



**THỎA THUẬN THAM GIA VÀO CÁC  
DỊCH VỤ SỨC KHỎE Y HỌC TỪ XA**

Trang 1 của 2

Patient Identification

**Tên Bệnh viện Địa phương:** \_\_\_\_\_

1. **MỤC ĐÍCH:** Mục đích của mẫu này là để có được sự đồng ý của quý vị tham gia vào một dịch vụ sức khỏe y học từ xa được cung cấp bởi Oregon Health & Science University kết nối với các dịch vụ hay (các) thủ thuật cung cấp sau đây.
  2. **BẢN CHẤT CỦA DỊCH VỤ SỨC KHỎE Y HỌC TỪ XA:** Trong dịch vụ sức khỏe y học từ xa:
    - a. Các chi tiết về lịch sử bệnh lý của quý vị, các cuộc khám bệnh, x quang, xét nghiệm có thể được thảo luận với các chuyên gia y tế khác thông qua việc sử dụng các truyền hình (video) tương tác, âm thanh và kỹ thuật viễn thông.
    - b. Cuộc khám thị giác và thể chất của quý vị có thể diễn ra.
    - c. Nhân viên kỹ thuật không thuộc y khoa có thể được yêu cầu đi vào khu vực chỗ y học từ xa đang được thực hiện.
    - d. Truyền hình (video), âm thanh, và/hay ghi hình ảnh có thể được thực hiện trong (các) cuộc gặp gỡ.
  3. **THÔNG TIN Y KHOA VÀ CÁC HỒ SƠ:** Tất cả luật lệ hiện hành về sự riêng tư và bảo mật thông tin sức khỏe của quý vị và các bản sao hồ sơ y tế của quý vị áp dụng cho dịch vụ sức khỏe y học từ xa này và thông tin âm thanh và truyền hình (video) được truyền, nhận và lưu trữ bằng điện tử như là một phần của dịch vụ này. Bất kỳ sự phổ biến các hình ảnh có thể nhận dạng-bệnh nhân, hay thông tin từ sự tương tác y học từ xa với các nhà nghiên cứu hay các thực thể khác cho các mục đích khác ngoài việc điều trị, trả tiền của quý vị cho các dịch vụ y tế quý vị nhận được, và một số hoạt động hành chính và hoạt động tác dụng cần thiết hỗ trợ chăm sóc của quý vị sẽ không được xảy ra mà không có phép của quý vị.
- Tôi xác nhận rằng tôi đã được cung cấp một Thông báo về các Thực hành Bảo vệ Quyền Riêng tư bởi OHSU \_\_\_\_\_ (Ký tắt)
- Tôi hiểu các kết quả hình ảnh truyền hình (video) và ghi âm của tôi có thể được bắt và lưu trữ bằng điện tử tại OHSU. Tôi hiểu rằng các bản thu lại này có thể sau này được xem và được sử dụng cho mục đích đánh giá và đào tạo tại OHSU có thể bao gồm nhân viên và học sinh không phải bác sĩ của OHSU. Tôi hiểu và đồng ý với việc sử dụng các thu lại hình ảnh và âm thanh cho các hội chẩn y học từ xa và, có thể, cho sự đánh giá, giáo dục và đào tạo.
4. **CÁC ĐIỀU KIỆN OHSU CỦA DỊCH VỤ Y HỌC TỪ XA:** OHSU là một tổ chức giảng dạy. Bằng việc ký tên vào mẫu Đồng ý này, bệnh nhân hoặc người đại diện xác nhận của bệnh nhân, hiểu và đồng ý rằng các bác sĩ thường trú, nội trú thực tập, sinh viên y khoa, sinh viên các ngành chuyên môn chăm sóc sức khỏe phụ thuộc (ví dụ như điều dưỡng, x quang, điều trị phục hồi chức năng) và nghiên cứu sinh hậu đại học có thể khám kiểm tra, điều trị và tham gia vào các dịch vụ sức khỏe y học từ xa, dưới sự giám sát của các bác sĩ tham dự, như một phần của chương trình giáo dục y tế của tổ chức.
  5. **CÁC QUYỀN:** Quý vị có thể giữ lại hoặc thu hồi sự đồng ý của quý vị với dịch vụ sức khỏe y học từ xa tại bất cứ lúc nào trước hoặc trong khi tham khảo ý kiến mà không ảnh hưởng đến quyền được chăm sóc hay điều trị trong tương lai. Quý vị cũng có thể rút lại sự đồng ý cho nhân viên phụ trợ tham gia vào các dịch vụ sức khỏe y học từ xa. Quý vị cũng có thể thu hồi sự chấp thuận của quý vị cho phép OHSU để lưu trữ và sử dụng những hình ảnh video và ghi âm. Các yêu cầu hủy bỏ phải được sự đồng ý bằng văn bản và nhận được bởi OHSU. Nếu quý vị hủy bỏ sự chấp thuận của quý vị, những hình ảnh video và ghi âm sẽ bị hủy và không còn được sử dụng bởi OHSU. Bất kỳ sử dụng nào trong những video được thực hiện với sự cho phép của quý vị trước khi OHSU nhận được sự thu hồi của quý vị không thể thay đổi hoặc xóa bỏ. Để thu hồi sự chấp thuận của quý vị cho OHSU lưu trữ và sử dụng các hình ảnh video và ghi âm của dịch vụ sức khỏe y học từ xa của quý vị,



