

ARLINGTON CLINIC

326 S Stillaguamish Ave
Arlington, WA 98223
360-572-5400

EDMONDS CLINIC

23320 Hwy 99
Edmonds, WA 98026
425-640-5500

EVERETT-CENTRAL CLINIC

4201 Rucker Ave
Everett, WA 98203
425-382-4000

EVERETT-COLLEGE CLINIC

930 N Broadway
Everett, WA 98201
425-595-3900

EVERETT-NORTH CLINIC

1424 Broadway
Everett, WA 98201
425-789-2000

EVERETT-SOUTH CLINIC

1019 112th St SW
Everett, WA 98204
425-551-6200

LYNNWOOD CLINIC

4111 194th St SW
Lynnwood, WA 98036
425-835-5200

ADMINISTRATION

8609 Evergreen Way
Everett, WA 98208
425-789-3700

chcsno.org

Xin chào!

Chào mừng quý vị đến với Community Health Center of Snohomish County (CHC)!

Chúng tôi rất vui vì quý vị đã chọn sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe của chúng tôi. Tại CHC, chúng tôi nỗ lực hết mình để cung cấp dịch vụ chăm sóc lấy bệnh nhân làm trung tâm. Dịch vụ chăm sóc lấy bệnh nhân làm trung tâm có nghĩa là chúng tôi sẽ chăm sóc sức khỏe toàn diện, cả về mặt thể chất lẫn tinh thần. Chúng tôi sẽ đồng hành để chăm sóc sức khỏe của quý vị trên tinh thần tôn trọng giá trị, văn hóa và nhu cầu cá nhân.

Bộ tài liệu này được cung cấp cho tất cả bệnh nhân mới sử dụng CHC. Trong đó quý vị sẽ tìm thấy thông tin quan trọng về trải nghiệm của bệnh nhân.

Nội dung của bộ tài liệu này bao gồm:

- Thư chào mừng (tài liệu này)
- Quyền và trách nhiệm của bệnh nhân
- Thông báo về Quy tắc Quyền Riêng tư
- Thông báo về không phân biệt đối xử
- Thông báo cho bệnh nhân lỡ hẹn – Y tế
- Thông báo cho bệnh nhân lỡ hẹn – Nha khoa
- Xác nhận và đồng ý của bệnh nhân – **phải ký tên**

Quý vị nhớ xem lại tất cả các tài liệu, cũng như ký tên và gửi lại mẫu Xác nhận và đồng ý của bệnh nhân trên trang cuối.

Quý vị có câu hỏi? Hãy hỏi một thành viên trong nhóm chăm sóc của quý vị hoặc nhân viên lễ tân của CHC nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần hỗ trợ dưới bất kỳ hình thức nào.

Cảm ơn quý vị đã chọn CHC of Snohomish County! Chúng tôi mong muốn được hợp tác cùng quý vị trên hành trình chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Trân trọng!

Đội ngũ chăm sóc cho quý vị tại CHC

Quyền và trách nhiệm của bệnh nhân

QUÝ VỊ CÓ QUYỀN:

- Yêu cầu dịch vụ và chăm sóc chất lượng.
- Được đối xử với sự tôn trọng và lòng tự trọng.
- Không bị phân biệt đối xử.
- Liên hệ với nhà cung cấp về nhu cầu y tế hoặc nha khoa khẩn cấp sau giờ làm việc.
- Có thông tin đầy đủ về sức khỏe của bản thân và các lựa chọn về điều trị và dịch vụ. Chúng tôi sẽ cung cấp thông tin này bằng ngôn ngữ và hình thức mà quý vị có thể hiểu được.
- Được quyền quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị. Nếu như bạn từ chối điều trị, chúng tôi sẽ giải thích các kết quả có thể xảy ra.
- Hỏi về phí, chi phí và các chính sách thanh toán.
- Từ chối tham gia vào nghiên cứu.
- Đề xuất thay đổi quy trình.
- Được quyền chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính.
- Được quyền quyết định kế hoạch chăm sóc trọn đời của quý vị.
- Phản ánh nếu quý vị có mối quan ngại về bất kỳ dịch vụ nào tại phòng khám.
- Nộp đơn khiếu nại nếu quý vị không hài lòng với cách giải quyết phản ánh của quý vị.
- Nộp đơn khiếu nại nếu quý vị cảm thấy mình đã gặp phải hành vi thiếu chuyên nghiệp từ bất kỳ nhân viên nào.
- Thông tin y tế của quý vị được công khai theo quy định của pháp luật.
- Có quyền truy cập, yêu cầu điều chỉnh thông tin, và nhận thông tin về việc công khai thông tin y tế của quý vị, theo quy định của pháp luật áp dụng.
- Được thông báo hợp lý nếu CHC quyết định thay đổi hoặc chấm dứt hợp tác với quý vị.

