quý vị khi có ủy quyền bằng văn bản của quý vị.

Nếu quý vị ủy quyền cho chúng tôi sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe, quý vị có thể thu hồi ủy quyền của mình bằng văn bản vào bất cứ lúc nào. Nếu quý vị thu hồi ủy quyền của mình, chúng tôi sẽ không còn sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị nữa, ngoại trừ những trường hợp mà chúng tôi đã thực hiện hành động dựa trên ủy quyền đó của quý vị.

#### **Các Quyền Của Quý Vị Về Thông Tin Sức Khỏe**

Quý vị có các quyền sau đây về thông tin sức khỏe của quý vị mà chúng tôi lưu giữ:

**Quyền Yêu Cầu Các Hạn Chế:** Quý vị có quyền yêu cầu các hạn chế trong cách chúng tôi sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho việc điều trị, thanh toán hoặc các hoạt động chăm sóc sức khỏe. **Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý với yêu cầu của quý vị.** Nếu chúng tôi đồng ý, chúng tôi sẽ tuân thủ theo yêu cầu của quý vị trừ khi thông tin đó là cần thiết để cung cấp cho quý vị dịch vụ điều trị cấp cứu. Để yêu cầu các hạn chế, quý vị phải đưa ra yêu cầu bằng văn bản và gửi đến văn phòng của Texas Oncology tại địa phương của quý vị. Chúng tôi phải đồng ý với yêu cầu rằng chúng tôi sẽ hạn chế việc tiết lộ thông tin cho chương trình sức khỏe vì mục đích thanh toán hoặc mục đích thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe mà pháp luật không yêu cầu, nếu quý vị hoặc ai đó không phải là chương trình sức khỏe thay mặt quý vị, trả trả toàn bộ chi phí cho dịch vụ hoặc hạng mức nếu.

**Quyền Yêu Cầu Thông Tin Liên Lạc Bảo Mật:** Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi liên lạc với quý vị theo phương thức nhất định hoặc tại một địa điểm nhất định về các dịch vụ mà quý vị nhận được từ chúng tôi. Ví dụ: quý vị có thể yêu cầu chúng tôi chỉ liên hệ với quý vị tại nơi làm việc hoặc chỉ qua thư bưu điện. Để yêu cầu thông tin liên lạc bảo mật, quý vị phải đưa ra yêu cầu bằng văn bản và gửi đến văn phòng Texas Oncology tại địa phương của quý vị. Chúng tôi sẽ không hỏi lý tại sao quý vị yêu cầu như vậy. Chúng tôi sẽ cố gắng đáp ứng tất cả các yêu cầu hợp lý.

**Quyền Kiểm Tra và Sao Chép:** Quý vị có quyền kiểm tra và sao chép thông tin sức khỏe mà có thể được sử dụng để đưa ra quyết định về việc chăm sóc của quý vị. Để kiểm tra và sao chép thông tin sức khỏe của mình, quý vị phải đưa ra yêu cầu bằng văn bản bằng cách điền vào biểu mẫu thích hợp do chúng tôi cung cấp và gửi đến văn phòng Texas Oncology tại địa phương của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu được truy cập vào thông tin y tế của mình theo một hình thức và định dạng điện tử nhất định nếu chúng có sẵn trên hệ thống hoặc, nếu không có sẵn trên hệ thống, thì sẽ theo hình thức và định dạng điện tử được cả hai bên đồng ý. Ngoài ra, quý vị có thể yêu cầu bằng văn bản để chúng tôi truyền tải bản sao thông tin sức khỏe của quý vị cho bất kỳ cá nhân hoặc tổ chức nào mà quý vị chỉ định. Yêu cầu bằng văn bản, có chữ ký của quý vị phải nêu rõ cá nhân hoặc tổ chức được chỉ định đó và nơi quý vị muốn chúng tôi gửi bản sao. Nếu quý vị yêu cầu một bản sao thông tin sức khỏe của mình, chúng tôi có thể tính phí dựa trên chi phí cho nhân lực, vật tư và bưu phí cần thiết để đáp ứng yêu cầu của quý vị.

Chúng tôi có thể từ chối yêu cầu kiểm tra và sao chép của quý vị trong một số trường hợp rất hạn hữu. Nếu quý vị bị từ chối truy cập vào thông tin sức khỏe của mình, quý vị có thể yêu cầu chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cấp phép do chúng tôi lựa chọn xem xét lại quyết định từ chối đó. Người tiến hành xem xét sẽ không phải là người từ chối yêu cầu của quý vị. Chúng tôi sẽ tuân thủ theo quyết định được đưa ra sau khi xem xét lại.

