



Tên của Bệnh Nhân (Tên, Tên Đệm, Họ): _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____

Số Điện Thoại Liên Lạc Chính: _____ Số thay thế: _____ Số nơi làm việc: _____

Email : _____

Ngày Sinh: _____ / _____ / _____ Giới tính: Nam Nữ Số SS (không bắt buộc): _____

Tình Trạng Hôn Nhân: Độc Thân Đã Kết Hôn Đã Ly Hôn Góa Nghề Nghiệp: _____

Tên của Vợ/Chồng: _____

Ngày Sinh của Vợ/Chồng: _____ / _____ / _____ Số Điện Thoại Liên Lạc Chính: _____ Số thay thế: _____

Người Liên Hệ Khẩn Cấp: _____ Quan hệ: _____ Số điện thoại: _____

Bác Sĩ Chăm Sóc Chính: _____ Số điện thoại: _____

Bác Sĩ Giới Thiệu: _____ Số điện thoại: _____

Nhóm chủng tộc nào là gần nhất với bệnh nhân?

- Người Mỹ Gốc Phi Người Châu Á Người Capcaz Người Gốc Tây Ban Nha
 Người Mỹ Bản Xứ Người Hawaii Bản Xứ Người Đảo Thái Bình Dương Khác: _____ (Vui Lòng Nêu Rõ)

Sắc tộc: Sắc tộc của bệnh nhân là gì? Người Gốc Tây Ban Nha hoặc Mỹ Latinh Không Phải Người Gốc Tây Ban Nha hoặc Mỹ Latinh

Ngôn ngữ ưu tiên của bệnh nhân là gì? Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Khác: _____ (Vui Lòng Nêu Rõ)

***** **THÔNG TIN BẢO HIỂM** *****

Bảo Hiểm Chính: _____ Số Hợp Đồng/ID _____

Tên của Chủ Hợp Đồng Bảo Hiểm: _____ Ngày Sinh: ___/___/___ Nhóm/Số Tài Khoản: _____

Nhà tuyển dụng: _____ Địa Chỉ của Chủ Lao Động: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____ Số điện thoại nơi làm việc: _____

Bảo Hiểm Phụ: _____ Số Hợp Đồng/ID: _____

Tên của Chủ Hợp Đồng Bảo Hiểm: _____ Ngày Sinh: ___/___/___ Nhóm/Số Tài Khoản: _____

Nhà tuyển dụng: _____ Địa Chỉ của Chủ Lao Động: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____ Số điện thoại nơi làm việc: _____

TIỀN SỬ BỆNH HIỆN TẠI

Ngày Hôm Nay: _____

Họ Tên Tên Đệm Ngày SinhChúng tôi có thể cảm ơn ai đã giới thiệu quý vị đến với UPNT? Bản Thân Bạn Bè Bác Sĩ: _____

Bác Sĩ Chăm Sóc Chính: _____ Bác Sĩ Tiết Niệu Trước Đây: _____

LÝ DO THĂM KHÁM: _____

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> PSA cao | <input type="checkbox"/> Tiền sử ung thư thận | Có máu trong nước tiểu: <input type="checkbox"/> Khả kiến <input type="checkbox"/> Không khả kiến |
| <input type="checkbox"/> Rối loạn chức năng cương dương | <input type="checkbox"/> Nhiễm trùng đường tiểu | <input type="checkbox"/> BPH hoặc các triệu chứng bài tiết nam hoặc |
| <input type="checkbox"/> Tiền sử ung thư bàng quang | <input type="checkbox"/> Vô sinh | Mất tự chủ tiêu tiểu hoặc các triệu chứng bài tiết nữ |
| <input type="checkbox"/> Cắt ống dẫn tinh | <input type="checkbox"/> Tiền sử ung thư tuyến tiền liệt | <input type="checkbox"/> Khác (vui lòng nêu rõ): _____ |
| <input type="checkbox"/> Sỏi thận | <input type="checkbox"/> Đau bụng hoặc hông | |

Ngày gần đúng bắt đầu xuất hiện các triệu chứng hoặc quý vị nhận biết vấn đề lần đầu tiên?

Ngày: _____ hoặc _____ ngày tuần tháng cách đây năm

Mô tả bất kỳ sự điều trị nào trước đây (thuốc, phẫu thuật, v.v.) trước lần thăm khám này đối với vấn đề này: _____

DỊ ỨNG

(Bao gồm với thuốc, thức ăn, và/hoặc thuốc nhuộm X quang, v.v.) hoặc KHÔNG CÓ DỊ ỨNG NÀO ĐÃ BIẾT

Tên của tác nhân gây dị ứng	Dạng phản ứng
1	
2	
3	

CÁC THUỐC HIỆN TẠI

(Bao gồm thuốc theo toa, thuốc mua tự do, và thảo dược. Đính kèm thêm tờ nếu cần.) hoặc KHÔNG CÓ

Tên Thuốc	Liều dùng	Thuốc này được sử dụng bao lâu một lần?	Lý do dùng thuốc?	Bác sĩ kê toa
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				

TIỀN SỬ BỆNH HIỆN TẠI

Ký Tắt của Bệnh Nhân: _____

NHÀ THUỐC (Liệt kê nhà thuốc được sử dụng thường xuyên nhất để mua thuốc theo toa)

Tên: _____ Điện thoại #: _____ Fax #: _____

Địa chỉ: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang/Mã zip: _____

BỆNH TRẠNG (Bao gồm các bệnh trạng trong quá khứ và hiện tại, chọn hộp thích hợp)