NGHĨA VỤ CỦA QUÝ VỊ:

- Cung cấp tiền sử bệnh án và thông tin thanh toán đúng và đầy đủ.
- Thông báo cho nhà cung cấp của quý vị về bất kỳ ý nguyện điều trị, giấy ủy quyền y tế hoặc chỉ thị nào khác có thể ảnh hưởng đến việc chăm sóc của quý vị.
- Duy trì các cuộc hẹn đã lên lịch. Nếu quý vị muốn hủy bỏ, hãy liên hệ chúng tôi 24 giờ trước cuộc hẹn.
- Hoàn thành nghĩa vụ của quý vị để duy trì sức khỏe tốt nhất bằng cách tuân thủ các phát đồ điều trị và các hướng dẫn chăm sóc mà quý vị đã đồng ý với nhà cung cấp dịch vụ y tế của mình.
- Đối xử tôn trọng với đội ngũ nhân viên cũng như các bệnh nhân khác.
- Tôn trọng quyền riêng tư của người khác.
- Tôn trọng tài sản của CHC.
- Tuân theo các chính sách của CHC.
- Thanh toán các dịch vụ đã nhận theo các chính sách của CHC.
- Thanh toán các dịch vụ đã nhận khi được giới thiệu đến các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác ngoài CHC.
- Giữ an toàn và theo dõi những đứa trẻ mà quý vị đưa đến trung tâm y tế.

Việc không tuân thủ các nghĩa vụ này có thể dẫn đến việc quý vị không thể tiếp tục sử dụng các dịch vụ từ CHC trong tương lai.

Thông báo về quy tắc quyền riêng tư

Giới thiệu

Thông báo này mô tả cách Thông tin Y tế được Bảo vệ (PHI) có thể được sử dụng và tiết lộ, cũng như cách quý vị có thể tiếp cận thông tin này. Vui lòng xem xét kỹ.

Theo luật, Community Health Center of Snohomish County (CHC), phải:

- Bảo vệ quyền riêng tư của quý vị.
- Cung cấp thông báo này về các biện pháp bảo mật của chúng tôi.
- Tuân theo các biện pháp bảo mật được mô tả trong thông báo này.
- Thông báo cho quý vị nếu thông tin y tế bệnh nhân của quý vị bị xâm phạm.

Để biết thêm thông tin về các biện pháp bảo mật của chúng tôi, hoặc để yêu cầu cung cấp thêm bản sao của Thông báo này, vui lòng liên hệ với chúng tôi theo thông tin liên hệ được cung cấp ở cuối.

Sử dụng và tiết lộ không cần sự cho phép bằng văn bản của quý vị

Dưới đây là một số ví dụ về cách chúng tôi có thể sử dụng và chia sẻ PHI của quý vị không cần sự cho phép của quý vị.

Liên hệ với quý vị: Chúng tôi có thể sử dụng PHI để liên hệ với quý vị nhằm nhắc nhở quý vị về các cuộc hẹn, cung cấp kết quả xét nghiệm, cho quý vị biết về các lựa chọn điều trị hoặc cho quý vị biết về các sự kiện hoặc dịch vụ giáo dục sức khỏe.

Điều trị: Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ PHI để điều trị cho quý vị. Chúng tôi cũng có thể chia sẻ PHI của quý vị với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác đang chăm sóc cho quý vị để duy trì việc chăm sóc liên tục.

Thanh toán: Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ PHI cho mục đích xác định bảo hiểm, thanh toán, quản lý khiếu nại và bồi hoàn. Chúng tôi cũng có thể chia sẻ PHI của quý vị để yêu cầu hoặc nhận khoản thanh toán từ chương trình bảo hiểm y tế của quý vị.