**Quyền Sửa Đổi:** Nếu quý vị cảm thấy thông tin sức khỏe của mình không chính xác hoặc không đầy đủ, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi sửa đổi thông tin. Quý vị có quyền yêu cầu sửa đổi trong thời gian thông tin được lưu giữ bởi chúng tôi hoặc cho chúng tôi. Để yêu cầu sửa đổi, quý vị phải đưa ra yêu cầu bằng văn bản bằng cách điền vào biểu mẫu thích hợp do chúng tôi cung cấp và gửi đến văn phòng Texas Oncology tại địa phương của quý vị.

Chúng tôi có thể từ chối yêu cầu sửa đổi của quý vị. Nếu điều này xảy ra, quý vị sẽ được thông báo về lý do từ chối và có cơ hội để gửi văn bản không tán thành với quyết định của chúng tôi và văn bản này sẽ trở thành một phần trong hồ sơ y tế của quý vị.

**Quyền Được Thống Kê Các Lần Tiết Lộ Thông Tin:** Quý vị có quyền yêu cầu thống kê những lần tiết lộ mà chúng tôi thực hiện đối với thông tin sức khỏe của quý vị. Xin lưu ý rằng một số trường hợp tiết lộ nhất định không cần phải được đưa vào báo cáo thống kê mà chúng tôi cung cấp cho quý vị.

Để yêu cầu thống kê các lần tiết lộ thông tin, quý vị phải đưa ra yêu cầu bằng văn bản bằng cách điền vào biểu mẫu thích hợp do chúng tôi cung cấp và gửi đến văn phòng Texas Oncology tại địa phương của quý vị. Yêu cầu của quý vị phải nêu rõ khoảng thời gian không được nhiều hơn sáu năm, và không được bao gồm các ngày trước ngày 14 Tháng Tư, 2003. Báo cáo thống kê đầu tiên mà quý vị yêu cầu trong khoảng thời gian 12 tháng sẽ được cung cấp miễn phí. Đối với các báo cáo thống kê tiếp theo, chúng tôi có thể tính phí quý vị khi cung cấp báo cáo. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về các chi phí liên quan và cho quý vị cơ hội rút lại hoặc sửa đổi yêu cầu của mình trước khi phát sinh bất kỳ chi phí nào.

**Quyền Nhận Một Bản Sao Giấy Của Thông Báo này:** Quý vị có quyền nhận một bản sao giấy của Thông Báo này vào bất cứ lúc nào, ngay cả khi trước đó quý vị đã đồng ý nhận Thông Báo này dưới dạng điện tử. Để nhận bản sao giấy của Thông Báo này, vui lòng liên hệ với văn phòng Texas Oncology tại địa phương của quý vị. Quý vị cũng có thể có được bản sao của Thông Báo này tại trang web của chúng tôi: [www.TexasOncology.com](http://www.TexasOncology.com)

#### **Những Thay Đổi Đối Với Thông Báo này**

Chúng tôi có quyền thay đổi các điều khoản của Thông Báo này vào bất cứ lúc nào. Chúng tôi có quyền hiệu lực hóa các điều khoản trong Thông Báo mới đối với tất cả thông tin sức khỏe mà chúng tôi hiện đang lưu giữ cũng như mọi thông tin sức khỏe mà chúng tôi nhận được trong tương lai. Nếu chúng tôi thực hiện những thay đổi vật chất hoặc quan trọng đối với các thực hành quyền riêng tư của mình, chúng tôi sẽ kịp thời sửa đổi Thông Báo của mình. Chúng tôi sẽ đăng một bản sao của Thông Báo hiện hành ở khu vực chờ của văn phòng Texas Oncology tại địa phương của quý vị. Mỗi phiên bản của Thông Báo này sẽ có ngày có hiệu lực được ghi ở trang đầu tiên. Các nội dung cập nhật cho Thông Báo này cũng có sẵn trên trang web của chúng tôi, [www.TexasOncology.com](http://www.TexasOncology.com)

#### **Khiếu Nại**

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về Thông Báo này hoặc muốn gửi khiếu nại về các thực hành quyền riêng tư của chúng tôi, vui lòng gửi truy vấn của quý vị đến: **Texas Oncology theo số 1-888-864-ICAN (4226) và yêu cầu gặp Nhân Viên Phụ Trách Quyền Riêng Tư.** Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại lên Bộ Trưởng Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh. **Quý vị sẽ không bị trả đũa hoặc bị phạt vì đã nộp đơn khiếu nại.**

#### **Câu Hỏi**

Nếu quý vị có câu hỏi về Thông Báo này, vui lòng liên hệ với **Texas Oncology theo số 1-888-864-ICAN (4226) và yêu cầu gặp Nhân Viên Phụ Trách Quyền Riêng Tư.**

