



**TERMS & CONDITIONS OF SERVICE**

**ĐIỀU KHOẢN VÀ ĐIỀU KIỆN DỊCH VỤ**

**CHẤP NHẬN ĐIỀU TRỊ**

**CHẤP NHẬN CHĂM SÓC SỨC KHỎE:** Tôi yêu cầu và đồng ý nhận tất cả các dịch vụ được cung cấp bởi các chuyên gia chăm sóc sức khỏe được ủy quyền để chăm sóc cho tôi tại OHSU. Tôi hiểu rằng các dịch vụ này có thể bao gồm:

- Các dịch vụ được cung cấp dưới sự giám sát, chỉ đạo hoặc hướng dẫn của các bác sĩ giám sát và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe được ủy quyền khác.
- Các thủ tục định kỳ sử dụng cho việc khám bệnh.
- Các phương pháp và thủ tục điều trị bổ sung hoặc có liên quan nếu được xác định là cần thiết bởi các nhân viên của OHSU và vì lợi ích tốt nhất của tôi có thể bao gồm việc sử dụng ảnh, và giám sát video/âm thanh và/hoặc ghi băng.
- Dịch vụ kỹ thuật số và khám bệnh từ xa, bao gồm thăm khám (video) ảo, đánh giá trực tuyến (vd: eVisits, tin nhắn MyChart), thăm khám qua điện thoại, tham vấn giữa các nhà cung cấp để trợ giúp trong chăm sóc qua eConsult hoặc điện thoại, và các dịch vụ khác được cung cấp thông qua MyChart, hồ sơ bệnh án điện tử, video, hoặc điện thoại.

Tôi cũng hiểu rằng:

- Có thể có những rủi ro và sự lựa chọn phương pháp hoặc thủ thuật điều trị khác so với những gì mà nhân viên chăm sóc sức khỏe của tôi đề xuất hoặc chỉ định.
- Nhân viên chăm sóc sức khỏe của tôi có thể phải giải thích hoặc bàn luận với tôi về phương pháp hoặc thủ thuật điều trị nhất định. Người đó cũng cần phải hỏi sự đồng ý của tôi trước khi thực hiện các điều trị.
- Tôi cần phải hỏi các câu hỏi hoặc hỏi thêm các thông tin về việc chăm sóc hoặc điều trị mà tôi nhận được tại OHSU.

Tôi hiểu việc khám chữa bệnh, phẫu thuật và răng hàm mặt không phải là môn khoa học chính xác. Tôi chưa từng nhận được bất kỳ lời hứa hoặc sự đảm bảo nào về kết quả mà tôi có thể mong đợi từ việc chữa trị của tôi tại OHSU.

**DAY HỌC/NGHIÊN CỨU:** OHSU là một trung tâm nghiên cứu học thuật và tất cả các nghiên cứu về con người đều trải qua quá trình đánh giá về đạo đức. Tôi hiểu rằng các nhân viên chăm sóc sức khỏe hoặc các nhà nghiên cứu lâm sàng tại OHSU có thể liên hệ tôi để hỏi nếu tôi có muốn tự nguyện tham gia vào các dự án giáo dục hoặc nghiên cứu lâm sàng có yêu cầu sự đồng ý.

Tôi hiểu rằng OHSU là một tổ chức giáo dục, và rằng các nhân viên thường trú chỉ đạo trực tiếp việc chăm sóc sức khỏe được cung cấp tại OHSU. Là một phần trong các chương trình và hoạt động giáo dục tại OHSU, các sinh viên, các bác sĩ thường trú, các sinh viên sau đại học hoặc những người khác có liên quan trong chương trình giáo dục về chăm sóc sức khỏe hệ đại học và sau đại học có thể xem và/hoặc tham gia vào việc chăm sóc hoặc điều trị mà tôi nhận được tại OHSU.

Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối tham gia vào các chương trình và các hoạt động giáo dục, và việc từ chối của tôi sẽ không ảnh hưởng tới việc điều trị của tôi tại OHSU.