Bệnh trạng	CÓ	Đã giải quyết	Ngày Khởi Bệnh	Bác sĩ chuyên khoa (nếu phù hợp)
Suyễn				
Vấn Đề Về Xuất Huyết				
Ung thư bất kỳ cơ quan nào (nêu rõ)				
Suy tim xung huyết				
Bệnh tiểu đường				
Tăng cholesterol				
Khí thũng, COPD, hoặc các vấn đề về phổi				
Tăng nhãn áp				
Nhồi máu cơ tim				
Cao huyết áp (tăng huyết áp)				
HIV/AIDS				
Nhịp tim không đều				
Suy thận				
Sỏi thận				
Bệnh gan (viêm gan B hoặc C)				
Bệnh tâm lý hoặc tâm thần				
Cơ giật				
Đột quy hoặc TIA				
Bệnh tuyến giáp				
Loét dạ dày hoặc ruột				

Quý vị có từng mắc bất kỳ bệnh trạng nghiêm trọng nào khác không được ghi chú bên trên hay không? Nếu có, vui lòng liệt kê: _____

PHẪU THUẬT TRONG QUÁ KHỨ (Bao gồm tất cả các trường hợp phẫu thuật trong đời quý vị. Đính kèm thêm tờ nếu cần.) hoặc

KHÔNG CÓ

Loại Phẫu Thuật	Ngày (gần đúng)	Bệnh Viện hoặc Thành Phố nếu biết
1		
2		
3		
4		
5		
6		

TIỀN SỬ BỆNH HIỆN TẠI

Ký Tắt của Bệnh Nhân: _____

NHẬP VIỆN KHÁC (Bao gồm tất cả các trường hợp nhập viện không phải phẫu thuật) hoặc **KHÔNG CÓ**

Lý Do Nằm Viện	Ngày (gần đúng)	Bệnh Viện hoặc Thành Phố nếu biết
1		
2		
3		
4		
5		

TIỀN SỬ GIA ĐÌNH

Trong gia đình quý vị có tiền sử:	Không	Có	(Những) người thân bị ảnh hưởng
Bệnh tiểu đường			
Nhồi máu cơ tim			
Ung thư thận			
Sỏi thận			
Ung Thư Tuyến Tiền Liệt			
Bệnh nghiêm trọng khác			

TIỀN SỬ NGHIỆN RƯỢU

Quý vị có từng được chẩn đoán mắc chứng nghiện rượu chưa? Có Không
 Hiện nay quý vị có uống rượu thường xuyên không? Có Không bao giờ/hiếm khi
 Nếu có, khoảng bao nhiêu ly mỗi tuần (bia, rượu vang, hoặc rượu mạnh) _____

TIỀN SỬ LẠM DỤNG MA TÚY

Quý vị có từng tiêm ma túy chưa? Có Không

TIỀN SỬ SỬ DỤNG THUỐC LÁ

Quý vị có đang hút thuốc lá không? Có Không
 Quý vị có từng hút thuốc lá không? Có Không
 * Nếu có, tôi đã hút trung bình _____ gói/ngày trong _____ năm. Tôi đã bỏ vào _____ (năm)

Quý vị có sử dụng các sản phẩm thuốc lá khác không? Có Không

* Nếu có, hãy cho biết rõ: _____

CHẾ ĐỘ ĂN UỐNG VÀ TẬP THỂ DỤC

Quý vị có tuân theo một chế độ ăn uống đặc biệt không? Có Không Nếu có, vui lòng giải thích: _____

Quý vị có thường xuyên tập thể dục không? Có Không Nếu có, bao nhiêu lần mỗi tuần: _____

Quý vị thực hiện hoạt động tập thể dục gì thường xuyên nhất? _____

ĐÁNH GIÁ CƠN ĐAU

Quý vị có bị đau không? Có Không Nếu có, vị trí đau: _____

Nếu có, vui lòng đánh giá mức đau trung bình của quý vị trên thang điểm từ 0 (không đau) đến 10 (vô cùng đau): _____

LƯỢC SỬ QUAN HỆ XÃ HỘI

Tình Trạng Hôn Nhân: Độc Thân Đã Kết Hôn Đã Ly Hôn Góa

Nghề nghiệp (Nếu nghỉ hưu, cho biết nghề nghiệp trước đó): _____

TIỀN SỬ BỆNH HIỆN TẠI

Ký Tắt của Bệnh Nhân: _____

ĐÁNH GIÁ CÁC HỆ CƠ QUAN

(Các Triệu Chứng Hiện Tại hoặc Gần Đây)

Thể tạng

- Sốt Có Không
 Rét run Có Không
 Tăng cân trên 10 cân Anh. Có Không
 Sụt cân trên 10 cân Anh. Có Không

Tai/Mũi/Họng/Miệng

- Mất thính lực Có Không
 Khó nuốt Có Không
 Chảy máu cam Có Không
 Khan tiếng Có Không

Hô hấp (phổi)

- Khò khè Có Không
 Ho thường xuyên Có Không
 Hụt hơi Có Không
 Ho ra máu Có Không

Tim mạch

- Đau ngực, tức ngực Có Không
 Đánh trống ngực Có Không
 Đau bắp chân khi tập thể dục Có Không
 Hụt hơi Có Không
 Sưng chân/mắt cá Có Không

Dạ dày-ruột

- Đau Bụng Có Không
 Buồn nôn, ói mửa Có Không
 Tiêu chảy Có Không
 Táo bón Có Không
 Máu trong phân Có Không

Sinh dục-niệu

(Chỉ điền nếu không phải là lý do thăm khám)

- Đau khi tiểu Có Không
 Tiểu thường xuyên Có Không
 Tiểu gấp Có Không
 Máu trong nước tiểu Có Không
 Dòng nước tiểu yếu Có Không
 Gắng tiểu Có Không
 Dòng nước tiểu gián đoạn Có Không
 Mất tự chủ Có Không
 Tiểu không hết Có Không
 Rối loạn chức năng cương dương Có Không

Máu/Bạch Huyết

- Sưng hạch bạch huyết Có Không
 Dễ chảy máu Có Không

Nội tiết (tuyến nội tiết)

- Rất khát Có Không
 Không chịu được lạnh hoặc nóng Có Không
 Mệt mỏi quá mức Có Không
 Bệnh tuyến giáp Có Không