Tên Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_



### XÁC NHẬN ĐÃ NHẬN ĐƯỢC THÔNG BÁO VỀ THỰC HÀNH QUYỀN RIÊNG TƯ

Texas Oncology cam kết bảo vệ quyền riêng tư của quý vị và đảm bảo rằng thông tin sức khỏe của quý vị được sử dụng và tiết lộ một cách thích hợp. Thông Báo Về Thực Hành Quyền Riêng Tư này nêu ra tất cả các trường hợp sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị mà có thể xảy ra theo các biện pháp thực hành của chúng tôi và nêu rõ các quyền của quý vị đối với thông tin sức khỏe đó. **Vui lòng ký tên vào biểu mẫu bên dưới để xác nhận rằng quý vị đã nhận được Thông Báo Về Thực Hành Quyền Riêng Tư của chúng tôi.**

Tôi xác nhận rằng tôi đã nhận được một bản sao của Thông Báo Về Thực Hành Quyền Riêng Tư của Texas Oncology.

Tên Bệnh Nhân (Vui Lòng Viết In Hoa): \_\_\_\_\_

Chữ Ký của Bệnh Nhân/Người Đại Diện Được Ủy Quyền Hợp Pháp: \_\_\_\_\_

Ngày: \_\_\_\_\_

Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân (Nếu Bệnh Nhân không ký tên): \_\_\_\_\_

Đối với những bệnh nhân cần biên dịch hoặc đọc tài liệu này bằng lời, người đọc hoặc người dịch cần ghi và ký tên xuống dưới đây:

Chữ Ký của Người Đọc/Người Dịch: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

-----  
Texas Oncology Use Only  
Date Acknowledgement Received: \_\_\_\_\_

-OR-

Reason acknowledgment was not obtained:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Tên Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_



## BẢN CAM KẾT VÀ ĐỒNG Ý VỀ CHỮ KÝ ĐIỆN TỬ

Bản Cam Kết Và Đồng Ý Về Chữ Ký Điện Tử này thiết lập các điều khoản và điều kiện quy định về sự đồng ý của tôi để ký tên dưới dạng điện tử các tài liệu thông qua đăng ký điện tử hoặc phần mềm công thông tin của Texas Oncology, P.A.

1. Tôi xác nhận và đồng ý rằng chữ ký điện tử của tôi, mà sẽ được coi như là chữ ký gốc cho mọi mục đích và sẽ có hiệu lực như chữ ký gốc ở dạng phi điện tử.
2. Tôi hiểu rằng bản sao được lưu trữ điện tử của chữ ký của tôi, mọi hướng dẫn hoặc ủy quyền bằng văn bản, và mọi tài liệu khác được cung cấp cho tôi bởi Texas Oncology, P.A. sẽ được coi là hồ sơ trung thực, chính xác và đầy đủ, có hiệu lực pháp lý trong bất kỳ thủ tục tố tụng nào ở mức độ tương tự như thể các tài liệu đó ban đầu được tạo ra và lưu giữ ở dạng giấy in.
3. Tôi đồng ý không phản đối về khả năng được chấp nhận hoặc hiệu lực thực thi của bản sao được lưu trữ điện tử của tài liệu này và mọi tài liệu khác.
4. Tôi có thể từ chối ký tên dưới dạng điện tử vào tài liệu này và rút lại sự đồng ý ký tên dưới dạng điện tử vào tài liệu này bằng cách liên hệ trực tiếp với Texas Oncology, P.A..
5. Tôi có thể liên hệ riêng với Texas Oncology, P.A. để yêu cầu được ký tên vào các tài liệu này trên giấy hoặc để nhận bản sao giấy của các tài liệu đã được ký.
6. Tôi đồng ý với các điều khoản và điều kiện của tài liệu này dưới danh nghĩa bản thân hoặc với tư cách là người đại diện hoặc người giám hộ hợp pháp của bệnh nhân mà tôi thay mặt để ký tên vào tài liệu này.

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và đồng ý với các thông tin ở trên.

Chữ Ký của Bệnh Nhân/Người Đại Diện Được Ủy Quyền Hợp Pháp: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân (nếu Bệnh Nhân không ký tên): \_\_\_\_\_

Đối với những bệnh nhân cần biên dịch hoặc đọc tài liệu này bằng lời, người đọc hoặc người dịch cần ghi và ký tên xuống dưới đây:

Chữ ký của Người Đọc/Người Dịch: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

-----  
Texas Oncology Use Only  
Date Acknowledgement Received: \_\_\_\_\_