



Đặt Nhân Tại Đây

THỎA THUẬN CHUNG CHO HOẠT ĐỘNG CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ

ĐỐI VỚI BỆNH NHÂN: Với tư cách là bệnh nhân, quý vị có quyền nhận thông báo về bệnh trạng của mình và thủ thuật phẫu thuật, y tế hoặc chẩn đoán được đề nghị sử dụng nhằm hỗ trợ khả năng đưa ra quyết định của quý vị về việc có nên thực hiện bất kỳ điều trị hoặc thủ thuật nào được đề xuất hay không sau khi biết các rủi ro và mối nguy hiểm liên quan. Chúng tôi không khuyến nghị bất kỳ kế hoạch điều trị nào trong quá trình chăm sóc của quý vị tại thời điểm này. Đơn thỏa thuận này chỉ đơn giản để nhận được sự cho phép của quý vị về việc thực hiện đánh giá cần thiết nhằm xác định phương pháp điều trị và/hoặc thủ thuật thích hợp cho bất kỳ bệnh trạng nào đã xác định.

Thỏa thuận này cung cấp cho chúng tôi sự cho phép của quý vị để thực hiện các cuộc thăm khám, xét nghiệm và điều trị y tế hợp lý, cần thiết. Bằng cách ký tên bên dưới, quý vị cho biết là (1) quý vị có dự định rằng thỏa thuận này sẽ tiếp tục về bản chất ngay cả sau khi có chẩn đoán cụ thể và khuyến nghị điều trị; và (2) quý vị đồng ý điều trị tại văn phòng này hoặc bất kỳ văn phòng vệ tinh nào khác thuộc quyền sở hữu chung. Bản thỏa thuận sẽ vẫn có hiệu lực đầy đủ cho đến khi được thu hồi bằng văn bản. Quý vị có quyền ngừng dịch vụ bất kỳ lúc nào.

Quý vị có quyền thảo luận kế hoạch điều trị với bác sĩ của mình về mục đích, rủi ro tiềm ẩn và lợi ích của bất kỳ xét nghiệm nào được yêu cầu cho quý vị. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về bất kỳ xét nghiệm hoặc phương pháp điều trị nào do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị đề xuất, chúng tôi khuyến khích quý vị đặt câu hỏi.

Tôi tự nguyện yêu cầu bác sĩ và/hoặc nhà cung cấp dịch vụ cấp trung (Điều dưỡng thực hành, Trợ lý bác sĩ hoặc Chuyên viên điều dưỡng lâm sàng) và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác hoặc người được chỉ định nếu thấy cần thiết, thực hiện khám, xét nghiệm và điều trị y tế hợp lý và cần thiết cho bệnh trạng đã khiến tôi phải khám chữa tại cơ sở này. Tôi hiểu là nếu đề nghị xét nghiệm bổ sung, các thủ thuật xâm lấn hoặc can thiệp, tôi sẽ được yêu cầu đọc và ký vào các đơn thỏa thuận bổ sung trước (các) xét nghiệm hoặc (các) thủ thuật.

Tôi xác nhận là tôi đã đọc và hiểu đầy đủ các tuyên bố trên và đồng ý hoàn toàn và tự nguyện với nội dung của bản thỏa thuận.

 Chữ Ký Của Bệnh Nhân Hoặc Đại Diện Cá Nhân

 Ngày

 Tên Viết In Của Bệnh Nhân Hoặc Đại Diện Cá Nhân

 Mối Quan Hệ Với Bệnh Nhân

 Chữ Ký Của Nhân Chứng

 Ngày

 Tên Viết In Của Nhân Chứng

Tên Bệnh Nhân: _____ Ngày Sinh: _____

MẪU BỆNH SỬ BỆNH NHÂN

Kính Thưa Bệnh Nhân,

Vui lòng gửi lại gói hàng đã điền đầy đủ thông tin có trang chữ ký cho quấy lễ tân.

