

PHIẾU CHẤP THUẬN VỚI ĐẦY ĐỦ THÔNG TIN ĐỐI VỚI GÂY MÊ

Theo đây, tôi cho phép, chấp thuận và yêu cầu **Anesthesia Associates Northwest (AANW)** thực hiện biện pháp gây mê được coi là cần thiết cho thủ thuật của tôi. Tôi đã được trao cơ hội yêu cầu giải đáp hoặc giải quyết các thắc mắc hoặc mối quan ngại của tôi liên quan đến chăm sóc gây mê.

- ☐ **Thuốc An Thần Sâu (Gây mê tĩnh mạch toàn phần (Total intravenous anaesthesia, TIVA) kết hợp với Propofol) Deep Sedation (TIVA with Propofol):** được tiêm vào mạch máu gây mất ý thức. Bệnh nhân có thể phản ứng có chủ đích sau khi bị kích thích nhiều lần hoặc gây đau. Thở tự nhiên thường được duy trì. Chức năng tim mạch thường được duy trì. Có thể cần can thiệp đường thở.
- ☐ **Thuốc Nồng Độ Phế Nang Tối Thiểu (Minimum Alveolar Concentration, MAC) (An Thần Có Ý Thức) MAC (Conscious Sedation):** được tiêm vào mạch máu để gây mê mà không làm mất ý thức. Bệnh nhân có thể phản ứng có chủ đích với các lệnh bằng lời nói. Thở tự nhiên được duy trì. Chức năng tim mạch thường được duy trì.

Tôi đã được thông báo và hiểu rằng trong một số trường hợp, việc gây mê sẽ gây ra tác dụng phụ, bao gồm nhưng không giới hạn ở một số biến chứng hiếm gặp. Tôi hiểu rằng trong trường hợp tôi bị biến chứng hiếm gặp, tôi có thể phải nhập viện để được cung cấp dịch vụ chăm sóc liên tục phù hợp.

Tác Dụng Phụ:

Viêm họng
Đau cổ /hàm
Buồn nôn và / hoặc nôn mửa
Đau hoặc chấn thương ở vị trí tiêm truyền tĩnh mạch (Intravenous, IV)
Tổn thương răng miệng
Sung
Chảy máu cam

Biến Chứng Hiếm Gặp:

Phản ứng thuốc bất lợi
Các vấn đề về hô hấp
Hít thở
Huyết áp và / hoặc nhịp tim thấp
Nhịp tim bất thường
Tê liệt
Đau tim / đột quỵ
Tử vong

Tôi hiểu tầm quan trọng của việc cung cấp cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi bệnh sử đầy đủ, bao gồm tiết lộ thông tin về bất kỳ loại thuốc nào tôi đang dùng, bao gồm cả thuốc kê theo toa và thuốc mua tự do. Tôi cũng hiểu rằng việc tôi sử dụng các loại thuốc thảo dược, đồ uống có cồn hay bất kỳ loại ma túy bất hợp pháp nào có thể gây ra các biến chứng nghiêm trọng, và tôi cũng cần tiết lộ thông tin này. Tôi cũng hiểu rằng tôi cũng cần tiết lộ thông tin về bất kỳ biến chứng nào phát sinh từ các biện pháp gây mê trước đây.

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc phiếu này hoặc người khác đã đọc phiếu này cho tôi, rằng tôi hiểu các rủi ro, các giải pháp thay thế và kết quả kỳ vọng của dịch vụ gây mê, rằng tôi có đủ thời gian để đưa ra thắc mắc và cân nhắc về quyết định của mình.

Thông qua việc ký văn bản này, theo đây, tôi xác nhận rằng tôi đã được tư vấn về việc một số loại thuốc gây mê được sử dụng trong quá trình mang thai có thể gây hại cho thai nhi. Tôi đã được trao cơ hội để làm rõ về bất kỳ thắc mắc nào liên quan đến gây mê và/hoặc nội soi trong quá trình mang thai, và tất cả các thắc mắc của tôi đều đã được giải đáp một cách thỏa đáng.

Tôi cũng xác nhận rằng	☐ Tôi không mang thai	☐ Tôi đang mang thai	☐ Không áp dụng
I further represent that	I am not pregnant	I am pregnant	N/A

và theo đây cho phép cơ sở chăm sóc sức khỏe và **AANW** thực hiện nội soi đại tràng / nội soi kết hợp với gây mê theo cách mà nhà cung cấp dịch vụ gây mê của tôi cho là phù hợp.

