

# Đồng ý Điều trị tại Sở Y tế Công cộng Quận Clackamas

Tên bệnh nhân \_\_\_\_\_

## Đồng ý Điều trị

Tôi cho phép các y tá, nhân viên y tế cộng đồng và cộng sự thuộc Sở Y tế Công cộng Quận Clackamas cung cấp dịch vụ thăm khám tại nhà cho tôi và/hoặc con tôi. Tôi đồng ý với mọi biện pháp can thiệp bao gồm nhưng không giới hạn ở việc phối hợp chăm sóc, đánh giá thể chất, sàng lọc tâm lý, giáo dục, giới thiệu và can thiệp điều dưỡng phù hợp với phạm vi hoạt động Y tá Chăm sóc Tại nhà.

Tôi ủy quyền cho Sở Y tế Công cộng Quận Clackamas ghi lại các cuộc hẹn của tôi trong hệ thống hồ sơ sức khỏe OHCIN EPIC. Ngoài ra, tôi cấp cho CCPH quyền thu thập dữ liệu theo Cơ quan Y tế Oregon và gửi dữ liệu đó vào cơ sở dữ liệu Theo dõi Hiệu quả Thăm khám tại nhà ở Oregon (THEO).

Tôi hiểu rằng tôi có quyền được biết thông tin về các hoạt động sàng lọc, giáo dục, phối hợp và giới thiệu đang được thực hiện thay mặt cho tôi và/hoặc con tôi.

Tôi hiểu rằng tôi có thể ngừng tương tác bất cứ khi nào tôi muốn.

## Ủy quyền liên quan đến thanh toán

Tôi hiểu rằng các dịch vụ sẽ được cung cấp bất kể tôi có bảo hiểm y tế hay không.

Tôi xin ủy quyền và yêu cầu thanh toán các dịch vụ từ Medicare, Medicaid và/hoặc các chương trình bảo hiểm hoặc bên thanh toán khác thay mặt tôi cho Sở Y tế Công cộng Quận Clackamas. Tôi xin chuyển giao cho Sở Y tế Công cộng Quận Clackamas toàn bộ khoản thanh toán cho các dịch vụ điều trị.

Tôi ủy quyền cho Sở Y tế Công cộng Quận Clackamas cung cấp cho các công ty bảo hiểm của tôi mọi thông tin cần thiết để xử lý yêu cầu bồi thường bảo hiểm. Tôi cho phép mọi khoản thanh toán từ công ty bảo hiểm của tôi được thanh toán trực tiếp cho Sở Y tế Công cộng Quận Clackamas.

Tôi ủy quyền cho Sở Y tế Quận Clackamas cung cấp cho các công ty bảo hiểm bất kỳ thông tin điều trị nào cần thiết để xử lý yêu cầu bồi thường của tôi.

## Thông báo về Nguyên tắc Bảo mật và Tài liệu Khác

Tôi đã nhận được Thông báo về Nguyên tắc Bảo mật của Clackamas và thông tin về các quyền và trách nhiệm của tôi, quy trình khiếu nại, tính bảo mật, rủi ro và lợi ích của việc điều trị, cũng như các lựa chọn dịch vụ do Sở Y tế Công cộng Quận Clackamas cung cấp.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của bệnh nhân/ Đại diện bệnh nhân

\_\_\_\_\_  
Tên in của Bệnh nhân/Người đại diện của Bệnh nhân

\_\_\_\_\_  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Mối quan hệ của người đại diện với bệnh nhân

Theo Luật Oregon

Trẻ vị thành niên ở mọi lứa tuổi có thể đồng ý mà không cần thông báo cho cha mẹ hoặc người giám hộ để nhận dịch vụ kiểm soát sinh sản hoặc điều trị bệnh lây truyền qua đường tình dục. Người dưới 14 tuổi có thể đồng ý điều trị sức khỏe tâm thần hoặc lạm dụng chất gây nghiện mà không cần thông báo cho cha mẹ hoặc người giám hộ.

Người dưới 15 tuổi có thể đồng ý điều trị y tế mà không cần thông báo cho cha mẹ hoặc người giám hộ. ORS 109.610,

109.640, 109.675