Tên Bệnh Nhân: _____

Ngày Sinh: ____/____/____ Tuổi: _____ Nam giới Nữ giới SS#: _____

Địa Chỉ Chính: _____

Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Bưu Chính: _____

Điện Thoại Nhà: Ưu Tiên (_____) _____

Điện Thoại Di Động: Ưu Tiên (_____) _____

Địa Chỉ Phụ: _____

Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Bưu Chính: _____

Chúng tôi có thể để lại tin nhắn trên máy trả lời tự động / hộp thư thoại của quý vị không? Có Không

Địa Chỉ Email: _____

Chúng tôi có thể gửi email cho quý vị được không? Có Không

Ngôn Ngữ Ưu Tiên: _____

Dân Tộc: Người gốc Tây Ban Nha/Latinh Không phải gốc Tây Ban Nha/Latinh

Chủng Tộc: Người Mỹ bản xứ hoặc thổ dân Alaska Châu Á Người Mỹ da đen hoặc người Mỹ gốc Phi

Người Hawaii bản xứ hoặc người đảo Thái Bình Dương khác Người da trắng Khác

Tên Nhà Thuốc: _____

Số điện thoại nhà thuốc và giao lộ: _____

(Chỉ sử dụng nội bộ)

MRN#: _____

Tên Bệnh Nhân: _____ Ngày Sinh: _____

Bác Sĩ Chăm Sóc Chính: _____ Điện Thoại: _____

Bác Sĩ Giới Thiệu (nếu khác): _____ Điện Thoại: _____

Vui lòng ghi thêm bất kỳ Bác sĩ nào mà quý vị gặp: (Bao gồm cả số điện thoại):

_____ Điện Thoại: _____

_____ Điện Thoại: _____

_____ Điện Thoại: _____

_____ Điện Thoại: _____

Tên Liên Lạc Khẩn Cấp:

Mối Quan Hệ: _____ Điện Thoại: (_____) _____

Tình Trạng Công Việc:

Làm Chủ/Tự Kinh Doanh Thất Nghiệp Đã Nghỉ Hưu Khuyết Tật

Nghề Nghiệp (Hoặc Nghề Nghiệp Cựu): _____

Tên Của Chủ Lao Động: _____ Điện Thoại Công Ty: (_____) _____

Tiền Chi Thị:

Ý Chí Sống Có Không Không xác định Giấy Ủy Quyền Dài Hạn Có Không Không xác định

Không Hồi Sức Có Không Không xác định

Nếu có, vui lòng mang theo một bản sao.

Tên Bệnh Nhân: _____ Ngày Sinh: _____

Bệnh Sử

Quý vị đã BAO GIỜ có bất kỳ điều nào sau đây:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hen suyễn | <input type="checkbox"/> Rối loạn thần kinh/Đau đầu mãn tính | <input type="checkbox"/> Viêm khớp |
| <input type="checkbox"/> Rối loạn tâm thần/Bệnh tật | <input type="checkbox"/> Rối loạn huyết áp/Tăng huyết áp | <input type="checkbox"/> Thuyên tắc phổi/DVT/Huyết khối |
| <input type="checkbox"/> Bệnh ung thư | <input type="checkbox"/> Đột quy | <input type="checkbox"/> Rối loạn cholesterol/Máu nhiễm mỡ |
| <input type="checkbox"/> Cơ động kinh hoặc động kinh | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Chứng ngưng thở khi ngủ |
| <input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường | <input type="checkbox"/> Rối loạn tuyến giáp | <input type="checkbox"/> Rối loạn về mắt (tức là bệnh tăng nhãn áp) |
| <input type="checkbox"/> Rối loạn tiết niệu/thận | <input type="checkbox"/> Đau tim/Bệnh tim/Rung nhĩ | <input type="checkbox"/> Khác |

Vui lòng liệt kê bất kỳ bệnh hoặc vấn đề y tế nào khác và cung cấp thông tin chi tiết về bất kỳ bệnh trạng nào ở trên:

Lịch Sử Phẫu Thuật Vui lòng liệt kê **BẤT CỨ** cuộc phẫu thuật nào quý vị đã thực hiện và ngày gần đúng.