Hoạt động chăm sóc sức khỏe: Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ PHI để hỗ trợ các hoạt động kinh doanh của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và CHC của quý vị, bao gồm cả việc chia sẻ PHI của quý vị với các “đối tác kinh doanh” bên thứ ba thực hiện các hoạt động cho tổ chức của chúng tôi như dịch vụ thanh toán và sao chép. Chúng tôi cũng có thể sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị khi cần thiết để cung cấp cho quý vị thông tin về các phương pháp điều trị thay thế hoặc các lợi ích và dịch vụ liên quan đến sức khỏe khác mà quý vị có thể quan tâm.

Gây quỹ: Chúng tôi có thể sử dụng PHI để liên hệ với quý vị nhằm quyên tiền cho các hoạt động của chúng tôi. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ PHI cho một tổ chức có liên quan đến chúng tôi để tổ chức này có thể liên hệ với quý vị nhằm quyên tiền cho

các hoạt động của họ. Mọi tài liệu gây quỹ được gửi cho quý vị sẽ bao gồm phần mô tả về cách quý vị có thể chọn không nhận bất kỳ thông tin liên lạc gây quỹ nào nữa.

Luật pháp yêu cầu hoặc cho phép: Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ PHI khi chúng tôi được luật pháp yêu cầu hoặc cho phép làm như vậy. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ PHI trong chừng mực cần thiết để ngăn chặn một mối đe dọa nghiêm trọng đến sức khỏe hoặc sự an toàn của quý vị hoặc sức khỏe hoặc sự an toàn của người khác.

Các cách tiết lộ khác được luật pháp cho phép hoặc yêu cầu bao gồm:

- Cơ quan giám sát chăm sóc sức khỏe để cấp phép và kiểm tra
- Hoạt động y tế công cộng
- Hoạt động giám sát sức khỏe
- Thực thi pháp luật khi được luật pháp yêu cầu hoặc cho phép
- Nghiên cứu khi được hội đồng xét duyệt định chế phê chuẩn
- Yêu cầu bồi thường của người lao động
- Cơ quan quân sự hoặc an ninh quốc gia
- Nhân viên điều tra các ca tử vong bất thường, bác sĩ pháp y và giám đốc tang lễ

Sử dụng và tiết lộ không cần sự cho phép của quý vị nhưng quý vị có thể phản đối

Trong trường hợp quý vị không đủ năng lực hoặc trong tình thế cấp thiết, chúng tôi sẽ tiết lộ PHI phù hợp với mong muốn được bày tỏ trước của quý vị mà chúng tôi biết, và lợi ích tốt nhất của quý vị theo quyết định chuyên môn của chúng tôi.

Chúng tôi cũng sẽ sử dụng phán đoán chuyên môn và kinh nghiệm của chúng tôi để đưa ra những suy luận hợp lý về lợi ích tốt nhất của quý vị trong việc cho phép một người nhận thuốc theo toa,

Gia đình và những người khác tham gia chăm sóc quý vị: Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ PHI để thông báo hoặc hỗ trợ tìm thành viên gia đình hoặc người khác chịu trách nhiệm chăm sóc quý vị để thông báo cho họ về vị trí, tình trạng chung hoặc cái chết của quý vị.

Nỗ lực cứu trợ thiên tai: Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ PHI được bảo vệ cho một tổ chức công hoặc tư nhân được luật pháp hoặc hiến chương cho phép để hỗ trợ nỗ lực cứu trợ thiên tai nhằm mục đích điều phối thông báo của các thành viên gia đình về vị trí, tình trạng chung hoặc cái chết của quý vị.

Sử dụng và tiết lộ cần sự cho phép bằng văn bản của quý vị

Ghi chép về trị liệu tâm lý: Chúng tôi cần được quý vị cho phép để sử dụng hoặc tiết lộ các ghi chép về trị liệu tâm lý, ngoại trừ việc sử dụng hoặc tiết lộ các ghi chép về trị liệu tâm lý: (1) bởi người tạo các ghi chép tâm lý trị liệu cho mục đích điều trị, (2) cho các chương trình đào tạo của chính chúng tôi mà qua đó sinh viên, học viên hoặc bác sĩ sức khỏe tâm thần học dưới sự

Thông báo về quy tắc quyền riêng tư

giám sát để thực hành hoặc nâng cao kỹ năng tư vấn của họ, (3) để bảo vệ chính chúng tôi trong thủ tục pháp lý do quý vị khởi xướng, (4) theo yêu cầu của pháp luật, (5) vào một cơ quan giám sát sức khỏe liên quan đến việc giám sát người khởi xướng các lưu ý tâm lý trị liệu, (6) cho một nhân viên điều tra các trường hợp chết bất thường hoặc bác sĩ pháp y; hoặc (7) để ngăn ngừa hoặc giảm bớt một mối đe dọa nghiêm trọng và sắp xảy ra đối với sức khỏe hoặc sự an toàn của một người hoặc của cộng đồng nói chung.

