



## CÁC ĐIỀU KIỆN THU NHẬN

- Long Beach Medical Center  
 Miller Children's Hospital Long Beach  
 Community Medical Center  
 Orange Coast Medical Center  
 Saddleback Medical Center

1. **PHÂN XỬ QUA TRỌNG TÀI:** Tôi hiểu rằng bất cứ sự tranh tụng nào phát sinh từ bệnh viện hoặc vào lần đến bệnh viện với tư cách bệnh nhân ngoại trú, việc thu nhận vào bệnh viện, hoặc thỏa thuận về các Tình Trạng Thu Nhận (Conditions of Admission - COA) sẽ được quyết định chỉ qua cuộc phân xử qua trọng tài theo luật California (và theo thỏa thuận dưới đây) chỉ trên căn bản cá nhân và không phải qua kiện tụng hoặc dùng đến tiến trình của tòa án trừ khi luật California cho duyệt xét về pháp lý các tiến trình phân xử qua trọng tài.

Tôi cũng hiểu rằng bất cứ sự tranh tụng nào về sơ xuất y khoa, về bất cứ dịch vụ y khoa nào được thực hiện theo hợp đồng này là không cần thiết hoặc không được phép hoặc không đúng, bất cần hoặc thực hiện thiếu sót, sẽ được quyết định qua cuộc phân xử bởi trọng tài theo luật California, và không phải bởi kiện tụng hoặc kiện ra tòa trừ khi luật California cho áp dụng tiến trình duyệt xét bởi trọng tài xem luật đó có hợp hiến hay không. Cả hai bên theo hợp đồng này, khi ký kết, từ bỏ quyền hợp hiến của họ để giải quyết sự tranh tụng tại tòa trước bồi thẩm đoàn và thay vào đó chấp nhận việc dùng phiên xử qua trọng tài. Phiên xử qua trọng tài này sẽ chiếu theo luật California bao gồm, nhưng không giới hạn tới, các điều khoản thuộc đạo luật cải cách việc bồi hoàn cho thương tích y khoa. Thỏa thuận phân xử qua trọng tài này sẽ áp dụng cho bất cứ và tất cả các tranh tụng hoặc yêu sách phát sinh từ việc chăm sóc y khoa hoặc tại bệnh viện, điều trị hoặc các dịch vụ có liên quan tới việc nhập viện này đối với bệnh viện hoặc các nhân viên của họ, bác sĩ giải phẫu, nha sĩ, bác sĩ giải phẫu miệng hoặc bác sĩ chân đồng ý trên văn bản là sẽ chịu sự ràng buộc bởi điều khoản này, trừ khi bệnh nhân hoặc người ký tên ký tắt dưới đây hoặc trừ khi được rút lại bởi thông báo trên văn bản trong vòng 30 ngày sau khi ký tên.

Đòi hỏi phân xử qua trọng tài sẽ được truyền đạt trên văn bản cho tất cả các bên. Mỗi bên sẽ chọn một trọng tài trong vòng 90 ngày sau khi có bản đòi hỏi phân xử qua trọng tài và một trọng tài thứ ba (trung lập) sẽ được chọn ra bởi các trọng tài mà các bên đề cử trong vòng 90 ngày sau đó. Một trong các bên sẽ có quyền tuyệt đối để phân xử một cách riêng biệt các vấn đề về trách nhiệm và thiệt hại sau khi có đơn yêu cầu gửi cho trọng tài trung lập.

Việc đồng ý phân xử qua trọng tài sẽ không phải là một điều kiện tiên quyết cho việc cung cấp các dịch vụ theo COA này.

Tôi đã đọc và hiểu các điều khoản về Trọng Tài và đồng ý/không đồng ý (khoanh tròn một) về các điều khoản và điều kiện của nó.

Ký Tắt Vào Đây: X \_\_\_\_\_

2. **THỎA THUẬN VỀ CÁC THỦ THUẬT Y KHOA VÀ GIẢI PHẪU:** Tôi đồng ý với các thủ thuật có thể được thực hiện trong thời gian nằm bệnh viện này hoặc đến khám với tư cách bệnh nhân ngoại trú, có thể bao gồm nhưng không giới hạn tới, phòng thí nghiệm, chụp quang tuyến x, chụp hình ngực, các dịch vụ y khoa hoặc giải phẫu, các dịch vụ y tế viễn liên hoặc chụp thuốc mê theo các chỉ dẫn tổng quát hoặc đặc biệt của bác sĩ, và các xét nghiệm thăm dò theo đòi hỏi của luật pháp.

