



Quyền và Trách nhiệm của Bệnh nhân:

Danh sách quyền và trách nhiệm sau đây không được coi là đầy đủ, nhưng nhằm thể hiện mối quan tâm của chúng tôi đối với quý vị và nhấn mạnh sự cần thiết phải tuân thủ các quyền và trách nhiệm này.

Là bệnh nhân, quý vị có quyền...

- Nhận sự chăm sóc chu đáo và tôn trọng trong môi trường an toàn, không bị lạm dụng, quấy rối hay phân biệt đối xử.
- Tham gia vào việc phát triển và triển khai kế hoạch chăm sóc của quý vị và tham gia tích cực vào việc ra quyết định liên quan đến chăm sóc y tế của quý vị. Trong phạm vi được pháp luật cho phép, điều này bao gồm cả quyền yêu cầu và/hoặc từ chối điều trị.
- Theo yêu cầu của quý vị, thông báo kịp thời cho thành viên gia đình, người đại diện được lựa chọn và/hoặc bác sĩ riêng của quý vị về việc quý vị nhập viện.
- Không thực hiện bất kỳ thủ thuật nào trừ khi quý vị hoặc người đại diện được ủy quyền hợp pháp của quý vị đưa ra sự đồng ý tự nguyện, sáng suốt và có hiệu lực.
- Được thông báo kịp thời về bệnh tật, điều trị phù hợp và kết quả tiềm năng của việc chăm sóc (bao gồm cả kết quả không lường trước được) và thảo luận thông tin này với bác sĩ của quý vị. Quý vị có quyền chỉ định người khác nhận thông tin này thay cho quý vị.
- Có đại diện được ủy quyền tiếp nhận bất kỳ cập nhật nào được cung cấp liên quan đến chăm sóc theo lịch trình của bạn. Trong trường hợp khẩn cấp, khi quý vị không có năng lực ra quyết định và nhu cầu điều trị là cấp thiết, thông tin sẽ được cung cấp cho người đại diện của quý vị. Chúng tôi sẽ liên lạc với người đại diện được ủy quyền của quý vị về bất kỳ thay đổi quan trọng nào với tình trạng của quý vị, ví dụ như chuyển lên cấp độ chăm sóc cao hơn hay nhu cầu thực hiện thủ thuật khẩn cấp ngoài dự tính ngay khi chăm sóc lâm sàng cho phép.
- Có chỉ dẫn trước (ví dụ như ủy nhiệm chăm sóc sức khỏe, hiến tạng hay di chúc sống) và nguyện vọng rằng Inova sẽ tôn trọng ý định của chỉ dẫn trong phạm vi được pháp luật và chính sách của cơ sở cho phép.
- Bảo mật hồ sơ điều trị, trừ khi quý vị cho phép tiết lộ thông tin hoặc nếu việc báo cáo là được cho phép hay bắt buộc theo luật.
- Rời khỏi cơ sở, thậm chí là trái với tư vấn của bác sĩ.
- Biết tên của bác sĩ, chuyên gia tâm lý học lâm sàng hoặc bác sĩ khác cso trách nhiệm chính trong việc điều phối chăm sóc, điều trị hoặc dịch vụ của quý vị.
- Được thông báo về các phương án thay thế khi chăm sóc tại cơ sở không còn phù hợp.
- Được bác sĩ thông báo về yêu cầu chăm sóc y tế tiếp tục sau khi tới khám hay xuất viện.
- Tiếp cận dịch vụ dịch thuật miễn phí.
- Được bảo mật thông tin y tế. Việc tiết lộ thông tin về quý vị, quyền của quý vị và nghĩa vụ của chúng tôi liên quan đến việc sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của quý vị được thực hiện theo Thông báo Thực hành Bảo mật của chúng tôi.
- Có người hỗ trợ được chỉ định nếu quý vị có khuyết tật đã được chẩn đoán và cần hỗ trợ và giúp đỡ liên tục vì khuyết tật đó.
- Nếu muốn, quý vị cũng có thể chọn liên lạc với Virginia Department of Health, Office of Licensure and Certification, 9960 Mayland Drive, Suite 401, Richmond, VA 23233 hoặc gọi 800-955-1819. Ngoài ra, quý vị còn có thể liên lạc với Office of Quality Monitoring, The Joint Commission, One Renaissance Blvd., Oakbrook Terrace, IL 60181, hoặc truy cập www.jointcommission.org bằng "Trung tâm Hành động" ở trang chủ của trang web.