Quyền riêng tư về sinh sản: Chúng tôi phải tuân thủ luật về quyền riêng tư khi sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế là một phần của bất kỳ hồ sơ sức khỏe sinh sản nào. Trừ phi được pháp luật cho phép, chúng tôi sẽ không bao giờ chia sẻ bất kỳ hồ sơ sức khỏe sinh sản nào khi chưa có sự cho phép bằng văn bản của quý vị. Quý vị hoặc một cá nhân hoặc tổ chức khác thanh toán thay cho quý vị.

Hồ sơ về rối loạn lạm dụng chất gây nghiện: Chúng tôi phải tuân thủ luật liên bang khi sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế nằm trong bất kỳ hồ sơ điều trị lạm dụng chất gây nghiện nào. Trừ phi được pháp luật cho phép, chúng tôi sẽ không bao giờ chia sẻ bất kỳ hồ sơ điều trị lạm dụng chất gây nghiện nào khi chưa được quý vị cho phép.

Tiếp thị truyền thông. Chúng tôi phải có được sự cho phép bằng văn bản của quý vị trước khi dùng PHI để tiếp thị hoặc bán PHI, phù hợp với các định nghĩa và ngoại lệ được quy định trong Đạo luật về Trách nhiệm Giải trình và Cung cấp Thông tin Bảo hiểm Y tế (HIPAA).

Những mục đích sử dụng và tiết lộ khác. Những mục đích sử dụng và tiết lộ khác ngoài những gì được mô tả trong Thông báo này sẽ chỉ được thực hiện khi có sự cho phép bằng văn bản của quý vị. Quý vị có thể thu hồi bất kỳ sự cho phép nào như vậy, bất cứ lúc nào, bằng cách gửi cho chúng tôi thông báo văn bản về việc thu hồi như vậy.

Quyền cá nhân của quý vị

Quyền kiểm tra và sao chép. Quý vị có thể yêu cầu quyền truy cập vào bệnh án và hồ sơ thanh toán của quý vị do chúng tôi lưu giữ để được kiểm tra và sao chép hồ sơ. Mọi yêu cầu truy cập phải được làm thành văn bản.

Trong một số trường hợp hạn chế, chúng tôi có thể từ chối quyền truy cập vào hồ sơ của quý vị. Chúng tôi có thể tính phí cho việc sao chép và gửi cho quý vị bất cứ hồ sơ nào được yêu cầu.

Quyền liên lạc thay thế. Quý vị có thể yêu cầu, và chúng tôi sẽ đáp ứng, bất kỳ yêu cầu bằng văn bản hợp lý nào để quý vị có thể nhận PHI bằng các phương tiện liên lạc thay thế hoặc tại các địa điểm khác.

Quyền yêu cầu hạn chế. Quý vị có quyền yêu cầu hạn chế đối với PHI được chúng tôi sử dụng hoặc tiết lộ cho hoạt động điều trị, thanh toán hoặc chăm sóc sức khỏe. Bất kỳ yêu cầu hạn chế nào như vậy phải được làm thành văn bản và gửi cho Người quản lý rủi ro (Cán bộ phụ trách vấn đề Quyền riêng tư), 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208. Chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý với yêu cầu của quý vị, trừ phi yêu cầu của quý vị nhằm hạn chế tiết lộ PHI cho một chương trình bảo hiểm y tế với mục đích thực hiện các hoạt động thanh toán hoặc chăm sóc sức khỏe, việc tiết lộ không được luật pháp yêu cầu, và PHI chỉ liên quan đến một mục hoặc một dịch vụ chăm sóc sức khỏe đã được

Quyền giải thích về việc tiết lộ. Khi có yêu cầu bằng văn bản, quý vị có thể được giải thích về việc tiết lộ PHI do chúng tôi thực hiện trong sáu năm qua, tùy thuộc vào các hạn chế và giới hạn nhất định.