Tiêm chủng

- Quý vị đã được tiêm phòng cúm trong năm vừa qua chưa?
 Có Không Ngày Gần Đúng: _____
 Quý vị có từng được tiêm vắc xin viêm phổi chưa?
 Có Không Ngày Gần Đúng: _____

Cơ xương

- Đau khớp Có Không
 Đau cổ Có Không
 Đau lưng Có Không
 Yếu cơ Có Không

Biểu bì (các vấn đề về da)

- Phát ban không rõ nguyên nhân Có Không
 Nổi nốt thường xuyên Có Không

Thần kinh (hệ thần kinh)

- Cơ giật Có Không
 Chóng mặt Có Không
 Tê đầu chi Có Không
 Té ngã thường xuyên Có Không

Tâm lý

- Trầm cảm Có Không
 Lo âu nghiêm trọng Có Không

Mắt

- Mắt mờ Có Không
 Song thị Có Không
 Tiền sử tăng nhãn áp Có Không
 Đục thủy tinh thể chưa điều trị Có Không
 Bệnh võng mạc Có Không

Chiều cao (inch) _____

Cân nặng (cân Anh) _____

Chữ Ký của Bệnh Nhân _____



THÔNG BÁO VỀ CÁC BIỆN PHÁP BẢO VỆ QUYỀN RIÊNG TƯ CỦA NHÀ CUNG CẤP

*THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ CÁCH THỨC THÔNG TIN Y TẾ VỀ QUÝ VỊ
CÓ THỂ ĐƯỢC SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ NHƯ THỂ NÀO VÀ QUÝ VỊ CÓ THỂ TIẾP CẬN
THÔNG TIN NÀY BẰNG CÁCH NÀO. VUI LÒNG ĐỌC KỸ THÔNG BÁO NÀY.*

Urology Partners of North Texas, PLLC phải bảo mật thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị và gửi thông báo này cho quý vị, thông báo này mô tả các trách nhiệm pháp lý và các biện pháp bảo mật của chúng tôi liên quan đến thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị. Chúng tôi phải tuân thủ các biện pháp bảo vệ quyền riêng tư như mô tả trong thông báo này. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về thông báo này, vui lòng liên lạc với Viên Chức Phụ Trách Quyền Riêng Tư của chúng tôi.

Nghĩa Vụ của Chúng Tôi

Pháp luật quy định chúng tôi phải:

- Bảo mật thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị.
- Gửi thông báo này cho quý vị về các nghĩa vụ pháp lý và các biện pháp bảo vệ quyền riêng tư của chúng tôi liên quan đến thông tin sức khỏe về quý vị.
- Tuân thủ các điều khoản của thông báo đang có hiệu lực.

Chúng Tôi Có Thể Sử Dụng Và Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Như Thế Nào

Nội dung sau đây mô tả các cách chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe nhận dạng quý vị ("Thông Tin Sức Khỏe"). Trừ các mục đích được mô tả bên dưới, chúng tôi sẽ chỉ sử dụng và tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe khi có sự cho phép bằng văn bản của quý vị. Quý vị có thể rút lại sự cho phép như thế vào bất kỳ lúc nào bằng văn bản gửi cho Viên Chức Phụ Trách Quyền Riêng Tư của chúng tôi.

Để Điều Trị. Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe để điều trị cho quý vị và cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe liên quan đến việc điều trị cho quý vị. Ví dụ, chúng tôi có thể tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe cho bác sĩ, y tá, kỹ thuật viên, hoặc nhân sự khác, bao gồm những người bên ngoài phòng khám của chúng tôi, là những người tham gia chăm sóc y tế cho quý vị và cần thông tin đó để cung cấp sự chăm sóc y tế cho quý vị. Chúng tôi cũng có thể sử dụng Thông Tin Sức Khỏe của quý vị để thu thập thông tin lược sử kê toa thời gian thực.

Để Thanh Toán. Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe để chúng tôi hoặc các bên khác có thể lập hóa đơn và thu tiền từ quý vị, công ty bảo hiểm, hoặc bên thứ ba cho sự điều trị và các dịch vụ quý vị đã nhận. Ví dụ, chúng tôi có thể cung cấp thông tin về quý vị cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị để họ sẽ thanh toán chi phí điều trị của quý vị.

Cho Hoạt Động Chăm Sóc Sức Khỏe. Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe để bao gồm cả dữ liệu nhân khẩu và thông tin lâm sàng cho các mục đích hoạt động chăm sóc sức khỏe cả nội bộ lẫn bên ngoài. Các trường hợp sử dụng và tiết lộ này là cần thiết để đảm bảo rằng tất cả bệnh nhân của chúng tôi nhận được sự chăm sóc có chất lượng và để điều hành và quản lý phòng khám của chúng tôi. Ví dụ, chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin để đảm bảo sự chăm sóc sản khoa hoặc phụ khoa quý vị nhận được có chất lượng cao nhất. Chúng tôi cũng có thể chia sẻ thông tin với các tổ chức có quan hệ với quý vị (ví dụ như chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị) phục vụ các hoạt động chăm sóc sức khỏe của họ.

Thông Báo Nhắc Hẹn, Biện Pháp Điều Trị Thay Thế và Khoản Phúc Lợi và Dịch Vụ Liên Quan Đến Sức Khỏe. Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe để nhắc quý vị về việc quý vị có một cuộc hẹn với chúng tôi. Chúng tôi cũng có thể sử dụng và tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe để cho quý vị biết về các phương pháp điều trị thay thế hoặc các phúc lợi hoặc dịch vụ liên quan đến sức khỏe mà quý vị có thể quan tâm.

Hiệu lực: 08/04/2019

Những Người Tham Gia Chăm Sóc Cho Quý Vị hoặc Thanh Toán Dịch Vụ Chăm Sóc Của Quý Vị. Khi thích hợp, chúng tôi có thể chia sẻ Thông Tin Sức Khỏe với một người tham gia chăm sóc y tế cho quý vị hoặc thanh toán chi phí chăm sóc của quý vị, chẳng hạn như gia đình hoặc người bạn thân của quý vị. Chúng tôi cũng có thể thông báo cho gia đình quý vị về địa điểm hoặc điều kiện chung của quý vị hoặc tiết lộ thông tin đó cho một tổ chức hỗ trợ trong nỗ lực khắc phục thảm họa.