_____ Chữ Ký của Bệnh Nhân hoặc Đại Diện Hợp Pháp Patient or Legal Representative Signature	_____ Ngày Date	_____ Giờ Time
_____ Chữ Ký của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Gây Mê Anesthesia Provider’s Signature	_____ Ngày Date	_____ Giờ Time

PHIẾU CHẤP THUẬN VỚI ĐẦY ĐỦ THÔNG TIN ĐỐI VỚI GÂY MÊ

Theo đây, tôi cho phép, chấp thuận và yêu cầu **Metropolitan Anesthesia, LLC (MPA)** thực hiện biện pháp gây mê được coi là cần thiết cho thủ thuật của tôi. Tôi đã được trao cơ hội yêu cầu giải đáp hoặc giải quyết các thắc mắc hoặc mối quan ngại của tôi liên quan đến chăm sóc gây mê.

- ☐ **Thuốc An Thần Sâu (Gây mê tĩnh mạch toàn phần (Total intravenous anaesthesia, TIVA) kết hợp với Propofol) Deep Sedation (TIVA with Propofol):** được tiêm vào mạch máu gây mất ý thức. Bệnh nhân có thể phản ứng có chủ đích sau khi bị kích thích nhiều lần hoặc gây đau. Thở tự nhiên thường được duy trì. Chức năng tim mạch thường được duy trì. Có thể cần can thiệp đường thở.
- ☐ **Thuốc Nồng Độ Phế Nang Tối Thiểu (Minimum Alveolar Concentration, MAC) (An Thần Có Ý Thức) MAC (Conscious Sedation):** được tiêm vào mạch máu để gây mê mà không làm mất ý thức. Bệnh nhân có thể phản ứng có chủ đích với các lệnh bằng lời nói. Thở tự nhiên được duy trì. Chức năng tim mạch thường được duy trì.

Tôi đã được thông báo và hiểu rằng trong một số trường hợp, việc gây mê sẽ gây ra tác dụng phụ, bao gồm nhưng không giới hạn ở một số biến chứng hiếm gặp. Tôi hiểu rằng trong trường hợp tôi bị biến chứng hiếm gặp, tôi có thể phải nhập viện để được cung cấp dịch vụ chăm sóc liên tục phù hợp.

Tác Dụng Phụ:

Viêm họng
Đau cổ /hàm
Buồn nôn và / hoặc nôn mửa
Đau hoặc chấn thương ở vị trí tiêm truyền tĩnh mạch (Intravenous, IV)
Tổn thương răng miệng
Sung
Chảy máu cam

Biến Chứng Hiếm Gặp:

Phản ứng thuốc bất lợi
Các vấn đề về hô hấp
Hít thở
Huyết áp và / hoặc nhịp tim thấp
Nhịp tim bất thường
Tê liệt
Đau tim / đột quỵ
Tử vong

Tôi hiểu tầm quan trọng của việc cung cấp cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi bệnh sử đầy đủ, bao gồm tiết lộ thông tin về bất kỳ loại thuốc nào tôi đang dùng, bao gồm cả thuốc kê theo toa và thuốc mua tự do. Tôi cũng hiểu rằng việc tôi sử dụng các loại thuốc thảo dược, đồ uống có cồn hay bất kỳ loại ma túy bất hợp pháp nào có thể gây ra các biến chứng nghiêm trọng, và tôi cũng cần tiết lộ thông tin này. Tôi cũng hiểu rằng tôi cũng cần tiết lộ thông tin về bất kỳ biến chứng nào phát sinh từ các biện pháp gây mê trước đây.

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc phiếu này hoặc người khác đã đọc phiếu này cho tôi, rằng tôi hiểu các rủi ro, các giải pháp thay thế và kết quả kỳ vọng của dịch vụ gây mê, rằng tôi có đủ thời gian để đưa ra thắc mắc và cân nhắc về quyết định của mình.

Thông qua việc ký văn bản này, theo đây, tôi xác nhận rằng tôi đã được tư vấn về việc một số loại thuốc gây mê được sử dụng trong quá trình mang thai có thể gây hại cho thai nhi. Tôi đã được trao cơ hội để làm rõ về bất kỳ thắc mắc nào liên quan đến gây mê và/hoặc nội soi trong quá trình mang thai, và tất cả các thắc mắc của tôi đều đã được giải đáp một cách thỏa đáng.