Quyền yêu cầu sửa đổi. Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi sửa đổi PHI của quý vị. Yêu cầu của quý vị phải làm thành văn bản, và phải giải thích lý do tại sao thông tin cần được sửa đổi. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể từ chối yêu cầu của quý vị.

Quyền nhận thông báo. Quý vị có quyền nhận được bảo sao in ra giấy của Thông báo này bằng cách gửi yêu cầu qua đường bưu điện cho Community Health Center of Snohomish County, 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208 bất cứ lúc nào.

Quyền nhận thông báo về sự cố rò rỉ dữ liệu. Theo yêu cầu của luật liên bang, chúng tôi cần phải thông báo cho quý vị nếu chúng tôi phát hiện sự cố rò rỉ PHI không được bảo mật của quý vị.

Thắc mắc hoặc Khiếu nại

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về quyền riêng tư của mình hoặc lo ngại rằng quyền riêng tư của quý vị đã bị xâm phạm, quý vị có thể liên hệ với Người quản lý rủi ro (Cán bộ phụ trách vấn đề Quyền riêng tư) của chúng tôi theo số 425-789-3775. Quý vị cũng có thể gửi đơn khiếu nại bằng văn bản cho Văn phòng Quyền Công dân (OCR) của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ.

Quý vị sẽ không bị trả đũa vì đã nộp đơn khiếu nại cho văn phòng của chúng tôi hoặc OCR. Địa chỉ của văn phòng OCR tại khu vực Washington là:

Văn phòng Nhân quyền

Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ
2201 Sixth Avenue - M/S: RX-11 Seattle, WA 98121-1831

Ngày hiệu lực và những thay đổi của Thông báo này

Ngày hiệu lực. Thông báo này có hiệu lực từ ngày 21 tháng 5 năm 2024.



Thông báo về quy tắc quyền riêng tư

Những thay đổi đối với Thông báo này. Chúng tôi có thể thay đổi các điều khoản của Thông báo này bất cứ lúc nào. Nếu chúng tôi thay đổi Thông báo này, chúng tôi có thể làm cho các điều khoản thông báo mới có hiệu lực đối với tất cả các PHI chúng tôi lưu giữ, bao gồm mọi thông tin được tạo hoặc nhận trước khi ban hành thông báo mới. Nếu thay đổi Thông báo này, chúng tôi sẽ đăng

thông báo sửa đổi trong khu vực chờ tại văn phòng chúng tôi và trên trang web của chúng tôi tại www.chcsno.org. Quý vị cũng có thể yêu cầu cung cấp bất kỳ thông báo sửa đổi nào bằng cách liên hệ với Community Health Center of Snohomish County theo địa chỉ: 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208

Thông báo về không phân biệt đối xử

Phân biệt đối xử là vi phạm pháp luật.

Community Health Center of Snohomish County (CHC) tuân thủ luật về quyền công dân hiện hành của Liên bang và không loại trừ, đối xử khác biệt với mọi người hoặc phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính.

Chúng tôi cung cấp:

- Nguồn lực và dịch vụ miễn phí cho những người bị khuyết tật để liên lạc với chúng một cách có hiệu quả, chẳng hạn như:
 - Thông dịch viên ngôn ngữ tín hiệu đủ trình độ
 - Thông tin bằng văn bản bằng các định dạng khác (chữ in lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác)
- Các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải Tiếng Anh, như:
 - Phiên dịch có trình độ
 - Thông tin bằng văn bản bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị tin rằng chúng tôi đã không cung cấp những dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử theo cách khác dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại trực tiếp hoặc qua thư, fax hoặc email. Nếu quý vị cần trợ giúp nộp đơn khiếu nại, Người quản lý Rủi ro của Community Health Center of Snohomish County sẵn sàng trợ giúp quý vị.

Community Health Center of Snohomish County
8609 Evergreen Way
Everett, WA 98208
425-789-3789, TTY 711, Fax: 425-789-3780

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại lên Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Văn phòng Quyền Công dân qua điện thoại, đường bưu điện hoặc trực tuyến tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Mẫu đơn khiếu nại có tại www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

Thông báo liên quan đến tiêu mục 224 (o) về Đạo luật Dịch vụ Y tế Công cộng

Trách nhiệm pháp lý của các bác sĩ chăm sóc sức khỏe được giới hạn theo quy định của Đạo luật Dịch vụ Y tế Công cộng (mục 224(q)(1)(D)).