Trường Hợp Đặc Biệt

Theo Quy Định của Pháp Luật. Chúng tôi sẽ tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe theo quy định của luật pháp quốc tế, liên bang, tiểu bang, hoặc địa phương.

Để Đảo Ngược Nguy Cơ Nghiêm Trọng cho Sức Khỏe hoặc Sự An Toàn. Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe khi cần thiết để ngăn chặn nguy cơ nghiêm trọng cho sức khỏe và sự an toàn của quý vị hoặc sức khỏe và sự an toàn của công chúng hoặc một người khác. Tuy nhiên, việc tiết lộ sẽ chỉ được thực hiện cho một người có thể có khả năng giúp ngăn chặn mối đe dọa đó.

Cộng Tác Viên Kinh Doanh. Chúng tôi có thể tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe cho các cộng tác viên kinh doanh của chúng tôi để thực hiện hoạt động thay mặt chúng tôi hoặc cung cấp dịch vụ cho chúng tôi nếu thông tin đó là cần thiết cho các hoạt động hay dịch vụ như thế. Ví dụ, chúng tôi có thể thuê một công ty khác thực hiện các dịch vụ lập hóa đơn thay mặt chúng tôi. Tất cả các cộng tác viên kinh doanh của chúng tôi có nghĩa vụ bảo mật thông tin của quý vị và không được phép sử dụng hay tiết lộ bất kỳ thông tin nào ngoài thông tin được cho biết trong hợp đồng của chúng tôi.

Hiển Tạng và Mộ. Nếu quý vị là người hiến tạng, chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe cho các tổ chức xử lý việc thu nhận tạng hoặc các tổ chức khác tham gia việc thu nhận, lưu trữ hoặc vận chuyển tạng, mắt hoặc mô để tạo điều kiện cho quy trình hiến và ghép tạng, mắt hoặc mô.

Quân Sự và Cựu Chiến Binh. Nếu quý vị là thành viên của các lực lượng vũ trang, chúng tôi có thể tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe theo yêu cầu của các cơ quan tư lệnh quân sự. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe cho cơ quan quân sự nước ngoài thích hợp nếu quý vị là quân nhân nước ngoài.

Bồi Thường Tai Nạn Lao Động. Chúng tôi có thể tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe cho các chương trình bồi thường tai nạn lao động hoặc các chương trình tương tự. Các chương trình này cung cấp quyền lợi bồi thường cho các trường hợp bị thương hoặc bị bệnh liên quan đến lao động.

Nguy Cơ Sức Khỏe Công Chúng. Chúng tôi có thể tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe của quý vị để tiến hành các hoạt động y tế công cộng. Các hoạt động này nói chung gồm có tiết lộ để phòng ngừa hoặc kiểm soát bệnh, thương tật hoặc tàn tật; báo cáo sinh tử; báo cáo ngược đãi hoặc bỏ rơi trẻ em; báo cáo về phản ứng với thuốc hoặc các vấn đề với sản phẩm; thông báo cho người dân về các đợt thu hồi sản phẩm mà họ có thể đang sử dụng; báo cáo về một người có thể đã phơi nhiễm một chứng bệnh hoặc có thể có nguy cơ mắc hoặc lây bệnh hoặc bệnh trạng; và cơ quan chính phủ thích hợp nếu chúng tôi cho rằng một bệnh nhân đã là nạn nhân bị ngược đãi, bỏ rơi hoặc bạo hành gia đình. Chúng tôi sẽ chỉ tiết lộ như thế này nếu quý vị đồng ý hoặc khi pháp luật quy định hoặc cho phép.

Hoạt Động Giám Sát Y Tế. Chúng tôi có thể tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe cho cơ quan giám sát y tế đối với các hoạt động được luật pháp cho phép. Các hoạt động giám sát này gồm có, ví dụ như, kiểm toán, điều tra, thanh tra và cấp phép. Các hoạt động này là cần thiết để chính phủ giám sát hệ thống chăm sóc sức khỏe, các chương trình của chính phủ, và đảm bảo tuân thủ các điều luật về dân quyền.

Mục Đích Thông Báo Về Rò Rỉ Dữ Liệu. Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ của quý vị để cung cấp các thông báo theo quy định pháp luật về việc tiếp cận hoặc tiết lộ trái phép thông tin sức khỏe của quý vị.

Kiện Tụng và Tranh Chấp. Nếu quý vị liên quan đến một vụ kiện hoặc tranh chấp, chúng tôi có thể tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe theo lệnh của tòa hoặc lệnh hành chính. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe theo trát gọi của tòa, yêu cầu tìm bằng chứng, hoặc quy trình hợp pháp khác được tiến hành bởi một người khác liên quan đến tranh chấp, nhưng chỉ khi chúng tôi đã cố gắng thông báo cho quý vị về yêu cầu đó hoặc xin lệnh bảo vệ thông tin được yêu cầu.

Thực Thi Pháp Luật. Chúng tôi có thể tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe nếu có yêu cầu của quan chức thực thi pháp luật nếu thông tin đó là: (1) đáp lại lệnh tòa, trát tòa, lệnh khám xét, giấy triệu tập hoặc quy trình tương tự; (2) thông tin hạn chế để xác định danh tính hoặc tìm nghi phạm, phạm nhân trốn nã, người làm chứng quan trọng, hoặc người mất tích; (3) về nạn nhân của một tội ác ngay cả khi, ở các trường hợp rất hạn chế nhất định, chúng tôi không thể xin sự đồng ý của người đó; (4) về một ca tử vong mà chúng tôi cho là có thể là do hành vi phạm tội; (5) về hành vi phạm tội trong khuôn viên của chúng tôi; và (6) trong trường hợp khẩn cấp, để báo cáo một tội ác, địa điểm xảy ra tội ác hoặc địa điểm của nạn nhân, hoặc danh tính, mô tả hoặc địa điểm của người phạm tội.