Hãy gửi khiếu nại bằng cách gọi đến 703-205-2175, nếu bạn tin rằng Inova không cung cấp được những dịch vụ này hoặc đã phân biệt đối xử về chủng tộc, sắc tộc, xuất xứ quốc gia, tuổi tác, tôn giáo, văn hóa, giới tính, tình dục, bản dạng hoặc biểu hiện giới tính, khuynh hướng tình dục, trạng thái hôn nhân, khuyết tật, trạng thái quân nhân, mang thai hoặc sinh con, hoặc các tình trạng y tế liên quan. Quý vị có thể nộp khiếu nại trực tiếp hoặc qua thư, fax hoặc email. Nếu quý vị cần giúp nộp đơn khiếu nại, nhân viên hoặc quản lý của bộ phận Quan hệ Bệnh nhân sẵn sàng hỗ trợ quý vị.

Là bệnh nhân, quý vị có trách nhiệm:

- Chung cấp thông tin chính xác và hoàn chỉnh về sức khỏe của quý vị, bao gồm bệnh trạng trong quá khứ, số lần điều trị tại cơ sở, việc sử dụng thuốc và các vấn đề khác liên quan đến sức khỏe của quý vị.
- Đặt câu hỏi khi quý vị không hiểu thông tin mà quý vị được cung cấp về chăm sóc của quý vị hay kỳ vọng đối với hành động của quý vị.

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____
 Date of Birth: _____ Medical Record #: _____
 Gender: Male Female

Inova
Quyền và Trách nhiệm của
Bệnh nhân VIETNAMESE

Patient Rights and Responsibilities

IAH IFH IFOH ILH IMVH

Outpatient Location: _____



Là bệnh nhân, quý vị có trách nhiệm: (tiếp tục)

- Tuân theo chăm sóc, dịch vụ hoặc kế hoạch điều trị đã được phát triển cho quý vị.
- Hiểu rõ rằng bệnh nhân không thể chụp ảnh, quay video, ghi hình hay quay phim bất kỳ người nào hay hoạt động tại Inova mà không có sự cho phép trước của Inova. Điều này cũng áp dụng đối với khách viếng thăm của quý vị.
- Hiểu rằng tất cả loại thuốc mà quý vị sẽ sử dụng trong khi điều trị tại cơ sở sẽ được bác sĩ kê thuốc, được Nhà thuốc cơ sở phân phát và được y tá hay chuyên gia trị liệu sử dụng cho quý vị.
 - Bệnh nhân không thể tự uống thuốc của mình, trừ khi được cho phép theo điều lệ của cơ sở.
 - Bệnh nhân không được giữ thuốc ở cạnh giường.
- Thông báo cho bác sĩ nếu quý vị tin rằng quý vị không thể tuân thủ kế hoạch điều trị và hiểu rõ hậu quả tiềm ẩn nếu quý vị quyết định không tuân theo kế hoạch điều trị được đề xuất.
- Cung cấp cho cơ sở thông tin hóa đơn và liên lạc chính xác.
- Có hiểu biết chi tiết về bảo hiểm y tế của mình, bao gồm các khoản khấu trừ, đồng chi trả và phí bảo hiểm mạng lưới.
- Tôn trọng nhân viên. Điều này cũng áp dụng đối với khách viếng thăm của quý vị.
- Tôn trọng những bệnh nhân khác và tài sản của cơ sở và tuân theo quy tắc và quy định của cơ sở. Điều này cũng áp dụng đối với khách viếng thăm của quý vị.
- Hiểu rằng cơ sở không thể chịu trách nhiệm về bất kỳ tài sản cá nhân nào.
- Tuân thủ tất cả các yêu cầu đảm bảo an toàn. Inova không khoan nhượng đối với các trường hợp:
 - Ngôn ngữ hoặc hành vi thành kiến, phân biệt chủng tộc hoặc phân biệt đối xử của bệnh nhân và khách tới thăm.
 - Hủy hoại hoặc không tôn trọng bệnh nhân và khách tới thăm.
 - Hàng lậu hoặc vũ khí dưới bất kỳ hình thức nào do bệnh nhân hoặc người tới thăm mang vào. Các món đồ này bao gồm nhưng không giới hạn ở các loại ma túy bất hợp pháp, dụng cụ tiêm chích ma túy, các chất bị kiểm soát, súng cầm tay, dao, vật sắc nhọn như shiv, dao cạo hoặc dao cắt hộp, bút thử hoặc các dụng cụ khác nhằm mục đích gây hại.