3. **CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG VÀ TẠI BỆNH VIỆN:** Tôi hiểu rằng mình hiện được chăm sóc và giám sát bởi bác sĩ điều trị của tôi và bệnh viện và nhân viên điều dưỡng có trách nhiệm thi hành theo các chỉ dẫn của bác sĩ đó. Tôi hiểu thêm rằng bệnh viện chỉ cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng tổng quát và sự chăm sóc mà (các) bác sĩ của tôi đặt làm, và bệnh viện không chịu trách nhiệm về việc không cung cấp dịch vụ điều dưỡng tự nhân. Tôi miễn cho bệnh viện khỏi bất cứ và tất cả trách nhiệm nào phát sinh từ sự kiện là bệnh viện không cung cấp dịch vụ chăm sóc thêm này.

4. **QUAN HỆ VỀ PHÁP LÝ GIỮA BỆNH VIỆN VÀ BÁC SĨ:** Tôi hiểu rằng (i) tất cả các bác sĩ và bác sĩ giải phẫu cung cấp dịch vụ cho tôi, bao gồm các bác sĩ quang tuyến, bác sĩ bệnh học, các bác sĩ thuốc mê, các bác sĩ về trẻ sơ sinh, các bác sĩ chuyên khoa về chăm sóc khẩn trương, các bác sĩ ban cấp cứu, và các bác sĩ khác làm tại bệnh viện, là các nhà thầu độc lập và không phải là nhân viên hoặc các đại lý của bệnh viện, và theo đó (ii) lệ phí cho các dịch vụ bác sĩ ở bệnh viện được gửi riêng biệt và độc lập với các phí tổn của bệnh viện, có nghĩa là tôi sẽ nhận nhiều hơn một hóa đơn cho các dịch vụ.

Tôi đã đọc và hiểu mối quan hệ pháp lý giữa các điều khoản về bệnh viện và bác sĩ và đồng ý với các điều khoản và điều kiện của nó.

Ký Tắt Vào Đây: X \_\_\_\_\_

5. **TƯ TRANG VÀ CÁC ĐỒ VẬT QUÝ GIÁ:** Tôi đã được khuyến khích bỏ lại tư trang của tôi ở nhà. Tôi hiểu rằng bệnh viện không chịu trách nhiệm cho tư trang, các đồ vật quý giá hoặc tùy thân của tôi và tôi chịu nhận các rủi ro về mất mát, hoặc thiệt hại đối với tư trang, các đồ vật quý giá hoặc tùy thân của tôi không được để trong két sắt của bệnh viện. Tôi hiểu trách nhiệm có thể có về sự mất mát đối với tư trang, các đồ vật quý giá hoặc tùy thân của tôi có để trong két sắt của bệnh viện để giữ cho an toàn có thể ở mức giới hạn theo luật định tới mức tối đa là năm trăm đô la (\$500.00).

Tôi đã đọc và hiểu các điều khoản về đồ tư trang và các đồ vật quý giá và đồng ý với các điều khoản và điều kiện của nó.

Ký Tắt Vào Đây: X \_\_\_\_\_

Một bản sao của tài liệu này sẽ được giao cho bệnh nhân và bất cứ người nào khác ký tên vào tài liệu này.