Thủ Thuật	Ngày	Biến Chứng

Điều Trị Tiền Ung Thư Quý vị hiện đang bị ung thư? Có Không

Loại Ung Thư	Năm Chẩn Đoán	Điều Trị	Bệnh Viện/Văn Phòng Bác Sĩ Nơi Quý Vị Được Điều trị
		<input type="checkbox"/> Phẫu thuật <input type="checkbox"/> Liệu pháp sinh học <input type="checkbox"/> Xạ trị <input type="checkbox"/> Cấy ghép xạ trị <input type="checkbox"/> Hóa trị	Tên: Địa chỉ: Điện thoại:
		<input type="checkbox"/> Phẫu thuật <input type="checkbox"/> Liệu pháp sinh học <input type="checkbox"/> Xạ trị <input type="checkbox"/> Cấy ghép xạ trị <input type="checkbox"/> Hóa trị	Tên: Địa chỉ: Điện thoại:
		<input type="checkbox"/> Phẫu thuật <input type="checkbox"/> Liệu pháp sinh học <input type="checkbox"/> Xạ trị <input type="checkbox"/> Cấy ghép xạ trị <input type="checkbox"/> Hóa trị	Tên: Địa chỉ: Điện thoại:

Dị Ứng

Quý vị có bị dị ứng với bất kỳ loại thuốc hoặc chất nào khác không? Có Không Vui lòng liệt kê các dị ứng và phản ứng:

Tên Bệnh Nhân: _____ Ngày Sinh: _____

Danh Sách Thuốc

Tên Thuốc	Liều Lượng	Tần Suất

Quý vị có dùng loại thuốc bổ sung nào không được liệt kê ở trên không? Có Không
Nếu có, vui lòng sử dụng mặt sau của trang này để liệt kê tất cả những thuốc khác.

Đảm Bảo Sức Khỏe

Ngày đo mật độ xương cuối cùng: _____

Ngày xét nghiệm phết tế bào pap cuối cùng: _____ Quý vị đã bao giờ có kết quả phết tế bào PAP bất thường chưa?
 Có Không

Ngày chụp X quang tuyến vú lần cuối: _____ Kết quả chụp X quang tuyến vú đó có bình thường không?
 Có Không

Ngày nội soi cuối cùng: _____ Kết quả nội soi đó có bình thường không? Có Không

Lịch Sử Sản Khoa

Hiện tại quý vị có đang mang thai không? Có Không Nếu có, ngày sinh con dự kiến: _____

Quý vị có đang cố gắng thụ thai không? Có Không Số lần mang thai: _____ Số lần sinh: _____
Số lần sảy thai: _____

Bệnh Sử Gia Đình

Vui lòng cho biết bất kỳ bệnh trạng nghiêm trọng nào, bao gồm cả bệnh ung thư, mà các thành viên trong gia đình trực tiếp của quý vị đã mắc phải.

Người Thân	Bệnh Trạng và Mô Tả	Họ Vẫn Đang sống?	Nếu đã qua đời thì ở độ tuổi nào?
Mẹ		Có Không	
Bố		Có Không	
Anh em ruột		Có Không	
Anh em ruột		Có Không	
Anh em ruột		Có Không	
Ông bà		Có Không	
Ông bà		Có Không	
Khác		Có Không	

Tiền Sử Xã Hội

Hiện tại quý vị có hút thuốc không? Có Không _____ Nếu không thì trước đây quý vị có hút không? Có Không

Số năm hút thuốc: _____ Số gói mỗi ngày: _____ Quý vị có sử dụng các sản phẩm thuốc lá khác không? Có Không

Quý vị có uống rượu không? Có Không _____ Nếu có, số đồ uống mỗi tuần: _____

Tình Trạng Hôn Nhân: Độc thân Đã kết hôn Đã ly hôn Góa bụa

Quý vị có phải chịu đựng bạo lực gia đình không? Có Không Quý vị có cảm thấy an toàn khi ở nhà không?