**THỎA THUẬN THAM GIA VÀO CÁC  
DỊCH VỤ SỨC KHỎE Y HỌC TỪ XA**

ACCOUNT NO.  
MED. REC. NO.  
NAME  
BIRTHDATE

Trang 2 của 2

Patient Identification

xin vui lòng gửi một lời tuyên bố bằng văn bản về:

**Clinical Outreach Department  
Oregon Health & Science University  
3181 SW Sam Jackson Park Rd (MC: CR9-6)  
Portland, OR 97239**

và phát biểu rằng quý vị đang thu hồi sự chấp thuận của quý vị cho OHSU để lưu trữ và sử dụng hình ảnh video và ghi âm của dịch vụ sức khỏe y học từ xa của quý vị.

6. **CÁC TRANH CHẤP:** Tôi đồng ý rằng bất cứ tranh chấp nào đến từ sự tham khảo ý kiến y học từ xa sẽ được giải quyết tại Oregon, và luật Oregon sẽ được áp dụng đối với tất cả các tranh chấp.
7. **CÁC RỦI RO VÀ LỢI ÍCH:** Khi ký tên dưới đây, tôi đồng ý rằng tôi đã nhận được một sự giải thích về kỹ thuật truyền hình (video) và âm thanh sẽ được sử dụng như thế nào để hướng dẫn thực hiện dịch vụ sức khỏe y học từ xa, và tôi hiểu có những hạn chế đối với kỹ thuật và tiến trình của y học từ xa, kể cả có tiềm năng cho việc trao đổi không đầy đủ hay mất thông tin. Tôi hiểu và đồng ý tham gia vào việc được thu băng truyền hình và ghi lại trong dịch vụ sức khỏe y học từ xa. Tôi hiểu văn bản thông tin viết ra ở trên, và do đó tôi tự nguyện và tự do đồng ý và đưa ra sự chấp thuận của tôi để tham gia vào dịch vụ y tế y học từ xa và cho bất cứ sự đánh giá, ước định, và chẩn đoán liên quan nào khi bác sĩ tư vấn chăm sóc sức khỏe cho là thích hợp cho bệnh trạng hiện tại của tôi và sự hội chẩn .

Chữ ký của bệnh nhân (hay người đại diện hợp pháp của bệnh nhân) \_\_\_\_\_ Ngày / / :  sáng  chiều  
Giờ

Tôi từ chối tham gia vào một dịch vụ sức khỏe y học từ xa cho (các) thủ thuật mô tả ở trên.

Chữ ký \_\_\_\_\_ Ngày / / :  sáng  chiều  
Giờ

Nếu được ký bởi người khác với bệnh nhân, chỉ mối quan hệ: \_\_\_\_\_ Ngày / / :  sáng  chiều  
Giờ

Người chứng \_\_\_\_\_ Ngày / / :  sáng  chiều  
Giờ