KHÔNG THUỘC  
HỒ SƠ Y KHOA

XIN VÚT BỎ

6. **CHẤP THUẬN CHO CHỤP HÌNH:** Tôi chấp thuận cho chụp hình hoặc quay video, trong thời gian được điều trị nhằm các mục đích chẩn đoán, điều trị hoặc cho các hoạt động của bệnh viện, bao gồm duyệt xét của các đồng nghiệp và các chương trình giáo dục hoặc huấn luyện. Tôi hiểu rằng chụp hình cho các mục đích khác (thí dụ, tiếp thị hoặc liên hệ với công chúng) cần phải có sự chấp thuận riêng biệt.
7. **VIỆC THAM GIA TRONG CHƯƠNG TRÌNH GIÁO DỤC Y KHOA VÀ HUẤN LUYỆN LÂM SÀNG:** Tôi hiểu rằng bệnh viện này có tham gia trong các chương trình giảng dạy và trừ khi tôi báo cho bệnh viện biết trái lại trên văn bản, tôi chấp thuận cho điều trị bởi các bác sĩ nội trú, các đồng nghiệp, hoặc sinh viên y khoa, tất cả những người này đều ở dưới sự giám sát thích hợp theo đòi hỏi của các chương trình giáo dục y khoa và huấn luyện lâm sàng của họ.
8. **THAM GIA VÀO VIỆC TRAO ĐỔI THÔNG TIN VỀ SỨC KHỎE (HIE):** Tôi hiểu rằng bệnh viện này có thể tham gia vào việc Trao Đổi Thông Tin về Sức Khỏe (Health Information Exchange - HIE) tại địa phương, khu vực hoặc quốc gia bao gồm, nhưng không giới hạn tới, Hệ Thống Thông Tin Sức Khỏe Quốc Gia (National Health Information Network - NHIN). Sự tham gia của bệnh viện trong HIE nhằm tạo sự thuận tiện cho việc tiếp cận và thu hồi dữ liệu lâm sàng là một phần trong nỗ lực tiếp diễn của bệnh viện để chăm sóc an toàn hơn và đúng lúc hơn, hữu hiệu, hiệu quả, và chú trọng đến bệnh nhân. HIE cũng có thể hữu ích cho các giới chức y tế có thẩm quyền để giúp phân tích về sức khỏe của dân chúng. Thông tin sức khỏe cá nhân theo luật pháp hiện hành đòi hỏi phải có giấy cho phép tiết lộ khác có chữ ký SẼ KHÔNG được chuyển sang HIE mà không có sự chấp thuận của tôi, hoặc mặt khác theo sự bắt buộc của luật pháp hoặc đòi hỏi theo quy định. Để biết thêm chi tiết về HIE, xin xem bản Thông Báo Kết Hợp về Sự Thực Thi Kín Đáo (Joint Notice of Privacy Practice) hoặc gọi Trưởng Ban Tuân Thủ/Quyền Riêng Tư của MemorialCare (MemorialCare Chief Compliance/Privacy Officer) tại số (714) 377-3218.
9. **CÁC QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA BỆNH NHÂN:** Tôi hiểu rằng tôi có các quyền và trách nhiệm chiểu theo luật của tiểu bang và liên bang và bệnh viện sẽ giúp đỡ, bao gồm một thông dịch viên, nếu tôi cần giúp để hiểu các quyền và trách nhiệm này.
10. **GIAO PHÓ TẤT CẢ CÁC QUYỀN VÀ QUYỀN LỢI KHÔNG THỂ RÚT LẠI ĐƯỢC:** Để đổi lấy, và liên kết với, bất cứ và tất cả các dịch vụ đã được cung cấp cho tôi (các dịch vụ) bởi bệnh viện, cho dù tôi ký tên với tư cách là bệnh nhân hoặc đại diện, tôi giao cho bệnh viện mà không rút lại tất cả các quyền của tôi, các quyền lợi, đặc quyền, bảo vệ, đòi bồi thường và các lợi ích thuộc bất cứ loại nào khác, mà không giới hạn, bao gồm thanh toán trực tiếp cho bệnh viện về các dịch vụ, các quyền kháng cáo, quyền đối với các nhiệm vụ ủy thác, các quyền kiện tụng, quyền thanh toán và quyền về các hình phạt hoặc lợi ích (gọi chung là các quyền) mà tôi đã có, đang có hoặc có thể có sau này chiểu theo, hoặc có liên kết với, bất cứ chương trình bảo hiểm nào, chương trình quyền lợi sức khỏe, quỹ tín thác hoặc bất cứ nguồn chi trả nào khác, bảo hiểm, bồi thường hoặc bao trả về sức khỏe hoặc y tế thuộc bất cứ loại nào (gọi chung là Bảo Hiểm Sức Khỏe), để tôi chuyển tất cả và không giữ lại bất cứ Quyền nào trong số này theo bất cứ Bảo Hiểm Sức Khỏe nào mà tôi hiện nay, trước đây hoặc có thể được quyền hưởng trong tương lai. Theo cùng phạm vi được phép chiểu theo việc phân bổ không thể rút lại được các Quyền, Tôi cũng cho phép phân bổ việc chi trả cho (các) bác sĩ về việc điều trị y khoa và các dịch vụ đã được thực hiện trong thời gian tôi nằm viện hoặc chăm sóc với tư cách là bệnh nhân ngoại trú.