Có Không

Tên Bệnh Nhân: _____ Ngày Sinh: _____

Đánh Giá Hệ Thống Vui lòng cho biết TẤT CẢ trải nghiệm của quý vị trong vòng 6-12 tháng qua.

Tổng quan

- | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Không có | <input type="checkbox"/> Cảm thấy mệt | <input type="checkbox"/> Sốt | <input type="checkbox"/> Tăng cân |
| <input type="checkbox"/> Ôn lạnh | <input type="checkbox"/> Giảm cân | <input type="checkbox"/> Cảm thấy không khỏe | |

Mắt

- | | | | |
|--|--|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Không có | <input type="checkbox"/> Khô mắt | <input type="checkbox"/> Đau mắt | <input type="checkbox"/> Ngứa mắt |
| <input type="checkbox"/> Thay đổi tầm nhìn | <input type="checkbox"/> Vấn đề về thị lực | | |

Tai/Mũi/Họng

- | | | | |
|--|-----------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Không có | <input type="checkbox"/> Đau tai | <input type="checkbox"/> Mất thính giác | <input type="checkbox"/> Chảy máu mũi |
| <input type="checkbox"/> Vấn đề về xoang | <input type="checkbox"/> Đau họng | <input type="checkbox"/> Khàn giọng | |

Tim

- | | | | |
|------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Không có | <input type="checkbox"/> Đau ngực | <input type="checkbox"/> Tim đập nhanh | <input type="checkbox"/> Nhịp tim chậm |
| <input type="checkbox"/> Sưng chân | <input type="checkbox"/> Nhịp tim nhanh | <input type="checkbox"/> Đau chân, khó chịu hoặc mệt mỗi khi đi bộ | |

Phổi/Hô Hấp

- | | | | |
|---|--|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Không có | <input type="checkbox"/> Ho | <input type="checkbox"/> Khò khè | <input type="checkbox"/> Hụt hơi |
| <input type="checkbox"/> Khó thở khi gắng sức | <input type="checkbox"/> Khó thở khi nằm thẳng | | |

Tiêu Hóa

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Không có | <input type="checkbox"/> Đau bụng | <input type="checkbox"/> Táo bón | <input type="checkbox"/> Bệnh tiêu chảy |
| <input type="checkbox"/> Ợ nóng | <input type="checkbox"/> Buồn nôn | <input type="checkbox"/> Nôn mửa | <input type="checkbox"/> Đi ngoài ra máu |

Da Liễu

- | | | | |
|--|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Không có | <input type="checkbox"/> Mụn | <input type="checkbox"/> Ngứa | <input type="checkbox"/> Thay đổi nốt ruồi |
| <input type="checkbox"/> Tổn thương da | <input type="checkbox"/> Vết thương ngoài da | <input type="checkbox"/> Khối u vú | |

Thần kinh

- | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Không có | <input type="checkbox"/> Yếu chân tay | <input type="checkbox"/> Lẫn | <input type="checkbox"/> Mất trí nhớ |
| <input type="checkbox"/> Co giật | <input type="checkbox"/> Nhức đầu | <input type="checkbox"/> Chóng mặt | <input type="checkbox"/> Khó khăn khi đi bộ |

Tâm thần

- | | | | |
|-----------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Không có | <input type="checkbox"/> Tự sát | <input type="checkbox"/> Lo lắng | <input type="checkbox"/> Rối loạn giấc ngủ |
| <input type="checkbox"/> Trầm cảm | <input type="checkbox"/> Vấn đề về cảm xúc | <input type="checkbox"/> Thay đổi tính cách | |