**XÁC NHẬN VỀ NGHĨA VỤ TÀI CHÍNH**

**THOẢ THUẬN VỀ TÀI CHÍNH:** Nếu tôi có bảo hiểm sức khỏe, tôi hiểu rằng các điều khoản bảo hiểm sức khỏe hoặc (các) phúc lợi y tế của tôi có thể giảm, giới hạn hoặc kiểm soát những gì tôi phải trả OHSU cho các dịch vụ tôi nhận tại OHSU. Bất kể tôi có hay không có bảo hiểm y tế, tôi đồng ý sẽ nhận trách nhiệm về mặt tài chính và sẽ trả tiền cho các dịch vụ được cung cấp cho tôi tại OHSU nếu các dịch vụ này không được bảo hiểm hoặc được trả hoàn toàn bởi bảo hiểm và luật pháp cho phép OHSU thu từ tôi các khoản nợ. Nếu bạn là người chăm sóc tạm thời cho bệnh nhân là trẻ em (vd: người không phải là cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp) bạn sẽ không chịu trách nhiệm tài chính cho việc chăm sóc sức khỏe được cung cấp cho bệnh nhân. Tôi cũng đồng ý trả các khoản phí hợp lý của OHSU cho việc thu tiền nếu tôi không trả đúng hạn các khoản tôi có trách nhiệm phải trả. Các khoản phí thu có thể bao gồm các chi phí luật sư hợp lý dù có hay không các hành động pháp lý đã được đệ trình hoặc kháng nghị.

**BẢN GIAO:** Tôi giao cho OHSU quyền trực tiếp nhận các thanh toán từ bảo hiểm sức khỏe hoặc kế hoạch y tế của tôi để thanh toán cho bệnh viện, các bác sĩ và các dịch vụ khác mà tôi được nhận tại OHSU.



Tôi ủy quyền cho bảo hiểm sức khỏe và các kế hoạch y tế của tôi được phép thanh toán trực tiếp cho OHSU, OHSU Hospital, OHSU Practice Plan, Faculty Dental Practice, hoặc các dịch vụ chuyên nghiệp có liên quan. Tôi hiểu rằng khoản thanh toán từ bảo hiểm sức khỏe hoặc kế hoạch của tôi cho các dịch vụ cung cấp cho tôi tại OHSU sẽ được thêm vào số dư tài khoản bệnh nhân và tổng trách nhiệm tài chính của tôi. Tôi đồng ý trả bất kỳ chi phí của tôi không được bao gồm và chi trả bởi (các) bảo hiểm trong vòng 30 ngày kể từ ngày OHSU thông báo.

**CHƯƠNG TRÌNH AN NINH XÃ HỘI:** Tôi công nhận các thông tin tôi cung cấp khi đăng ký cho các phúc lợi Medicare và/hoặc Medicaid (và thanh toán dưới Điều V, XVIII, hoặc XIX của Đạo luật An Sinh Xã Hội) là chính xác. Nếu các phúc lợi này kết thúc, tôi hiểu rằng tôi sẽ nhận được thông báo và sau đó tôi sẽ chịu trách nhiệm chi trả cho việc chữa trị tại bệnh viện nếu tôi chọn ở lại bệnh viện và/hoặc tiếp tục nhận các dịch vụ. Tôi yêu cầu việc thanh toán cho các phúc lợi được ủy quyền được thực hiện trên danh nghĩa của tôi trực tiếp đến nhà cung cấp dịch vụ. Nếu tôi chưa đăng ký cho bất kỳ phúc lợi Medicare và/hoặc Medicaid nào (và thanh toán dưới Điều V, XVIII, hoặc XIX của Đạo luật An Sinh Xã Hội), tôi đồng ý rằng nếu/khi tôi đăng ký cho phúc lợi đó, tôi đồng ý sẽ cung cấp các thông tin chính xác và đoạn này sẽ được áp dụng vào trường hợp của tôi khi tôi xin các phúc lợi Medicare và/hoặc Medicaid.

**KHÁC**

**SỐ AN SINH XÃ HỘI:** Tôi hiểu rằng OHSU thu thập các thông tin hành chính và không liên quan tới y tế của bệnh nhân bao gồm Số An sinh Xã hội để nhận dạng bệnh nhân, tuân thủ theo các yêu cầu báo cáo của liên bang và tiểu bang, các hãng bảo hiểm hoá đơn, và thu các khoản thanh toán, như được ủy quyền bởi ORS 353.050. Tôi hiểu rằng tôi không phải cung cấp Số An sinh Xã hội của tôi cho OHSU. Nếu tôi cung cấp thông tin này, tôi ủy quyền cho OHSU việc sử dụng nó cho các mục đích nêu trên.

**PHƠI NHIỄM MÁU/DỊCH CƠ THỂ:** Nếu một nhân viên tại OHSU tiếp xúc với máu và/hoặc dịch cơ thể của tôi, và có khả năng bị nhiễm Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV) hoặc viêm gan B hoặc C tới nhân viên OHSU bởi việc phơi nhiễm, tôi hiểu rằng OHSU có thể lấy và xét nghiệm máu của tôi cho HIV và viêm gan B và C và thông báo kết quả cho nhân viên OHSU bị phơi nhiễm theo như luật định. Tôi hiểu rằng tôi có thể chọn không tham gia việc kiểm tra bằng cách ký đơn "Opt Out for Blood Testing in the Event of an OHSU Worker Exposure to Blood or Body Fluids" ("Không Tham gia Xét Nghiệm Máu Khi Nhân viên OHSU bị Phơi nhiễm máu hoặc dịch cơ thể"). Tôi có thể yêu cầu một bản copy của mẫu đơn này từ Patient Access Services tại 503-494-8927.