Viên Chức Điều Tra Trọng Án, Nhân Viên Pháp Y và Giám Đốc Tang Lễ. Chúng tôi có thể tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe cho viên chức điều tra trọng án hoặc nhân viên pháp y. Việc này có thể là cần thiết, ví dụ như, để nhận dạng danh tính người quá cố hoặc xác định nguyên nhân tử vong. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe cho các giám đốc tang lễ nếu cần để họ thực hiện nhiệm vụ của mình.

An Ninh Quốc Gia và Hoạt Động Tình Báo. Chúng tôi có thể tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe cho các quan chức liên bang được phép phục vụ các hoạt động tình báo, phản gián, và các hoạt động an ninh quốc gia khác được luật pháp cho phép.

Dịch Vụ Bảo Vệ Tổng Thống và Các Cá Nhân Khác. Chúng tôi có thể tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe cho các quan chức liên bang được phép để họ có thể bảo vệ Tổng Thống, các cá nhân được phép khác hoặc các nguyên thủ quốc gia nước ngoài hoặc để tiến hành điều tra đặc biệt.

Tù Nhân hoặc Những Người Bị Quản Thúc. Nếu quý vị là tù nhân ở cơ sở giáo dưỡng hoặc bị quản thúc bởi quan chức thực thi pháp luật, chúng tôi có thể tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe cho cơ sở giáo dưỡng hoặc quan chức thực thi pháp luật đó. Sự tiết lộ này sẽ là, nếu cần: (1) để cơ sở đó cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị; (2) để bảo vệ sức khỏe và sự an toàn của quý vị hoặc của người khác; hoặc (3) vì sự an toàn và an ninh của cơ sở giáo dưỡng đó.

Các Trường Hợp Sử Dụng Và Tiết Lộ Đòi Hỏi Chúng Tôi Phải Cho Quý vị Có Cơ Hội Phản Đối Và Từ Chối

Những Người Tham Gia Chăm Sóc Cho Quý Vị hoặc Thanh Toán Dịch Vụ Chăm Sóc Của Quý Vị. Trừ khi quý vị phản đối, chúng tôi có thể tiết lộ cho thành viên gia đình quý vị, người thân, hoặc bạn thân hoặc bất kỳ ai khác mà quý vị xác định, Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ của quý vị, trực tiếp liên quan đến sự tham gia của người đó trong việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Nếu quý vị không thể đồng ý hay phản đối sự tiết lộ như thế, chúng tôi có thể tiết lộ thông tin như thế khi cần nếu chúng tôi xác định rằng việc đó là vì lợi ích cao nhất của quý vị dựa trên phán đoán chuyên môn của chúng tôi.

Khắc Phục Thảm Họa. Chúng tôi có thể tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ của quý vị cho các tổ chức khắc phục thảm họa, họ tìm kiếm Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ của quý vị để điều phối dịch vụ chăm sóc cho quý vị, hoặc thông báo cho gia đình và bạn bè biết vị trí hay điều kiện của quý vị trong thảm họa. Chúng tôi sẽ cho quý vị có cơ hội đồng ý hay phản đối trường hợp tiết lộ như thế bất kỳ khi nào việc đó là khả thi.

Cần Có Sự Cho Phép Bằng Văn Bản Của Quý Vị Đối Với Các Trường Hợp Sử Dụng Và Tiết Lộ Khác

Các trường hợp sử dụng và tiết lộ sau đây đối với Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ của quý vị sẽ chỉ được thực hiện khi có sự cho phép bằng văn bản của quý vị:

1. Trường hợp sử dụng và tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ vì mục đích tiếp thị; và
2. Trường hợp tiết lộ cấu thành việc bán Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ của quý vị

Các trường hợp sử dụng và tiết lộ khác đối với Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ không được đề cập trong Thông Báo này hoặc pháp luật áp dụng cho chúng tôi sẽ chỉ được thực hiện khi có sự cho phép bằng văn bản của quý vị. Nếu quý vị cho phép chúng tôi, quý vị có thể rút lại sự cho phép vào bất kỳ lúc nào bằng cách gửi yêu cầu rút lại bằng văn bản cho Viên Chức Phụ Trách Quyền Riêng Tư của chúng tôi và chúng tôi sẽ không còn tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ theo sự cho phép đó nữa. Trường hợp tiết lộ mà chúng tôi đã thực hiện dựa trên sự cho phép của quý vị trước khi quý vị rút lại sẽ không bị ảnh hưởng bởi yêu cầu rút lại.

Quyền của Quý Vị

Quyền Được Kiểm Tra và Sao Chép. Quý vị có quyền kiểm tra và sao chép Thông Tin Sức Khỏe có thể được sử dụng để đưa ra các quyết định về việc chăm sóc hoặc thanh toán chi phí chăm sóc của quý vị. Trường hợp này bao gồm hồ sơ y tế và hóa đơn, ngoài các ghi chép tâm lý trị liệu. Để kiểm tra hoặc sao chép Thông Tin Sức Khỏe này, quý vị phải lập yêu cầu bằng văn bản gửi cho Viên Chức Phụ Trách Quyền Riêng Tư của chúng tôi. Chúng tôi có tối đa 30 ngày để cung cấp Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ của quý vị cho quý vị và chúng tôi có thể tính cho quý vị một khoản lệ phí hợp lý đối với chi phí sao chép, gửi hoặc vật tư khác liên quan đến yêu cầu của quý vị. Chúng tôi không được tính phí cho quý vị nếu quý vị cần thông tin đó để yêu cầu quyền lợi theo Đạo Luật An Sinh Xã Hội hoặc bất kỳ chương trình phúc lợi dựa trên nhu cầu nào của tiểu bang hoặc liên bang. Chúng tôi có thể từ chối yêu cầu của quý vị trong các trường hợp giới hạn nhất định. Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị, quý vị có quyền yêu cầu một chuyên gia chăm sóc sức khỏe có giấy phép xem xét quyết định từ chối, người này đã không trực tiếp tham gia quyết định từ chối yêu cầu của quý vị, và chúng tôi sẽ tuân thủ kết quả xem xét.