Thông báo này, của Bộ trưởng Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh, nhằm cung cấp thông tin liên quan đến việc bảo vệ trách nhiệm của Community Health Center of Snohomish County và không cấu thành một thông báo toàn diện liên quan đến bất kỳ điều khoản nào của Đạo luật, ngoại trừ trong phạm vi triển khai Đạo luật của phòng mạch.

Thông báo về không phân biệt đối xử

English	If you speak a language other than English, or if you are hard of hearing, deaf, or deaf/blind, we will provide an interpreter for free. Call 1-425-789-3789 (TTY:711).
Amharic	ከእንግሊዘኛ ውጭ ሌላ ቋንቋ የሚናገሩ ከሆነ ወይም ለመስማት የሚከብዱት፣ መስማት የተሳናቸው ወይም መስማት የተሳናቸው / ማየት የተሳናቸው ከሆኑ የትርጉም አገልግሎት በነጻ እንሰጣለን። ወደ 1-425-789-3789 (TTY:711) ይደውሉ።
Arabic	إذا كنت تتحدث لغة بخلاف اللغة الإنجليزية، أو إذا كنت تعاني من صعوبة في السمع، أو كنت أصم، أو أصم/كفيفاً، فإننا سنقوم بتوفير مترجم فوري بشكل مجاني. اتصل بالرقم 1-425-789-3789 (الهاتف النصي: 711).
Cambodian	ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវជ្រក់ឆ្ងុះ ឬឆ្ងុះ/ពិការភ្នែក យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ជូនសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-425-789-3789 (TTY:711)។
Chinese	如果您講英語以外的語言，或者您是聽力障礙人士、失聰人士或失聰/失明人士，我們將免費提供口譯員。請致電 1-425-789-3789 (TTY: 711)。
German	Falls Sie die englische Sprache nicht sprechen oder nicht ausreichend verstehen sollten, oder falls Sie schwerhörig, taub oder taub-blind sein sollten, stellen wir Ihnen kostenlos einen Dolmetscher oder eine Dolmetscherin zur Verfügung. Bitte rufen Sie an: 1-425-789-3789 (TTY:711).
Japanese	英語以外の言語を話される方、または耳の遠い方、耳が聞こえない方、耳と目の両方に障がいのある方は、無料で通訳を手配いたします。1-425-789-3789 (TTY:711) までお電話ください。
Korean	영어 이외의 언어를 사용하거나 청각 장애나 시각 장애가 있으신 분들을 위해 통역사를 무료로 제공해드립니다. 1-425-789-3789(TTY:711) 로 전화하세요.
Laotian	ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອື່ນນອກພາສາອັງກິດ ຫຼື ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຍິນດີ, ຫຼື ຫຼຸບວກ ຫຼື ຫຼຸບວກ/ຕາບອດ, ພວກເຮົາຈະຈັດຫາພາສາອື່ນໄຫ້ພໍດີ. ໂທຫາ 1-425-789-3789 (TTY: 711).
Marshallese	Elaññe kwōjelā juon kajin im eoktak jen Kajin Pālle, ñe e jab elaññe ejabwe am jelā roñ, kwōjaroñroñ, ak kwōjaroñroñ/pilo, kōmnaaj bōktok juon ri-ukok im ejjelok wonen. Kūrlok 1-425-789-3789 (TTY:711).
Portuguese	Para outros idiomas que não o inglês, ou em caso de deficiência auditiva, deficiência visual ou ambas, é fornecido gratuitamente o serviço de interpretação. Ligue para 1-425-789-3789 (TTY:711).
Punjabi	ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੁਣਨ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਿਲ ਹੈ, ਬੇਲੇ ਜਾਂ ਬੇਲੇ/ਅੰਨ੍ਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਦੁਬਾਰੀਆ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਾਂਗੇ। 1-425-789-3789 (TTY:711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
Russian	Если вы не говорите по-английски или являетесь слабослышащим, глухим или слепоглухим, мы бесплатно предоставим вам услуги переводчика. Позвоните по телефону 1-425-789-3789 (телетайп: 711).
Spanish	Si habla un idioma distinto al inglés, o si tiene problemas de audición, es sordo o sordo/ciego, le proporcionaremos un intérprete de forma gratuita. Llame al 1-425-789-3789 (TTY: 711).
Somali	Haddii aad ku hadasho luuqad aan ahayn Ingiriisi, ama haddii maqalku kugu adag yahay ama aad tahay dhagool, ama dhagool/indhoole, waxaan kusiin doonaa turjumaan bilaash ah. wac 1-425-789-3789 (TTY:711).
Tagalog	Kung ikaw ay nagsasalita sa isang wika maliban sa Ingles, o kung mahina ang iyong pandinig, bingi, o bingi/bulag, magbibigay kami ng interpreter nang libre. Tumawag sa 1-425-789-3789 (TTY:711).
Ukrainian	Якщо ви не розмовляєте англійською мовою, або якщо ви погано чуєте, є глухою чи сліпоглухою особою, ми надамо вам перекладача безкоштовно. Телефонуйте за номером 1-425-789-3789 (TTY: 711).
Vietnamese	Nếu bạn không nói được tiếng Anh hoặc nếu bị lãng tai, điếc hoặc điếc/mù, chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí. Hãy gọi 1-425-789-3789 (TTY:711).