**BỒI THƯỜNG:** Tôi hiểu rằng mỗi người đều có trách nhiệm tìm hiểu về các luật ảnh hưởng tới họ. Tôi cũng hiểu, tuy nhiên, OHSU sẽ cảnh báo tôi các hạn chế về luật liên quan đến OHSU.

Vì OHSU là một cơ quan nhà nước, luật pháp Oregon có thể hạn chế lượng tiền mà một người có thể thu từ OHSU hoặc người chăm sóc sức khỏe của OHSU liên quan đến yêu cầu bồi thường liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe tại OHSU, và thời gian giới hạn cho phép một người được yêu cầu bồi thường. Nếu tôi có bất kỳ câu hỏi về vấn đề này, tôi hiểu rằng tôi được tự do hỏi hoặc tìm kiếm lời khuyên từ bất kỳ cá nhân hoặc nguồn tin độc lập nào.

**LIÊN LẠC:** Tôi hoàn toàn đồng ý nhận thông tin từ OHSU, nhân viên, nhà thầu và/hoặc đại lý thông qua một hoặc nhiều hình thức liên lạc sau: thư bưu chính, điện thoại (v.d., điện thoại bàn hoặc di động), gửi cá nhân, OHSU MyChart® (v.d., nếu tôi có đăng ký cho dịch vụ này), quay số bằng tay, quay số tự động, nhắn tin, điều hành trực tiếp, nhắn tin tự động, e-mail, hai chiều âm thanh-video và các phương pháp được ghi lại và dự đoán trước cho mục đích điều trị, thanh toán và chăm sóc sức khỏe, như được chấp thuận bởi OHSU's Notice of Privacy Practices (Thông cáo về Các hoạt động Cá nhân của OHSU).

**ĐỒ DÙNG CÁ NHÂN:** Tôi đồng ý rằng OHSU sẽ không chịu trách nhiệm cho việc mất hoặc thiệt hại cho các đồ dùng cá nhân tôi mang tới OHSU hoặc tới các cơ sở thuộc OHSU.

Tài liệu này áp dụng cho tất cả việc chữa trị được nhận tại OHSU Hospitals and Clinics và sẽ có hiệu lực trừ khi bị tước bằng văn bản.

**TÔI ĐÃ ĐỌC, HIỂU HOÀN TOÀN VÀ ĐỒNG Ý VỚI CÁC ĐIỀU KHOẢN TRÊN.**

Người bệnh

Ngày/Giờ

Phụ huynh, Người Giám hộ, Bên có liên quan,  
Đại diện Pháp lý (Nếu cần)

Ngày/Giờ

Nhân chứng

Ngày/Giờ

# Inclusive Patient Care and Communication

## OHSU IS COMMITTED TO PROVIDING INCLUSIVE PATIENT CARE.

OHSU complies with applicable state and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of:

- Race
- National origin
- Disability; or
- Color
- Age
- Sex.

## WE ARE HAPPY TO HELP YOU WITH COMMUNICATION AIDS AND LANGUAGE ACCESS.

OHSU provides free auxiliary aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats and other formats)

OHSU also provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, contact your care provider's office. They will make the language services arrangements for you. OHSU offers free language services in over 120 languages.

## WE ARE HERE TO HELP YOU WITH YOUR CONCERNS.

If you believe that OHSU has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance in writing with the Patient Advocate at the Patient Relations

Office, 3181 SW Sam Jackson Park Road, Mail Code: UHS-3, Portland OR 97239, Phone: 503-494-7959, Fax: 503-494-3495, Email: [advocate@ohsu.edu](mailto:advocate@ohsu.edu). You can file a grievance in person or by mail, fax or email. If you need help filing a grievance, the Patient Advocate is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## LANGUAGE SERVICES NOTIFICATION: TRANSLATIONS FOR MOST-SPOKEN LANGUAGES IN OREGON.

Language assistance services (in person, live over the phone or live video) are available to you free of charge upon request. Please let your provider's office staff know that you need language services for your visit.

### English

If you speak [insert language], language assistance services, free of charge, are available to you. Call your care provider's office and they are happy to make the language services arrangements for you.