Quyền Nhận Được Bản Điện Tử của Hồ Sơ Y Tế Điện Tử. Nếu Thông Tin Sức Khỏe của quý vị được lưu giữ ở định dạng điện tử (được gọi là hồ sơ y tế điện tử hay hồ sơ sức khỏe điện tử), quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi gửi một bản điện tử hồ sơ của quý vị cho quý vị và gửi cho một cá nhân hoặc tổ chức khác. Chúng tôi sẽ cố gắng hết sức để cung cấp khả năng tiếp cận Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ của quý vị ở hình thức hoặc định dạng quý vị yêu cầu, nếu hồ sơ đó dễ lập ở hình thức hay định dạng như thế. Nếu Thông Tin Sức Khỏe không có sẵn ở hình thức hay định dạng quý vị yêu cầu, hồ sơ của quý vị sẽ được cung cấp hoặc ở định dạng điện tử tiêu chuẩn của chúng tôi, hoặc nếu quý vị không muốn định dạng này, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị một bản in dễ đọc. Chúng tôi có thể tính cho quý vị một khoản phí hợp lý, dựa trên chi phí nhân công liên quan đến việc gửi hồ sơ y tế điện tử.

Quyền Nhận Được Thông Báo về Rò Rỉ Thông Tin. Quý vị có quyền được thông báo về bất kỳ trường hợp rò rỉ nào đối với Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ không được bảo mật của quý vị.

Quyền Được Sửa Đổi Bổ Sung. Nếu quý vị thấy rằng Thông Tin Sức Khỏe mà chúng tôi có là không chính xác hoặc không hoàn chỉnh, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi sửa đổi bổ sung thông tin đó. Quý vị có quyền yêu cầu sửa thông tin trong thời gian thông tin đó được lưu giữ bởi hoặc cho phòng khám của chúng tôi. Để yêu cầu sửa đổi bổ sung, quý vị phải lập yêu cầu bằng văn bản gửi cho Viên Chức Phụ Trách Quyền Riêng Tư của chúng tôi.

Quyền Được Giải Thích Trường Hợp Tiết Lộ. Quý vị có quyền yêu cầu một danh sách các trường hợp tiết lộ nhất định mà chúng tôi đã thực hiện đối với Thông Tin Sức Khỏe cho các mục đích không phải mục đích điều trị, thanh toán hay hoạt động chăm sóc sức khỏe hoặc các mục đích mà quý vị đã có sự cho phép bằng văn bản. Để yêu cầu giải thích các trường hợp tiết lộ, quý vị phải lập yêu cầu bằng văn bản gửi cho Viên Chức Phụ Trách Quyền Riêng Tư của chúng tôi.

Quyền Yêu Cầu Hạn Chế. Quý vị có quyền yêu cầu một biện pháp hạn chế hoặc giới hạn đối với Thông Tin Sức Khỏe mà chúng tôi sử dụng để điều trị, thanh toán, hoặc phục vụ hoạt động chăm sóc sức khỏe. Quý vị cũng có quyền yêu cầu giới hạn đối với Thông Tin Sức Khỏe mà chúng tôi tiết lộ cho một người tham gia chăm sóc quý vị hoặc thanh toán chi phí chăm sóc của quý vị, như một thành viên gia đình hoặc bạn bè. Ví dụ, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi không tiết lộ thông tin về một chẩn đoán hoặc phương pháp điều trị cụ thể với vợ/chồng của quý vị. Để yêu cầu hạn chế, quý vị phải lập yêu cầu bằng văn bản gửi cho Viên Chức Phụ Trách Quyền Riêng Tư của chúng tôi. Chúng tôi không buộc phải đồng ý với yêu cầu của quý vị trừ khi quý vị yêu cầu chúng tôi hạn chế sử dụng hoặc tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ của quý vị cho một chương trình bảo hiểm sức khỏe để phục vụ mục đích thanh toán hoặc hoạt động chăm sóc sức khỏe và thông tin quý vị muốn hạn chế chỉ liên quan đến một sản phẩm hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị đã tự "xuất túi" thanh toán đầy đủ cho chúng tôi. Nếu chúng tôi đồng ý, chúng tôi sẽ tuân thủ yêu cầu của quý vị trừ khi cần thông tin đó để điều trị cấp cứu cho quý vị.

Khoản Thanh Toán Xuất Túi. Nếu quý vị đã tự "xuất túi" thanh toán (hay nói cách khác, quý vị đã yêu cầu chúng tôi không gửi hóa đơn cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị) đầy đủ cho một sản phẩm hay dịch vụ cụ thể, quý vị có quyền yêu cầu không được tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ của quý vị liên quan đến sản phẩm hay dịch vụ đó cho một chương trình bảo hiểm sức khỏe vì mục đích thanh toán hay hoạt động chăm sóc sức khỏe, và chúng tôi sẽ tôn trọng yêu cầu đó.

Quyền Yêu Cầu Hình Thức Liên Lạc Bảo Mật. Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi liên lạc với quý vị về các vấn đề y tế theo một cách nhất định hoặc tại một địa điểm nhất định. Ví dụ như, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi chỉ liên lạc với quý vị qua đường bưu điện hoặc tại nơi làm việc. Để yêu cầu các hình thức liên lạc bảo mật, quý vị phải lập yêu cầu bằng văn bản gửi cho Viên Chức Phụ Trách Quyền Riêng Tư của chúng tôi. Yêu cầu của quý vị phải cho biết cách thức hoặc địa điểm liên lạc với quý vị. Chúng tôi sẽ đáp ứng các yêu cầu hợp lý.