Thông báo cho bệnh nhân vắng mặt: Y tế

Việc duy trì các cuộc hẹn đã đặt lịch có ý nghĩa quan trọng trong hoạt động chăm sóc sức khỏe của quý vị. Nó cho phép nhà cung cấp dịch vụ y tế của quý vị bàn về việc chăm sóc y tế của quý vị và những gì quý vị có thể làm để giữ sức khỏe. Khi bỏ lỡ một cuộc hẹn, quý vị không chỉ bỏ lỡ cơ hội cải thiện sức khỏe của mình mà còn khiến thời gian cho cuộc hẹn đó bị lãng phí trong khi một bệnh nhân khác có thể cần cuộc hẹn như vậy.

Thông báo cho bệnh nhân lỡ hẹn: Nha khoa

Việc duy trì các cuộc hẹn đã đặt lịch có ý nghĩa quan trọng trong hoạt động chăm sóc răng của quý vị. Nó cho phép nha sĩ hoặc chuyên gia vệ sinh răng miệng nói chuyện với quý vị về sức khỏe răng miệng của quý vị và những gì quý vị có thể làm để giữ sức khỏe. Khi lỡ hẹn, cũng có nghĩa là quý vị bỏ lỡ cơ hội cải thiện sức khỏe của mình. Ngoài ra, quý vị còn có thể làm lãng phí thời gian hẹn mà lẽ ra một bệnh nhân khác có thể dùng.

- Những bệnh nhân của Community Health Center of Snohomish County bỏ lỡ cuộc hẹn sẽ nhận được những thông tin sau: một lá thư, một cuộc gọi điện thoại và/hoặc tin nhắn thông báo về việc họ đã lỡ hẹn.
- Bệnh nhân có thể bị đưa vào diện theo dõi nếu họ không đến hoặc gọi điện để hủy cuộc hẹn ba (3) lần trở lên trong khoảng thời gian sáu (6) tháng. Trong thời gian theo dõi, bệnh nhân sẽ không thể đặt lịch hẹn trước trong sáu (6) tháng trừ phi được người quản lý phòng khám nha khoa chấp thuận. Tuy nhiên, họ có thể đến phòng khám để yêu cầu một cuộc hẹn trong ngày nếu bị sưng hoặc đau.
- Có thể chấm dứt hợp đồng với bệnh nhân nếu họ đã bị đưa vào diện theo dõi ba (3) lần trở lên.

Chúng tôi hy vọng thông báo này giúp quý vị hiểu tầm quan trọng của việc duy trì các cuộc hẹn và/hoặc có thông báo đầy đủ khi quý vị cần hủy. Sức khỏe răng miệng của quý vị rất quan trọng đối với chúng tôi và chúng tôi mong được gặp quý vị trong cuộc hẹn tiếp theo.

Biểu mẫu Xác nhận và Đồng ý của Bệnh nhân

Tiết lộ Thông tin Y tế:

Tôi cho phép đội ngũ chăm sóc sức khỏe để lại thông tin y tế như các kết quả xét nghiệm, thông tin thuốc điều trị và/hoặc các câu trả lời câu hỏi trên hệ thống trả lời của tôi.

