



Đồng Ý Điều Trị

Tên Bệnh Nhân: _____ Ngày Sinh: _____

Giấy Đồng Ý Điều Trị: Tôi (hoặc người ký tên dưới đây thay mặt cho bệnh nhân) tự nguyện đồng ý cho Bác Sĩ và/hoặc nhân viên của Astrana Care cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bao gồm các quy trình chẩn đoán và điều trị thông thường, đơn thuốc, hình thức điều trị ngoại trừ liên tục, theo nhu cầu mà các Bác Sĩ của Astrana Care xác định là cần thiết. Tôi sẽ được thông báo và yêu cầu quyền ra quyết định điều trị có thể tự do chấm dứt quá trình điều trị với Astrana Care vào bất kỳ lúc nào.

Cung Cấp Thông Tin: Theo đây, tôi **đồng ý cho Astrana Care** cung cấp bất kỳ thông tin y tế cần thiết nào cho công ty bảo hiểm của tôi hoặc các đại lý của công ty để làm thủ tục thanh toán. Việc cung cấp kết quả xét nghiệm HIV, điều trị tâm thần và điều trị rối loạn sử dụng hóa chất/rượu sẽ cần có một giấy ủy quyền riêng biệt và cụ thể.

Chuyển Giao Quyền Lợi Bảo Hiểm: Theo đây, tôi chuyển giao quyền lợi y tế và/hoặc **phẫu thuật**, bảo hiểm, cũng các quyền lợi từ chương trình chăm sóc sức khỏe cho **Astrana Care**. Bản sao của bản chuyển giao này có **giá trị như bản gốc**.

Thỏa Thuận Tài Chính: Tôi hiểu rằng tôi có **trách nhiệm** thanh toán tất cả các khoản chi phí và đồng thanh toán mà công ty bảo hiểm không chi trả, ngoại trừ những khoản đã được miễn trừ theo hợp đồng giữa công ty bảo hiểm của tôi với Astrana Care. Nếu tài khoản của tôi được chuyển đến luật sư để thu hồi nợ hoặc chuyển cho một cơ quan thu hồi nợ thì người ký đơn sẽ chịu toàn bộ chi phí pháp lý và chi phí hồi phục phát sinh. Tất cả các khoản nợ quá hạn sẽ bị tính lãi suất tối đa theo luật của **Tiểu Bang California**.

Xác Nhận: Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc hoặc đã được đọc toàn bộ nội dung trên và đã nhận được một bản sao để lưu giữ. Với tư cách là bệnh nhân, người giám hộ, người bảo hộ hoặc tổng đại lý của bệnh nhân, tôi đồng ý tuân thủ các **điều khoản nêu trên**.

Nếu người ký không phải là bệnh nhân, vui lòng ghi rõ mối quan hệ: _____

Chữ ký của Khách Hàng: _____ Ngày: _____

Chữ Ký của Người Làm Chứng: _____ Ngày: _____