Nội tiết

- | | | | |
|--|---|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Không có | <input type="checkbox"/> Rụng tóc | <input type="checkbox"/> Yếu cơ | <input type="checkbox"/> Bốc hỏa |
| <input type="checkbox"/> Cảm thấy yếu đuối | <input type="checkbox"/> Giọng nói trầm hơn | | |

Hồng cầu/Bạch cầu

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Không có | <input type="checkbox"/> Dễ chảy máu | <input type="checkbox"/> Dễ bầm tím | <input type="checkbox"/> Viêm hạch bạch huyết |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---|

ỦY QUYỀN VÀ CHO PHÉP CHỤP ẢNH CHO HỒ SƠ Y TẾ ĐIỆN TỬ

Tôi ủy quyền cho Woodlands Cancer Institute (WCI), một bộ phận của American Oncology Partners, P.A. (AOP) chụp ảnh của tôi (có thể sử dụng máy ảnh/video kỹ thuật số). Sau đó, những bức ảnh này có thể được đưa vào hồ sơ y tế điện tử WCI/AOP của tôi nhằm mục đích nhận dạng và/hoặc cho giấy tờ y tế.

Bằng việc ký tên vào đây, tôi xác nhận là tôi đã nhận được bản sao của mẫu ủy quyền này để lưu vào hồ sơ của mình.

Tên Bệnh Nhân (Viết In)

Bệnh Nhân hoặc Người Bảo Lãnh (Chữ Ký)

Ngày

YÊU CẦU TIẾT LỘ HỒ SƠ

Tôi, _____, yêu cầu một bản sao hồ sơ y tế hoàn chỉnh của tôi từ văn phòng của:

Tên và địa chỉ của người hành nghề

Sẽ được gửi đến Woodlands Cancer Institute: (*Sử dụng nội bộ*)

Địa chỉ, Thành phố, Tiểu bang, Mã bưu chính

Số Fax/điện thoại

_____ Tôi cho phép tiết lộ hồ sơ y tế của mình cho người, công ty hoặc cơ sở y tế được liệt kê ở trên. Tôi hiểu là hồ sơ của tôi sẽ được gửi qua thông tin liên lạc bằng điện thoại.

Tôi hiểu là bằng việc ký vào giấy ủy quyền tiết lộ hồ sơ của mình, tôi đang cho phép Woodlands Cancer Institute (WCI), một bộ phận của American Oncology Partners, P.A. (AOP), nhận bản sao của bất kỳ thông tin nào liên quan đến y tế, tâm thần, AIDS, hội chứng liên quan đến AIDS, xét nghiệm HIV, lạm dụng rượu và/hoặc ma túy cho (những) cá nhân hoặc tổ chức được liệt kê ở trên. Tôi cũng hiểu là sự ủy quyền này có thể bị thu hồi bất kỳ lúc nào ngoại trừ trường hợp hành động đã được thực hiện trước khi thu hồi. Bản thỏa thuận này có hiệu lực vô thời hạn cho đến khi nhận được thông báo bằng văn bản để thu hồi.

_____ TỪ CHỐI TRÁCH NHIỆM: Việc không ký không ngăn cản việc tôi nhận được sự chăm sóc.

_____ Tên Bệnh Nhân (Viết In)

_____ Ngày

_____ Ngày Sinh Của Bệnh Nhân

_____ Bệnh Nhân Hoặc Người Bảo Lãnh (Chữ Ký)

_____ Ngày

Tên Bệnh Nhân: _____ Ngày Sinh: _____

ĐỒNG Ý TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ

Vui lòng kiểm tra một trong những điều sau:

Tôi cho phép các nhân viên của Woodlands Cancer Institute (WCI), một bộ phận của American Oncology Partners, P.A. (AOP), tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ của tôi cho tôi và (những) cá nhân sau:

Tên: _____ Mối quan hệ: _____ Điện thoại: _____

Tên: _____ Mối quan hệ: _____ Điện thoại: _____

Tên: _____ Mối quan hệ: _____ Điện thoại: _____

Tên: _____ Mối quan hệ: _____ Điện thoại: _____

Tên: _____ Mối quan hệ: _____ Điện thoại: _____

Tên: _____ Mối quan hệ: _____ Điện thoại: _____

Tôi yêu cầu CHỈ tiết lộ tất cả Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ của tôi cho tôi và không cho (những) cá nhân nào khác.