Đồng ý về phương thức giao tiếp:

Tôi đồng ý nhận tất cả hình thức giao tiếp từ đội ngũ chăm sóc sức khỏe của tôi. CHC có thể gọi điện, gửi tin nhắn, gửi email hoặc thư về những thông tin quan trọng cho tôi như nhắc nhở cuộc hẹn, kết quả xét nghiệm, tùy chọn điều trị, các dịch vụ hoặc sự kiện giáo dục về sức khỏe. Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối bất kỳ lúc nào.

Đồng ý về kế hoạch chăm sóc:

Tôi đồng ý với kế hoạch chăm sóc được đội ngũ chăm sóc sức khỏe đề xuất. Tôi hiểu rằng tôi hoặc đại diện được ủy quyền của tôi có quyền chấp nhận hoặc từ chối kế hoạch này. Tôi sẽ đặt câu hỏi khi cần và nêu rõ các mong muốn của mình.

Thông báo về việc tiết lộ khoản chi trả:

Tôi hiểu rằng trung tâm CHC (Community Health Care) sẽ tiết lộ mọi chẩn đoán và thông tin cần thiết nhằm bảo đảm khoản chi trả từ các công ty bảo hiểm và các cơ quan chi trả thuộc bên thứ ba có trách nhiệm pháp lý. Tôi hiểu rằng trừ khi tôi hạn chế rõ ràng bằng văn bản, điều này sẽ mở rộng đến tất cả các khía cạnh của việc điều trị bao gồm xét nghiệm và/hoặc điều trị HIV/Aids, các bệnh lây truyền qua đường tình dục, lạm dụng chất gây nghiện hoặc tình trạng sức khỏe tâm thần.

Thỏa thuận Tài chính:

Tôi hiểu các khoản đồng chi trả đến hạn vào thời điểm dịch vụ. Tôi chuyển giao khoản chi trả từ bảo hiểm của mình trực tiếp đến trung tâm CHC.

Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm chi trả cho trung tâm CHC các khoản phí không được bảo hiểm chi trả và các khoản phí đó sẽ phải được trả trong vòng 30 ngày kể từ ngày lập hóa đơn. Tôi hiểu rằng ngoài hóa đơn từ nhà cung cấp của mình, tôi cũng có thể nhận được các hóa đơn riêng biệt từ phòng xét nghiệm, X-quang và các dịch vụ chuyên biệt khác.

Nhận thông báo về các Quy tắc về Thông tin Y tế:

Tôi đã được cung cấp bản sao của Quy tắc Quyền riêng tư của trung tâm CHC thông báo cho tôi về quyền của mình liên quan đến việc bảo vệ thông tin sức khỏe của mình. Tôi cũng đã được cung cấp bản sao của Chính sách Vắng mặt thông báo cho tôi về sự quan trọng của việc đi khám theo lịch hẹn và hậu quả của việc không hủy hẹn khi tôi không thể có mặt.

Quyền và Nghĩa vụ của Bệnh nhân:

Tôi đã được cung cấp hoặc nhận một bản sao về các Quyền và Nghĩa Vụ của Bệnh Nhân CHC cung cấp cho tôi thông tin về việc trở thành một bệnh nhân tại trung tâm CHC.

Chăm sóc Sức khỏe Từ xa

Tôi hiểu rằng các buổi chăm sóc sức khỏe từ xa có thể mất phí và trung tâm CHC sẽ tuân thủ tất cả các luật về quyền riêng tư của bệnh nhân. Tôi sẽ được thông báo nếu cần gặp trực tiếp. Tôi hiểu rằng nếu bị mất kết nối và do đó tôi có thể gặp vấn đề về quyền riêng tư, đội ngũ chăm sóc của tôi sẽ gọi lại cho tôi theo số điện thoại mà tôi đã cung cấp.

Biểu mẫu Xác nhận và Đồng ý của Bệnh nhân

Bằng việc ký tên dưới đây, quý vị đồng ý với tất cả thông tin ở trên.

Chữ ký: _____ Ngày: _____

Chữ ký của phụ huynh/người giám hộ: _____ Ngày: _____
(nếu bệnh nhân là trẻ nhỏ)