- Tôi đồng ý đích thân hợp tác với, và làm tất cả các bước cần thiết, theo đòi hỏi hoặc yêu cầu hợp lý bởi bất cứ chương trình Bảo Hiểm Sức Khỏe nào, để thực hiện, hoàn thiện, xác nhận hoặc hiệu lực hóa việc phân bổ của tôi và/hoặc việc tôi cho phép bệnh viện là đại diện được phép của tôi
- Tôi hiểu rằng mình chịu trách nhiệm tài chánh về các phí tổn không được đài thọ bởi sự giao phó này hoặc cho các phí tổn chưa được công ty bảo hiểm thanh toán trong vòng bốn mươi lăm (45) ngày sau ngày gửi hóa đơn.
11. **THỎA THUẬN TÀI CHÁNH:** Tôi đồng ý, trả ngay cho tất cả các hóa đơn bệnh viện chiểu theo các mức giá đã nêu trong bản mô tả chính về phí tổn hiện nay của bệnh viện, và cùng với các điều kiện và tiêu chuẩn thông thường của bệnh viện bao gồm các chính sách về chăm sóc từ thiện và trả tiền có giảm giá. Tôi hiểu rằng số tiền chưa trả quá ba mươi (30) ngày sau khi trình ra hóa đơn lúc xuất viện hoặc như đã cùng thỏa thuận bởi hợp đồng đệ tam nhân sẽ được coi là trả không đúng hạn. Nếu tài khoản của tôi được đưa cho một luật sư để đòi nợ, tôi sẽ trả cho các lệ phí hợp lý của luật sư và các tiêu tốn của việc đòi nợ. Tôi xác nhận rằng tất cả các tài khoản còn nợ sẽ phải chịu tiền lời ở mức hợp pháp, trừ khi bị cấm đoán bởi pháp luật.
12. **NGHĨA VỤ CỦA CHƯƠNG TRÌNH SỨC KHỎE:** Tôi đã được báo cho biết là bệnh viện vẫn còn giữ một bản danh sách các chương trình sức khỏe mà họ có hợp đồng, danh sách các chương trình đó hiện có theo yêu cầu của Văn Phòng Tài Chánh, và bệnh viện không có hợp đồng, công khai hoặc ngụ ý, với bất cứ chương trình nào không có tên trên bản danh sách. Tôi có trách nhiệm xác định xem các bác sĩ cung cấp dịch vụ cho tôi có hợp đồng với chương trình sức khỏe của tôi hay không, nếu có. Tôi đồng ý trả hết cho phí tổn của tất cả các dịch vụ mà bệnh viện đã làm cho tôi nếu tôi thuộc về một chương trình không có tên trên bản danh sách nêu trên, hoặc nếu các dịch vụ được cung cấp ở đây không được chương trình của tôi đài thọ. Tất cả các bác sĩ và bác sĩ giải phẫu, bao gồm bác sĩ quang tuyến, bác sĩ bệnh học, bác sĩ cấp cứu, bác sĩ thuốc mê, và các bác sĩ khác, sẽ gửi hóa đơn riêng cho các dịch vụ của họ.
13. **CÁC BỆNH NHÂN PHỤ SÀN:** Nếu tôi sanh ra (các) một em bé trong thời gian làm bệnh nhân của bệnh viện này, tôi đồng ý là điều này áp dụng cho các trẻ sơ sinh.
14. **TRUYỀN THÔNG:** Nếu tôi cung cấp một địa chỉ email hay địa chỉ nhắn tin vào bất kỳ lúc nào để sử dụng cho việc liên lạc với tôi thì tôi đồng ý rằng các Nhà Cung Cấp Dịch Vụ có thể gửi cho tôi các hướng dẫn xuất viện và thông tin chăm sóc sức khỏe khác qua địa chỉ email hay nhắn tin đó. Thông tin hướng dẫn xuất viện có thể bao gồm những không giới hạn ở: hướng dẫn chăm sóc sau phẫu thuật, hướng dẫn về việc tái khám bác sĩ, thông tin về chế độ ăn uống và thông tin về thuốc theo toa. Thông tin chăm sóc sức khỏe khác có thể bao gồm những không giới hạn ở: thông tin dành cho gia đình hay các đại diện được chỉ định liên quan đến việc điều trị hay bệnh trạng của tôi, các khảo sát hoặc các thông báo gửi cho tôi để nhắc nhở về các cuộc hẹn chăm sóc y tế.