Tôi cũng xác nhận rằng
I further represent that

☐ **Tôi không mang thai**
I am not pregnant

☐ **Tôi đang mang thai**
I am pregnant

☐ **Không áp dụng**
N/A

và theo đây cho phép cơ sở chăm sóc sức khỏe và **MPA** thực hiện nội soi đại tràng / nội soi kết hợp với gây mê theo cách mà nhà cung cấp dịch vụ gây mê của tôi cho là phù hợp.

Chữ Ký của Bệnh Nhân hoặc Đại Diện Hợp Pháp Patient or Legal Representative Signature	Ngày Date	Giờ Time
Chữ Ký của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Gây Mê Anesthesia Provider's Signature	Ngày Date	Giờ Time

Chấp Thuận Nội Soi Đường Tiêu Hóa Với Đây Đủ Thông Tin

Giải Thích về Thủ Thuật

Thủ thuật quan sát trực tiếp đường tiêu hóa bằng dụng cụ có đèn được gọi là nội soi đường tiêu hóa. Bác sĩ của quý vị đã khuyên quý vị thực hiện loại xét nghiệm này. Thông tin sau đây được trình bày nhằm giúp quý vị hiểu lý do và nguy cơ có thể xảy ra của các thủ thuật này.

Vào thời điểm khám, niêm mạc đường tiêu hóa sẽ được kiểm tra kỹ lưỡng bằng ống nội soi mềm (có hoặc không có sinh thiết, chụp ảnh, cắt bỏ polyp hoặc tiêm thuốc). Các mẫu mô có thể được gửi đi xét nghiệm trong phòng thí nghiệm để xác định xem có tế bào bất thường hay không. Các khối u nhỏ (polyp) có thể được cắt bỏ nếu được phát hiện.

Các Nguy Cơ và Biến Chứng Chính của Nội Soi Đường Tiêu Hóa

Nội soi đường tiêu hóa thường là thủ thuật có ít nguy cơ. Tuy nhiên, tất cả các biến chứng dưới đây đều có thể xảy ra và có thể khiến người làm thủ thuật nhập viện và mất thêm chi phí tài chính phát sinh mà quý vị (bệnh nhân) sẽ phải chịu trách nhiệm chi trả. Bác sĩ của quý vị sẽ thảo luận với quý vị về tần suất xảy ra các biến chứng này nếu quý vị muốn biết, đồng thời đưa ra chỉ định nội soi đường tiêu hóa cụ thể đối với dấu hiệu của riêng quý vị.

QUÝ VỊ PHẢI HỎI BÁC SĨ CỦA MÌNH NẾU CÓ BẤT KỲ THẮC MẮC NÀO VỀ THỦ THUẬT MÀ CHƯA ĐƯỢC GIẢI ĐÁP.

1. **LỖ ĐẶT ỐNG NỘI SOI:** Việc đưa dụng cụ nội soi vào có thể gây tổn thương thành đường tiêu hóa, có khả năng rò rỉ các thành phần bên trong đường tiêu hóa vào khoang cơ thể. Nếu điều này xảy ra, việc phẫu thuật để bịt lỗ rò rỉ và/hoặc thoát mủ khu vực bị tổn thương là bắt buộc.
2. **CHẢY MÁU:** Nếu chảy máu, đây thường là biến chứng của sinh thiết, cắt polyp hoặc nong giãn. Việc kiểm soát biến chứng này có thể bao gồm theo dõi, lặp lại thủ thuật để kiểm soát tình trạng chảy máu, truyền dịch, phẫu thuật hoặc thủ thuật chụp X-quang. Nếu phát hiện chảy máu trong quá trình thực hiện thủ thuật, có thể sử dụng các phương pháp để cầm máu bao gồm nhưng không giới hạn ở phương pháp đông máu bằng nhiệt, đặt kẹp, tiêm thuốc.
3. **PHẢN ỨNG VỚI THUỐC AN THẦN/THUỐC:** Việc dùng bất kỳ loại thuốc nào cũng đều có các nguy cơ liên quan. Những nguy cơ này có thể bao gồm tình trạng viêm nhẹ ở tĩnh mạch tại vị trí tiêm, buồn nôn và/hoặc nôn mửa, phản ứng dị ứng với thuốc đang dùng, co giật hoặc trong trường hợp hiếm gặp là các biến chứng về tim và/hoặc hô hấp.
4. **TÔN THƯƠNG BỊ BỎ SÓT HOẶC THỦ THUẬT KHÔNG HOÀN THIỆN:** Bác sĩ của quý vị sẽ làm mọi cách có thể để phát hiện tất cả polyp, tổn thương và ung thư. Luôn có khả năng có một hoặc nhiều tổn thương có thể bị bỏ sót do ẩn dưới nếp gấp ruột hoặc phân còn sót lại. Bác sĩ của quý vị sẽ cố gắng hết sức để hoàn thành bài khám của quý vị, nhưng đôi khi điều đó không thể thực hiện được do cấu trúc cơ thể hoặc cảm giác khó chịu của quý vị.
5. **KHÁC:** Các nguy cơ khác có thể bao gồm các biến chứng từ các căn bệnh khác mà quý vị có thể đã mắc phải hoặc tổn thương răng/sản phẩm nha khoa. Trong một số trường hợp hiếm gặp, chấn thương lá lách (trầy xước hoặc rách lá lách) có thể xảy ra khi ống nội soi đi qua khúc cua của đại tràng bên cạnh lá lách và có thể khiến người thực hiện thủ thuật phải nhập viện, cần truyền máu và thậm chí có thể phải phẫu thuật để điều trị. Sự cố hông hóc thiết bị và tử vong là cực kỳ hiếm gặp nhưng vẫn là khả năng xa vời có thể xảy ra. Quý vị phải thông báo cho bác sĩ của mình về tất cả khuynh hướng dị ứng và vấn đề sức khỏe của mình.

