

7001 Corporate Dr. Ste 120, Houston, TX 77036  
PHONE: 713-773-0803 FAX: 713-271-5422  
**TELEHEALTH CONSENT FORM**  
**TỜ ĐỒNG Ý THAM GIA KHÁM BỆNH QUA MẠNG**

Patient Name/Tên bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Account No. \_\_\_\_\_

Address/Địa chỉ: \_\_\_\_\_

City/Thành phố: \_\_\_\_\_ State/Tiểu bang: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

DOB/Ngày tháng năm sinh: \_\_\_\_\_ Sex/Giới tính: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Những thông tin sau đây được cung cấp cho các khách hàng đang cần dịch vụ khám bệnh qua mạng (Telehealth/Telemedicine) với phòng khám HOPE (AAHC). Chứng từ này bao gồm các quyền, rủi ro và lợi ích của quý vị liên quan đến việc sử dụng dịch vụ, các chính sách và việc ủy quyền của quý vị. Xin vui lòng đọc thật kỹ, ghi chú lại những câu hỏi mà quý vị muốn hỏi thêm và ký tên.

Telehealth sử dụng công nghệ viễn thông tiên tiến để điều trị bệnh trực tuyến bao gồm: đánh giá, chẩn đoán, tư vấn và điều trị các triệu chứng bệnh, có thể bao gồm việc sử dụng âm thanh tương tác, hình ảnh hoặc các phương tiện điện tử khác. Với phương cách này, Telehealth cho phép bác sĩ nhìn và giao tiếp với bệnh nhân trong cùng một thời gian.

**Đồng ý cho việc điều trị:**

Tôi tình nguyện yêu cầu các bác sĩ và nhân viên y tế của Phòng Khám HOPE cũng như các cộng sự, thực tập sinh, trợ lý kỹ thuật và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác (“HOPE Clinic Telehealth Providers”) tham gia vào việc chăm sóc sức khỏe của tôi khi cần thiết thông qua việc sử dụng telehealth.

Tôi hiểu rằng các nhân viên y tế Telehealth tại Phòng khám HOPE có thể (i) làm việc tại các địa điểm khác nhau, không cùng nơi mà tôi đã đến thăm khám, (ii) có thể không có cơ hội khám trực tiếp trên người tôi, và (iii) dựa vào những thông tin mà tôi cung cấp. Như vậy, do bản chất của công nghệ nghe nhìn, những hạn chế của công nghệ âm thanh/hình ảnh có thể làm hạn chế các yếu tố kiểm tra thể chất được thực hiện trong quá trình thăm/khám bệnh cho tôi. Tôi xác nhận rằng tôi có trách nhiệm cung cấp thông tin về tiền sử bệnh, tình trạng và việc điều trị trước đây đầy đủ và chính xác trong khả năng hiểu biết của mình. Tôi hiểu rằng việc chẩn đoán trong y học không thể có sự chính xác tuyệt đối và không thể có sự bảo đảm về kết quả hoặc các cách chữa bệnh.

**Những hạn chế có thể xảy ra:** Trong trường hợp các bác sĩ Telehealth tại Phòng khám HOPE cho rằng dịch vụ Telehealth không đáp ứng đầy đủ nhu cầu y tế của tôi, họ có thể yêu cầu chuyển sang khám trực tiếp. Trong trường hợp buổi Telehealth bị gián đoạn do sự cố công nghệ hoặc lỗi thiết bị, trong trường hợp đó có thể bổ sung phương tiện truyền thông, hoặc việc đến khám trực tiếp có thể là cần thiết. Nếu tôi gặp vấn đề khẩn cấp, chẳng hạn như phản ứng xấu với bất kỳ điều trị nào hoặc các triệu chứng trở nên nặng thêm sau khi điều trị qua Telehealth, tôi nên báo cho bác sĩ điều trị của mình và trong trường hợp khẩn cấp, gọi số 911, hoặc đến khoa cấp cứu bệnh viện gần nhất

**Các lợi ích (dự kiến) bao gồm:** Nâng cấp việc chăm sóc y tế bằng việc bệnh nhân vẫn ngồi ở nhà, được khám bệnh qua mạng từ xa trong khi bác sĩ đang ở một địa điểm khác; Đánh giá và quản lý y tế hiệu quả hơn; Có được chuyên môn của một bác sĩ đang ở xa.