Tôi hiểu là tôi có thể thu hồi hoặc thay đổi bản thỏa thuận này bất kỳ lúc nào bằng cách điền vào một đơn thỏa thuận khác để thay thế đơn này.

Tên Bệnh Nhân (Viết In)

Ngày

Bệnh Nhân Hoặc Người Bảo Lãnh (Chữ Ký)

Tên Bệnh Nhân: _____ Ngày Sinh: _____

THÔNG TIN BẢO HIỂM

Hãng Bảo Hiểm Chính: _____

Tên của chủ hợp đồng chính: _____

Số hợp đồng/ID nhóm: _____

Ngày sinh của người được bảo hiểm: _____ Số an sinh xã hội của chủ hợp đồng: _____

Chủ lao động của người có hợp đồng bảo hiểm: _____

Chương trình có bảo hiểm theo đơn thuốc không? Có Không

Hãng Bảo Hiểm Phụ: _____

Tên người giữ hợp đồng phụ: _____

Số hợp đồng/ID nhóm: _____

Ngày sinh của người được bảo hiểm: _____ Số an sinh xã hội của chủ hợp đồng: _____

Chủ lao động của người có hợp đồng bảo hiểm: _____

Chương trình có bảo hiểm theo đơn thuốc không? Có Không

Hãng Bảo Hiểm Dược Phẩm: _____

Tên chủ hợp đồng nhà thuốc: _____

Số chính sách/Số thùng _____

Tôi xác nhận là thông tin được cung cấp là chính xác. Tôi sẽ thông báo cho Woodlands Cancer Institute (WCI), một bộ phận của American Oncology Partners, P.A. (AOP), về mọi thay đổi ngay khi nào tôi có. Tôi hiểu là mình có trách nhiệm cập nhật bất kỳ thay đổi nào đối với chương trình bảo hiểm của mình nếu không tôi có thể phải chịu trách nhiệm về toàn bộ số dư điều trị của mình.

Tên Bệnh Nhân (Viết In)

Ngày

Bệnh Nhân Hoặc Người Bảo Lãnh (Chữ Ký)

XÁC NHẬN NHẬN THÔNG BÁO VỀ QUYỀN RIÊNG TƯ

Bằng việc ký vào đơn này, quý vị xác nhận là mình đã nhận được hoặc được thông báo là quý vị có quyền nhận một bản sao của Woodlands Cancer Institute (WCI), một bộ phận của American Oncology Partners, P.A. (AOP), Thông Báo về Thực Thi Quyền Riêng Tư.

Thông báo này có sẵn dưới dạng bản cứng bằng cách yêu cầu một bản sao bằng lời tại quầy lễ tân của bất kỳ cơ sở WCI/AOP nào hoặc gửi yêu cầu bằng văn bản đến văn phòng công ty tại Woodlands Cancer Institute, một bộ phận của American Oncology Partners, P.A., 14543 Global Parkway, Phòng 110, Fort Myers, FL 33913.