Quyền Nhận Được Bản In của Thông Báo này. Quý vị có quyền yêu cầu một bản in của thông báo này. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cung cấp cho quý vị một bản sao của thông báo này vào bất kỳ lúc nào. Ngay cả khi quý vị đã đồng ý nhận thông báo này theo phương thức điện tử, quý vị vẫn có quyền nhận một bản in của thông báo này. Bạn có thể nhận một bản sao của thông báo này trên trang web của chúng tôi. Để nhận được bản in của thông báo này, quý vị phải gửi yêu cầu cho Viên Chức Phụ Trách Quyền Riêng Tư của chúng tôi.

Thay Đổi Đối Với Thông Báo này

Chúng tôi có quyền thay đổi thông báo này và áp dụng thông báo mới đối với Thông Tin Sức Khỏe mà chúng tôi đã có, cũng như bất kỳ thông tin nào chúng tôi nhận được trong tương lai. Chúng tôi sẽ đăng một bản sao của thông báo hiện hành tại phòng khám.

Khiếu nại

Quý vị sẽ không bị trừng phạt vì nộp đơn khiếu nại. Nếu quý vị cho rằng các quyền riêng tư của mình đã bị xâm phạm, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại cho phòng khám của chúng tôi hoặc cho Bộ Trưởng Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh. Để nộp khiếu nại cho phòng khám của chúng tôi, hãy liên lạc với Viên Chức Phụ Trách Quyền Riêng Tư của chúng tôi. Mọi đơn khiếu nại phải được lập thành văn bản.



HIPAA

Tôi cho phép Urology Partners of North Texas, PLLC, những người được chỉ định và đại diện thu tiền bên thứ ba của họ sử dụng thông tin liên lạc mà tôi đã cung cấp để liên lạc với tôi và gọi điện đến số điện thoại nhà/di động/nơi làm việc của tôi, để lại tin nhắn thoại hoặc tin nhắn văn bản và sử dụng tin nhắn thoại/văn bản ghi âm sẵn/nhân tạo và/hoặc thiết bị tự động quay số liên quan đến bất kỳ thư từ nào gửi cho tôi. Ngoài ra, tôi cho phép Urology Partners of North Texas, PLLC thảo luận về sự chăm sóc và các nhu cầu y tế của tôi/của bệnh nhân với những người sau đây:

Tên	Ngày Sinh (để nhận dạng)	Mối quan hệ	Điện thoại

Số Điện Thoại Chính: _____

- Chỉ để lại tin nhắn với số điện thoại liên hệ.
- Để lại tin nhắn với thông tin chi tiết.
- Không để lại tin nhắn.

Số Điện Thoại Phụ: _____

- Chỉ để lại tin nhắn với số điện thoại liên hệ.
- Để lại tin nhắn với thông tin chi tiết.
- Không để lại tin nhắn.

Chữ Ký của Bệnh Nhân/Người Bảo Lãnh

Ngày

Tên Bệnh Nhân

Ngày Sinh của Bệnh Nhân



Chính Sách Tài Chính

Thông tin sau đây được cung cấp để tránh hiểu lầm về việc thanh toán chi phí các dịch vụ chuyên môn. Tất cả các dịch vụ chuyên môn được cung cấp sẽ được tính phí cho bệnh nhân. Khi được cung cấp thông tin bảo hiểm hoàn chỉnh, chúng tôi sẽ nộp yêu cầu bảo hiểm cho quý vị. Bệnh nhân có trách nhiệm đối với mọi khoản phí bất kể bảo hiểm là bao nhiêu. Thông lệ là thanh toán chi phí các dịch vụ khi được cung cấp trừ khi đã có thỏa thuận trước với phòng kinh doanh của chúng tôi. Tất cả các bác sĩ của chúng tôi là các nhà cung cấp trong mạng lưới Medicare, do đó, yêu cầu bảo hiểm sẽ được nộp bởi Urology Partners of North Texas, PLLC và thanh toán sẽ được nhận tại phòng khám này. Bản photo của giấy cho phép và chuyển nhượng này sẽ có giá trị như bản gốc.

Quý vị hiểu rằng quý vị có trách nhiệm thanh toán số dư tài khoản bất kể bất kỳ chương trình bảo hiểm nào thanh toán khoản gì. Theo đây quý vị cho phép Urology Partners of North Texas, PLLC cung cấp thông tin cho công ty bảo hiểm và/hoặc luật sư của tôi liên quan đến chứng bệnh và điều trị của tôi. Theo đây quý vị chuyển nhượng cho Urology Partners mọi khoản thanh toán chi phí các dịch vụ đã cung cấp cho bản thân tôi và/hoặc những người phụ thuộc của tôi.

