

**ĐIỀU TRỊ Y TẾ:** Tôi, người ký tên dưới đây đồng ý và cho phép bác sĩ điều trị của tôi và những người được chỉ định của bác sĩ, Trung Tâm Y Tế Valley và các nhân viên của trung tâm này cùng tất cả những người khác đang chăm sóc tôi được cung cấp cho tôi dịch vụ điều trị và chăm sóc được cho là cần thiết và có sẵn trong thời gian tôi điều trị tại Mạng Lưới Bệnh Viện hoặc Phòng Khám, các dịch vụ điều trị và chăm sóc này bao gồm nhưng không giới hạn ở các xét nghiệm, kiểm tra, thuốc gây mê, chụp quang tuyến X, các điều trị y tế và phẫu thuật, và các thủ tục cần thiết khác. Tôi hiểu rằng qua việc ký tên vào Bản Chấp Thuận này, tôi sẽ cho phép họ điều trị cho tôi trong thời gian tôi được chăm sóc tại Trung Tâm Y Tế Valley hoặc cho đến khi tôi rút lại bản chấp thuận này bằng văn bản.

Tôi hiểu rằng việc chăm sóc tôi được thực hiện dưới sự kiểm soát của các bác sĩ tham gia điều trị cho tôi, họ có thể không phải là nhân viên hoặc đại diện của Trung Tâm Y Tế Valley, nhưng họ có thể là các bác sĩ độc lập, và tôi hiểu rằng Trung Tâm Y Tế Valley không chịu trách nhiệm đối với các hành động hoặc thiếu sót của họ hoặc bất kỳ hành động hoặc thiếu sót nào xuất phát từ việc làm theo chỉ dẫn của họ. Tôi biết rằng thực hành y học không phải là ngành khoa học chính xác và tôi biết rằng tôi sẽ không nhận sự đảm bảo hay lời hứa hẹn nào về kết quả điều trị hoặc kiểm tra tại Trung Tâm Y Tế Valley.

Trong trường hợp có nhân viên y tế bị phơi nhiễm với máu hoặc dịch cơ thể của tôi theo cách thức mà có thể gây ra nguy hiểm truyền nhiễm qua đường máu trong thời gian tôi đang nằm viện, khám bệnh tại văn phòng hoặc đang thực hiện thủ tục ngoại trú, tôi đồng ý được xét nghiệm HIV miễn phí để nhân viên y tế đó có thể được điều trị kịp thời. Tôi cho phép tiết lộ thông tin này cho nhân viên y tế bị phơi nhiễm và nhà cung cấp dịch vụ y tế của nhân viên đó.

**HÌNH ẢNH:** Tôi cho phép chụp ảnh, sao chép và sử dụng những hình ảnh liên quan đến việc chẩn đoán, chăm sóc và điều trị của tôi (bao gồm các thủ tục phẫu thuật) tại Trung Tâm Y Tế Valley với điều kiện là không được tiết lộ danh tính của tôi. Các hình ảnh có thể bao gồm việc sử dụng các băng ghi hình, truyền hình và hình ảnh kỹ thuật số. Những hình ảnh này có thể được đưa vào hồ sơ y tế.

**CHẤP THUẬN VIỆC ĐIỀU TRỊ DO SINH VIÊN Y KHOA CHUYÊN NGÀNH THỰC HIỆN:** Là một phần trong chính sách đào tạo y tế liên tục, Trung Tâm Y Tế Valley có các sinh viên y khoa, điều dưỡng và các trợ y đứng quan sát hoặc tham gia vào việc chăm sóc cho các bệnh nhân của trung tâm. Tôi hiểu rằng điều này có thể bao gồm các thủ tục phẫu thuật, thủ tục chụp quang tuyến X, các xét nghiệm mô và những vấn đề khác trong dịch vụ chăm sóc của tôi. Tôi cũng hiểu rằng tại mọi thời điểm các hoạt động này sẽ được đặt dưới sự giám sát và phê duyệt của các bác sĩ và/hoặc các chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cấp phép khác và sẽ ở mức độ được cho là phù hợp và cần thiết, và tôi đồng ý cho các sinh viên y khoa và các trợ y đứng quan sát và tham gia vào dịch vụ chăm sóc y tế dành cho tôi trong thời gian tôi là bệnh nhân tại Trung Tâm Y Tế Valley.

**THÔNG BÁO CHO CÁC BỆNH NHÂN SẢN KHOA:** Sự ủy quyền của tôi ngày hôm nay đối với việc chăm sóc cho tôi và cho con tôi sẽ được áp dụng cho dịch vụ chăm sóc mà tôi có thể nhận ngày hôm nay cũng như trong thời gian tới liên quan đến thai kỳ hiện tại của tôi, cho đến khi và bao gồm cả việc sinh nở của tôi.

**CÁC QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA BỆNH NHÂN:** Tôi xác nhận là đã nhận được bản rút gọn của tài liệu Quyền và Trách Nhiệm của Bệnh Nhân và hiểu rằng tôi sẽ được cung cấp một bản hoàn chỉnh theo yêu cầu.

**THÔNG BÁO CHO CÁC BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ:** Nếu buổi thăm khám hôm nay nhằm cung cấp các biện pháp điều trị ngoại trú, quý vị cần cho phép việc chăm sóc ngoại trú và các dịch vụ ngoại trú tại khoa này mỗi năm một lần theo lịch.

**NHẬN THU ĐIỆN TỬ:** Tôi xác nhận rằng việc tôi cung cấp địa chỉ e-mail mình là chỉ cho phép Trung Tâm Y Tế Valley gửi cho tôi những quảng cáo về y tế và thông báo việc chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân. Thông tin của tôi sẽ không được bán hoặc tiết lộ cho bất kỳ bên thứ ba nào.

**CHỈ THỊ TRƯỚC/DI CHỨC SỐNG:** Tôi xác nhận đã nhận được thông tin liên quan đến Chỉ Thị Trước và Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe.

**TÀI SẢN CỦA BỆNH NHÂN:** Tôi biết rằng Trung Tâm Y Tế Valley không chịu trách nhiệm đối với sự mất mát hoặc hư hỏng của bất kỳ tài sản cá nhân nào trừ khi những tài sản đó được cất giữ trong kết sắt.

**TÔI XÁC NHẬN RẰNG TÔI ĐÃ ĐỌC NHỮNG THÔNG TIN TRÊN ĐÂY VÀ HIỂU NỘI DUNG CỦA NHỮNG THÔNG TIN NÀY.**

**TÔI ĐÃ ĐƯỢC GIẢI ĐÁP THẮC MẮC MỘT CÁCH THỎA ĐÁNG. TÔI CHẤP THUẬN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ VÀ CHĂM SÓC TẠI TRUNG TÂM Y TẾ VALLEY.**

**TÔI XÁC NHẬN ĐÃ NHẬN ĐƯỢC THÔNG BÁO VỀ CÁC QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA BỆNH NHÂN VÀ THÔNG TIN LIÊN QUAN ĐẾN CHỈ THỊ TRƯỚC.**

SIGNATURE (PATIENT OR PERSON AUTHORIZED TO GIVE AUTHORIZATION)

Date

If signed by person other than patient, relationship to patient:

If Patient unable to sign, reason:

Verbal Obtained? No Yes

Patient Label

**UW Medicine**  
Valley Medical Center  
**Consent to Care and Treat**  
201193 Rev. 0 10/08/2014

Vietnamese