### Español (Spanish)

Si usted habla español, contamos con servicios de asistencia de idiomas, sin costo, disponibles para usted. Si necesita estos servicios, comuníquese al consultorio de su proveedor de atención médica. Ellos gustosamente coordinarán los servicios de idiomas para usted.

### Tiếng Việt (Vietnamese)

Nếu bạn nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí, có sẵn dành cho bạn. Nếu bạn cần những dịch vụ này, hãy liên lạc văn phòng của bác sĩ chăm sóc của bạn. Họ sẽ sẵn sàng thu xếp các dịch vụ ngôn ngữ cho bạn.

### 中文 (Chinese-Simplified)

如果您说中文, 可为您提供免费的语言援助服务。如果您需要这些服务, 请联系您保健提供者的办公室。他们将乐意为您安排语言服务。

### Русский (Russian)

Если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги переводчика. Если вам требуются такие услуги, обратитесь в офис своего поставщика медицинских услуг. Сотрудники с радостью предоставят вам переводчика!

### 한국어 (Korean)

한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 이 서비스가 필요하시면 귀하의 의료 제공자 사무실에 연락하십시오. 귀하를 위해 기꺼이 언어 서비스를 준비해드릴 것입니다.

### Українська (Ukrainian)

Якщо ви розмовляєте українською мовою, послуги мовної допомоги доступні для вас безкоштовно. Якщо вам потрібні ці послуги, зв'яжіться з офісом вашого постачальника послуг. Вони будуть раді надати вам послуги мовної допомоги.

### 日本語 (Japanese)

あなたの母語が日本語であれば、言語サポートサービスを無料にてご利用しています。サービスをご希望の場合には、あなたのケアプロバイダー事務所までご連絡ください。喜んで言語サポートサービスの手配をいたします。

### العربية (Arabic)

إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً. إذا كنت تحتاج إلى هذه الخدمات، فأتصل بمكتب مقدم الرعاية الخاص بك. سيكون الموظفون هناك سعداء بإجراء الترتيبات المتعلقة بالخدمات اللغوية من أجلك.

### Română (Romanian)

Dacă vorbiți română, puteți beneficia de asistență lingvistică gratuită. Dacă aveți nevoie de astfel de servicii, luați legătura cu biroul furnizorului dvs. de servicii medicale. Reprezentanții acestuia vă vor ajuta cu plăcere să beneficiați de asistență lingvistică.

### មន-ខ្មែរ (Mon-Khmer Cambodian)

ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាមន-ខ្មែរ, ភាសាខ្មែរ នោះសេវាជំនួយផ្លូវភាសាមានជូនជូនជូនលោកអ្នកជាយកគិតថ្លៃ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកក្រុម/ការសម្រាប់នេះ សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់ការិយាល័យអ្នកផ្គត់ផ្គង់ការថែទាំរបស់លោកអ្នក។ ពួកគេអាចជួយជួយជួយលោកអ្នក។ រឿងប្រយោជន៍ភាសាផ្លូវភាសាសម្រាប់លោកអ្នក។

### Oroomiffa (Oromo)

Afaan Kuush (Oromoo), dubbattu yoo ta'e, tajaajilliwwan deeggarsa afaanii, kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif ni jiraatu. Tajaajilawwan kanneen ni barbaaddu yoo ta'e, wajjira dhiyessaa deeggarsa keessanii qunnamaa. Isaan gammachuudhaan tajaajilawwan afaanii isiniif mijjeessu.

### Deutsch (German)

Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen für Sie kostenlos Sprachassistentendienste zur Verfügung. Wenn Sie diese Dienste in Anspruch nehmen möchten, wenden Sie sich bitte an das Büro Ihres Leistungserbringers. Dort wird man die Sprachassistentendienste gerne für Sie arrangieren.

### فارسی (Farsi)

اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، سرویس کمک زبانی به صورت رایگان در دسترس شما خواهد بود. اگر به این سرویس ها نیاز دارید، با دفتر ارائه دهنده خدمات تماس بگیرید. آنها حتی مقدمات لازم را برای دسترسی به سرویس های زبانی در اختیارشان قرار می دهند.

### Français (French)

Si vous parlez français, des services d'aide linguistique gratuits sont à votre disposition. Si vous nécessitez ces services, contactez le cabinet de votre prestataire de soins. Ils se feront un plaisir d'organiser ces services linguistiques pour vous.

### ไทย (Thai)

หากท่านพูดภาษาไทย จะมีบริการช่วยเหลือฟรี โดยไม่มีค่าใช้จ่าย หากท่านต้องการใช้บริการดังกล่าว โปรดติดต่อสำนักงานผู้ให้บริการดูแล ซึ่งพร้อมที่จะจัดหาระบบการทางด้านภาษาให้ท่าน