- **Phải trình thẻ bảo hiểm ở mỗi lần thăm khám.**
- Chúng tôi sẽ nộp yêu cầu bảo hiểm cho công ty bảo hiểm chính và phụ của quý vị. Chúng tôi không nộp yêu cầu cho công ty bảo hiểm thứ ba.
- Mọi khoản chi phí điều trị sẽ đáo hạn và phải trả trong vòng ba mươi (30) ngày sau khi bên thanh toán bảo hiểm của quý vị đã đánh giá và xử lý yêu cầu bảo hiểm của quý vị, tại thời điểm đó quý vị có trách nhiệm thanh toán bất kỳ số dư nào còn lại.
- Chúng tôi sẽ yêu cầu quý vị thanh toán các khoản đồng thanh toán và/hoặc khấu trừ & đồng bảo hiểm áp dụng tại thời điểm các dịch vụ được cung cấp.
- Bệnh nhân xác nhận rằng bệnh nhân có trách nhiệm nhận thức được các dịch vụ nào được bảo hiểm và đồng ý thanh toán chi phí của bất kỳ dịch vụ nào được (các) chương trình bảo hiểm xem là không được bảo hiểm hoặc không được cho phép.
- **Medicare** - Chúng tôi chấp nhận chuyển nhượng. Vui lòng thanh toán 20% của quý vị hoặc cho phép chúng tôi nộp hợp đồng bảo hiểm bổ sung của quý vị. Nếu quý vị không có hợp đồng bảo hiểm bổ sung, chúng tôi sẽ yêu cầu quý vị thanh toán Khoản Khấu Trừ/Đồng Bảo Hiểm Medicare. Medicare và các công ty bảo hiểm phụ không bảo hiểm một số thủ thuật hoặc vật tư. Vui lòng đảm bảo quý vị hiểu phương pháp điều trị và vật tư nào được bảo hiểm vì quý vị sẽ được yêu cầu ký giấy miễn trừ cho biết rằng quý vị hiểu khi nào các dịch vụ được xem là không được bảo hiểm và quý vị sẽ có trách nhiệm thanh toán các chi phí liên quan.
- **HMO** – Vui lòng mang theo số giấy giới thiệu và khoản đồng thanh toán của quý vị khi quý vị đến thăm khám tại phòng mạch. Bệnh nhân có trách nhiệm nhận giấy giới thiệu để thăm khám. Bệnh nhân được khám mà không có giấy giới thiệu cần thiết sẽ phải thanh toán toàn bộ các chi phí tại thời điểm cung cấp dịch vụ.
- **Tự Thanh Toán** – Nếu quý vị hiện không có bảo hiểm, chúng tôi yêu cầu quý vị điều phối thanh toán với phòng kinh doanh của chúng tôi trước thăm khám. Chúng tôi yêu cầu thanh toán đầy đủ tại thời điểm cung cấp dịch vụ trừ khi đã có sự bố trí trước.
- **Tất Cả Các Bên Thanh Toán** – bệnh nhân có trách nhiệm đảm bảo rằng chúng tôi là các nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình bảo hiểm sức khỏe của họ. Trong trường hợp chúng tôi không tham gia chương trình của quý vị, chúng tôi sẽ nộp yêu cầu bảo hiểm cho quý vị nhưng quý vị sẽ có trách nhiệm thanh toán đầy đủ chi phí dịch vụ đã cung cấp tại thời điểm thăm khám.
- Chúng tôi có thể tính phí "Không Có Mặt" cho quý vị nếu quý vị không hủy hẹn hoặc xếp lại lịch hẹn ít nhất 24 giờ trước ngày/giờ hẹn của quý vị.
- Phí không đủ tiền đối với chi phiếu bị trả lại sẽ là \$25,00.

Chữ Ký của Bệnh Nhân/Người Bảo Lãnh

Ngày

Tên Bệnh Nhân

Ngày Sinh của Bệnh Nhân



Chỉ Định Quyền Lợi & Thông Báo về Các Biện Pháp Bảo Vệ Quyền Riêng Tư

Tôi cho phép Urology Partners of North Texas, PLLC nộp yêu cầu bảo hiểm và nhận thanh toán chi phí các dịch vụ có thể phải thanh toán cho tôi trong trường hợp khác từ tất cả các nguồn bao gồm nhưng không giới hạn ở công ty bảo hiểm y tế của tôi, công ty bảo hiểm bồi thường tai nạn lao động của nhà tuyển dụng của tôi hoặc các bên khác đối với các quyền lợi bảo hiểm phẫu thuật/y tế mà tôi đã có hợp đồng. Các quyền lợi đó sẽ không vượt quá các khoản chi phí theo hóa đơn của Urology Partners of North Texas, PLLC đối với các dịch vụ này. Tôi hiểu rằng tôi có nghĩa vụ tài chính đối với Urology Partners of North Texas, PLLC, LLC đối với các chi phí không được bảo hiểm hay thanh toán bằng sự chỉ định này và sẽ tuân thủ các chính sách tài chính của Urology Partners of North Texas, PLLC trong việc thu các khoản chi phí này. Tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm cung cấp cho Urology Partners of North Texas, PLLC thông tin chính xác và hoàn chỉnh cần thiết để họ hỗ trợ tôi xử lý yêu cầu hoàn tiền đối với các dịch vụ y tế. Tôi cho phép Urology Partners tiết lộ bất kỳ thông tin nào cần thiết cho các công ty bảo hiểm về các chứng bệnh và phương pháp điều trị cần thiết để xử lý các yêu cầu bảo hiểm. Tôi yêu cầu hoàn trả các quyền lợi bảo hiểm thanh toán lỗ trong đó khoản chi trả bảo hiểm của tôi là đối tượng của quy trình điều phối quyền lợi bảo hiểm.

Đồng Ý Điều Trị

Theo đây tôi cho phép và chỉ thị cho các bác sĩ của Urology Partners of North Texas, PLLC cùng với các cộng tác viên và trợ lý họ chọn quản lý và thực hiện sự điều trị y tế cho bệnh nhân đã xác định, bao gồm bất kỳ thủ thuật/dịch vụ bổ sung nào mà họ thấy là cần thiết hoặc hợp lý, bao gồm, nhưng không giới hạn quản lý tiêm thuốc, chụp quang tuyến hoặc các dịch vụ y học phóng xạ và xét nghiệm khác. Theo đây tôi cũng cho phép tiết lộ các hồ sơ y tế cho các bác sĩ giới thiệu và cho các công ty bảo hiểm của tôi vì mục đích thanh toán, điều trị và hoạt động chăm sóc sức khỏe. Sự cho phép, đồng ý điều trị y tế hoặc phẫu thuật này có và sẽ vẫn có giá trị đến khi được rút lại.

Tôi đã được đề nghị và nhận được một bản sao của Giấy Đồng Ý Điều Trị và Thông Báo về Các Biện Pháp Bảo Vệ Quyền Riêng Tư của Urology Partners of North Texas, PLLC. Tôi đã đọc hoặc sẽ đọc chính sách này. Mọi thắc mắc hoặc quan ngại của tôi đã được giải đáp.

Chữ Ký của Bệnh Nhân/Người Bảo Lãnh

Ngày

Tên Bệnh Nhân

Ngày Sinh của Bệnh Nhân