Một bản sao của tài liệu này sẽ được giao cho bệnh nhân và bất cứ người nào khác ký tên vào tài liệu này.

**KHÔNG THUỘC  
HỒ SƠ Y KHOA**

**XIN VÚT BỎ**

15. **KHẢ NĂNG THI HÀNH:** Nếu bất cứ điều khoản nào trong COA này sau cùng được tòa án phán quyết là không thể thi hành được, phần còn lại của COA này sẽ vẫn có hiệu lực và hiệu quả đầy đủ. COA của bệnh viện này sẽ ràng buộc các bên ở đây, bao gồm các trẻ sơ sinh và những người thừa kế, các đại diện, những người thi hành, các quản trị viên, những người kế vị, và người được giao nhiệm vụ của các bên và trẻ sơ sinh đó.

**Tôi xác nhận là tôi đã đọc và hiểu phần nêu trên, và đã nhận một bản sao. Tôi là một bệnh nhân, đại diện pháp lý của bệnh nhân, hoặc một khác được bệnh nhân cho phép ký tên vào những điều trên, và tôi chấp nhận các điều khoản và điều kiện của nó..**

**THÔNG BÁO: QUA VIỆC KÝ TÊN VÀO BẢN COA NÀY, QUÝ VỊ ĐỒNG Ý ĐƯA RA BẤT CỨ VẤN ĐỀ NÀO VỀ SƠ XUẤT Y KHOA CHO TRỌNG TÀI TRUNG LẬP PHẢN XỬ VÀ QUÝ VỊ TỪ BỎ QUYỀN CỦA MÌNH ĐỂ CÓ PHIÊN XỬ Ở TÒA ÁN HOẶC QUA BỒI THẨM TRƯỞNG KHI QUÝ VỊ ĐÃ TỪ BỎ PHẦN 1 CỦA HỢP ĐỒNG NÀY.**

X

Bệnh Nhân / Cha Mẹ/Người Giám Hộ/Đại Diện

Ngày

Giờ

(Quan hệ nếu Ký tên bởi một người nào khác không phải Bệnh Nhân)

Name of Hospital's Duly Authorized Representative (Please Print)  
Tên của Đại Diện Được Phép Chính Thức của Bệnh Viện (Xin Viết Chữ In)

Representative Signature  
Chữ Ký của Đại Diện

Ngày

Giờ

Xác Nhận Của Thông Dịch Viên: Tôi tuyên bố là đã đọc cho bệnh nhân, và/hoặc đại diện của người này nếu thích hợp, toàn bộ nội dung của tài liệu này bằng ngôn ngữ \_\_\_\_\_, mà bệnh nhân đã yêu cầu sử dụng.

Tên của Thông Dịch Viên (Xin Viết Chữ In)

Chữ Ký của Thông Dịch Viên

Ngày

Giờ

#### XÁC NHẬN LÀ ĐÃ NHẬN

Các Quyền của Bệnh Nhân	<input type="checkbox"/> Cung Cấp Bản Sao	<input type="checkbox"/> Từ Chối Bản Sao	Ký Tắt Vào Đây: <u>X</u>
Thông Tin về Chụp Hình Ngực	<input type="checkbox"/> Cung Cấp Bản Sao	<input type="checkbox"/> Từ Chối Bản Sao	<input type="checkbox"/> Không Áp Dụng
Thông Tin về Ghé Ngồi Trên Xe	<input type="checkbox"/> Cung Cấp Bản Sao	<input type="checkbox"/> Từ Chối Bản Sao	<input type="checkbox"/> Không Áp Dụng

"Chỉ Dùng Trong Nội Bộ"

"Internal Use Only"

Series Account

Một bản sao của tài liệu này sẽ được giao cho bệnh nhân và bất cứ người nào khác ký tên vào tài liệu này.