Thông báo về Đồng ý Xét nghiệm Bệnh Truyền nhiễm Ngâm hiểu:

Đoạn 32.1-45.1 Bộ luật Virginia quy định rằng người thực hiện chăm sóc y tế hoặc bệnh nhân tiếp xúc trực tiếp với chất dịch cơ thể của người khác theo cách có thể truyền nhiễm virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV) hay Viêm gan B hoặc C, những người đó được ngâm hiểu là đồng ý tham gia xét nghiệm các loại virus đó và tiết lộ kết quả xét nghiệm cho người tiếp xúc, và sự đồng ý thực tế là không cần thiết.

Đồng ý Điều trị:

- Sau đây tôi cho phép tiến hành điều trị y tế với bác sĩ, nhân viên lâm sàng hoặc nhân viên kỹ thuật được chỉ định cho chăm sóc của tôi hoặc của con ở độ tuổi vị thành niên của tôi hoặc bệnh nhân có tên dưới đây.
- Tôi cho phép bên tiến hành điều trị chỉ thị bất kỳ dịch vụ phụ nào, ví dụ như xét nghiệm phòng thí nghiệm hoặc chụp X-quang, hoặc bất kỳ dịch vụ hoặc điều trị nào khác được cho là cần thiết cho sự an toàn hoặc việc chăm sóc tôi. Xét nghiệm phòng thí nghiệm có thể bao gồm xét nghiệm HIV và tôi hiểu rằng tôi có quyền từ chối xét nghiệm HIV.
- Tôi hiểu rằng Inova sử dụng hệ thống hồ sơ y tế điện tử.
- Tôi cho phép các cơ sở quản lý thuốc hay nhà thuốc tiết lộ tiền sử kê đơn của tôi cho bác sĩ Inova.
- Bằng cách ký tên bên dưới, tôi xác nhận và chấp nhận quyền và trách nhiệm của bệnh nhân nêu trên và đồng ý điều trị.

Bệnh nhân/Người giám hộ/v.v. (chữ ký)
(Patient/Guardian/etc. (signature))

Bệnh nhân/Người giám hộ/v.v. (tên viết in)
(Patient/Guardian/etc. (print name))

Ngày
(Date)

Giờ
(Time)

Quan hệ với Bệnh nhân (nếu bệnh nhân không thể ký tên)
(Relationship to Patient (if not signed by patient))

Nhân chứng (chữ ký)
(Witness (signature))

Nhân chứng (tên viết in)
(Witness (print name))

Ngày
(Date)

Giờ
(Time)

Thông tin Người phiên dịch (Sẽ được Nhân viên của Inova hoàn thành, nếu có): Không cần Phiên dịch viên
Interpreter Information (To be completed by Inova staff, if applicable): No Interpreter Required

In person Telephonic Video Interpreter name/ID number (if applicable) _____

Patient/Designated Decision Maker was offered and refused interpreter Waiver signed

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Medical Record # _____

Gender: Male Female

Inova

Quyền và Trách nhiệm của Bệnh nhân

Patient Rights and Responsibilities

VIETNAMESE