Quý vị cũng có thể xem và/hoặc in bản sao Thông Báo về Thực Thi Quyền Riêng Tư bằng cách truy cập: AONcology.com/policies/WCI_NPP.pdf

Ngày: _____

Tên Bệnh Nhân (Viết In)

Ngày Sinh

Bệnh Nhân (Chữ Ký)

Ngày

Bệnh Nhân Hoặc Người Bảo Lãnh (Chữ Ký)

Ngày

XÁC NHẬN NHẬN THỎA THUẬN CHÍNH SÁCH TÀI CHÍNH

Bằng việc ký vào đơn này, quý vị xác nhận là mình đã nhận được hoặc được thông báo là quý vị có quyền nhận một bản sao của Woodlands Cancer Institute (WCI), một bộ phận của American Oncology Partners, P.A. (AOP), Thỏa Thuận Chính Sách Tài Chính.

Thông báo này có sẵn dưới dạng bản cứng bằng cách yêu cầu một bản sao bằng lời tại quầy lễ tân của bất kỳ cơ sở WCI/AOP nào hoặc gửi yêu cầu bằng văn bản đến văn phòng công ty tại Woodlands Cancer Institute, một bộ phận của American Oncology Partners, P.A., 14543 Global Parkway, Phòng 110, Fort Myers, FL 33913.

Quý vị cũng có thể xem và/hoặc in bản sao Thỏa Thuận Chính Sách Tài Chính bằng cách truy cập: AONcology.com/policies/WCI_FPA.pdf

Ngày: _____

Tên Bệnh Nhân (Viết In)

Ngày Sinh

Bệnh Nhân (Chữ Ký)

Ngày

Bệnh Nhân Hoặc Người Bảo Lãnh (Chữ Ký)

Ngày

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi ủy quyền cho Woodlands Cancer Institute (WCI), một bộ phận của American Oncology Partners, P.A. (AOP), các công ty thành viên và công ty con của nó cũng như AON Pharmacy, LLC (và bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ nhắn tin/email WCI/AOP được ủy quyền nào) liên hệ với tôi bằng tin nhắn văn bản SMS hoặc email để nhận các thông báo liên quan đến sức khỏe, bao gồm lời nhắc cuộc hẹn, thông tin liên lạc về hóa đơn, và cung cấp thông tin phản hồi để phục vụ tôi tốt hơn.

Tôi hiểu là mình có thể nhận được các thông tin liên quan đến thông tin của tôi (tên và địa chỉ email) cho mục đích tiếp thị, bao gồm từ bên thứ ba và/hoặc nguồn trực tuyến để bệnh nhân cung cấp phản hồi về việc chăm sóc của tôi. Tôi hiểu là giá cước tin nhắn/dữ liệu có thể áp dụng cho các tin nhắn được gửi bởi WCI/AOP theo gói điện thoại di động của tôi.

Tôi biết là mình không có nghĩa vụ phải ủy quyền cho WCI/AOP gửi cho tôi tin nhắn văn bản và/hoặc email. Tôi có thể từ chối nhận những thông tin liên lạc này bất kỳ lúc nào bằng cách trả lời "STOP" (dừng) hoặc hủy đăng ký.

Tôi hiểu là tin nhắn văn bản và/hoặc email không thể thay thế cho sự chăm sóc chuyên môn hoặc y tế.

Bằng việc ký tên bên dưới, tôi cho biết mình là người chịu trách nhiệm pháp lý đối với mọi hoạt động sử dụng tài khoản di động và/hoặc email, và tôi đã đủ tuổi thiểu và đồng ý với tất cả các điều khoản và điều kiện sử dụng dịch vụ nhắn tin văn bản và những thông báo qua email.

VUI LÒNG ĐÁNH DẤU SAU ĐÂY:

- Tôi đồng ý nhận thông tin qua văn bản và/hoặc email. Tôi hiểu là mình có thể rút lại thỏa thuận của mình bất cứ lúc nào.
Số ô văn bản _____ Email _____
- Tôi không đồng ý nhận bất kỳ thông tin nào qua văn bản và/hoặc email. Tôi hiểu là mình có thể thay đổi quyết định và đưa ra thỏa thuận về sau.

Tên Bệnh Nhân (Viết In)

Ngày Sinh

Bệnh Nhân (Chữ Ký)