



GIẤY ĐỒNG Ý THĂM KHÁM TỪ XA

Tôi đồng ý nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe qua dịch vụ thăm khám từ xa. Tôi hiểu rằng:

- Tôi có quyền tiếp cận các dịch vụ được Medi-Cal bảo hiểm thông qua một buổi thăm khám trực tiếp, mặt đối mặt hoặc qua dịch vụ thăm khám từ xa.
- Việc sử dụng dịch vụ thăm khám từ xa là tự nguyện và tôi có thể rút lại sự đồng ý của mình, hoặc ngừng nhận dịch vụ qua thăm khám từ xa bất kỳ lúc nào mà không ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận các dịch vụ được bảo hiểm trong tương lai.
- Medi-Cal cung cấp bảo hiểm cho các dịch vụ đưa đón để nhận các dịch vụ trực tiếp khi các nguồn lực khác đã được sử dụng hết một cách hợp lý.

Có thể có những hạn chế hoặc rủi ro liên quan đến việc nhận dịch vụ thông qua thăm khám từ xa so với thăm khám trực tiếp. Ví dụ, lỗi kỹ thuật, ngắt kết nối, lộ thông tin riêng tư/bảo mật, v.v.

Tôi đã đọc kỹ tài liệu này và hiểu rõ những hạn chế và rủi ro tiềm ẩn của việc nhận dịch vụ qua thăm khám từ xa và các câu hỏi của tôi đã được trả lời thỏa đáng.

Số Khách Hàng: _____

Client: (viết in) _____ (ký tên) _____ Ngày: _____

Người làm chứng: (viết in) _____ (ký tên) _____ Ngày: _____

Cha Mẹ/Người Giám Hộ/
Người bảo hộ: (viết in) _____ (ký tên) _____ Ngày: _____