**Những rủi ro có thể xảy ra:** Cũng như bất kỳ các thủ tục y tế, việc sử dụng Telehealth cũng sẽ có những rủi ro tiềm ẩn. Những rủi ro này bao gồm, nhưng không giới hạn: Trong một số ít các trường hợp, thông tin được truyền tải không được đầy đủ (ví dụ như độ phân giải của hình ảnh thấp, hình không rõ) không cho phép bác sĩ và người chuyên môn có được quyết định y tế phù hợp. Việc hỏng hóc hoặc thiếu hụt của các thiết bị có thể gây nên sự chậm trễ trong việc đánh giá và điều trị y tế. Các trường hợp rất hiếm, rủi ro trong giao thức bảo mật, gây ra sự vi phạm quyền riêng tư của thông tin y tế cá nhân; • Trong một số ít trường hợp, việc thiếu quyền truy cập vào hồ sơ y tế đầy đủ, có thể dẫn đến những bất lợi do thuốc phản ứng hoặc dị ứng thuốc hoặc những lỗi khi đánh giá.

**Đồng ý cho xem thông tin:** Nhằm tạo điều kiện cung cấp dịch vụ chăm sóc và/hoặc điều trị thông qua Telehealth, Tôi tự nguyện yêu cầu và cho phép các bác sĩ Telehealth của Phòng khám HOPE được xem tất cả và bất kỳ phần nào trong hồ sơ bệnh án của tôi (kể cả những thông tin truyền miệng). Tôi hiểu và đồng ý rằng những thông tin mà tôi đồng ý cho xem có thể bao gồm: 1) Kết quả xét nghiệm AIDS/HIV, việc chẩn đoán, điều trị, và những thông tin liên quan; 2) Kết quả xét nghiệm và các thông tin về việc sử dụng thuốc và rượu và cách điều trị; 3) Thông tin về sức khỏe tâm thần; và 4) Thông tin về gen di truyền.

Tôi hiểu rằng việc các bác sĩ Telehealth tại phòng khám HOPE có được những thông tin về y tế của tôi, bao gồm âm thanh và/hoặc hình ảnh được truyền tải bằng điện tử. Mặc dù các biện pháp phòng ngừa được thực hiện để bảo vệ tính bảo mật của thông tin này bằng cách ngăn chặn việc vào xem trái phép, Tôi hiểu rằng việc truyền dữ liệu điện tử, hình ảnh video và âm thanh là công nghệ mới và đang phát triển, những truy cập bất hợp pháp và không đúng cách có thể xâm phạm tính bảo mật do sự thất bại của các biện pháp bảo vệ an ninh.

**Hệ thống bảo mật:** Phòng khám HOPE thường xuyên sử dụng công nghệ âm thanh và video an toàn trên nền của chương trình eClinical Works. Tôi đồng ý chịu trách nhiệm hoàn toàn về bảo mật tất cả thông tin của việc điều trị trên máy tính của tôi hoặc thiết bị điện tử tại nhà riêng của mình. Tôi hiểu rằng tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm duy trì tính bảo mật nghiêm ngặt của thông tin người dùng: tài khoản đăng nhập, mật khẩu và/hoặc thông tin kết nối. Tôi sẽ không cho phép người khác sử dụng tài khoản đăng nhập hoặc thông tin kết nối của mình để truy cập dịch vụ. Tôi cũng hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm sử dụng công nghệ này ở một vị trí an toàn và riêng tư để những người khác không thể nghe thấy cuộc đàm thoại của tôi.

Tôi hiểu rằng buổi khám bệnh trên mạng sẽ không được quay phim và tất cả các thông tin đều không được tiết lộ, tất cả các văn bản và hồ sơ liên quan đều được giữ bí mật, không được tiết lộ nếu không có sự cho phép bằng văn bản của tôi, trừ khi có yêu cầu từ pháp luật.

**Đồng ý về việc lấy hình ảnh:** Tôi hiểu rằng đôi khi bác sĩ và các cộng sự cần phải lấy hình ảnh trong buổi khám Telehealth nhằm giúp bác sĩ và cộng sự xác nhận sự tham gia của tôi và những hình ảnh xác nhận tình trạng bệnh của tôi (ví dụ như phát ban). Những hình ảnh này chỉ được sử dụng cho mục đích làm tài liệu trong hồ sơ bệnh của tôi và không được lưu lại trên hồ sơ riêng của bác sĩ hoặc nhân viên. Tôi đồng ý với những hình ảnh cho mục đích này trong suốt buổi khám Telehealth của tôi.

Tôi xác nhận rằng biểu mẫu này đã được giải thích đầy đủ cho tôi, tôi đã đọc hoặc đã được đọc cho nghe. Tôi hiểu nội dung của tờ đồng ý này cũng như đồng ý với các thông tin trên.

---

Time/Thời gian

---

Date/Ngày tháng

---

Signature of Patient or Responsible Party (Parent or legal guardian)

*Chữ ký của bệnh nhân hoặc người chịu trách nhiệm (phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp)*

---

Signature of Interpreter/Provider using Telephone Translation Services

*Chữ ký của người phiên dịch/Nhà cung cấp sử dụng dịch vụ phiên dịch qua điện thoại.*

---

Time/Thời gian

---

Date/Ngày tháng