Lựa Chọn Thay Thế cho Nội Soi Đường Tiêu Hóa: Mặc dù nội soi đường tiêu hóa là phương pháp cực kỳ an toàn và hiệu quả để khám đường tiêu hóa, nhưng thủ thuật này không chính xác 100% trong việc chẩn đoán. Việc không chẩn đoán được hay chẩn đoán sai có thể xuất hiện ở phần trăm nhỏ các trường hợp. Các thủ thuật chẩn đoán hoặc điều trị khác như xét nghiệm trong phòng thí nghiệm, điều trị y tế, chụp X-quang và phẫu thuật đôi khi cũng có sẵn. Quý vị cũng có thể chọn không nghiên cứu và/hoặc điều trị chẩn đoán. Bác sĩ của quý vị có thể thảo luận về các lựa chọn này với quý vị.

Mô Tả Ngắn Gọn về Thủ Thuật Nội Soi

1. **THUỐC AN THẦN HOẶC GIẢM ĐAU:** Việc tiêm truyền thuốc qua đường tĩnh mạch (intravenous, IV) trước và trong khi thực hiện thủ thuật nhằm đạt được trạng thái thư giãn và thoải mái đủ để cải thiện khả năng chịu đựng thủ thuật.
2. **Nội soi thực quản, dạ dày, tá tràng (esophagogastroduodenoscopy, EGD):** Khám thực quản, dạ dày và tá tràng. Có thể thực hiện sinh thiết hoặc cắt polyp (loại bỏ các khối u nhỏ được gọi là polyp).

Chữ Cái Đầu Tên Bệnh Nhân Patient Initials: _____

3. **NONG GIÃN THỰC QUẢN:** Có thể thực hiện nong giãn (sử dụng ống nong hoặc bóng nong) để kéo giãn các vùng hẹp của thực quản.
4. **NỘI SOI RUỘT NON:** Khám ruột non. Có thể thực hiện sinh thiết hoặc cắt polyp (loại bỏ các khối u nhỏ được gọi là polyp).
5. **NỘI SOI ĐẠI TRÀNG SIGMA BẰNG ỐNG MỀM:** Khám hậu môn, trực tràng và bên trái của đại tràng. Đôi khi có thể khám toàn bộ đại tràng (nội soi đại tràng). Có thể thực hiện sinh thiết hoặc cắt polyp (loại bỏ các khối u nhỏ được gọi là polyp).
6. **NỘI SOI ĐẠI TRÀNG:** Khám tất cả hoặc một phần đại tràng. Bệnh nhân lớn tuổi và những người bị viêm túi thừa lan rộng dễ mắc các biến chứng hơn. Có thể thực hiện sinh thiết hoặc cắt polyp (loại bỏ các khối u nhỏ được gọi là polyp).
7. **NONG GIÃN ĐẠI TRÀNG:** Có thể thực hiện nong giãn (sử dụng ống nong) để kéo giãn các vùng hẹp của đại tràng.
8. **NỘI SOI HỒI TRÀNG:** Khám phần dưới của ruột non (hồi tràng) thông qua lỗ thông hồi tràng. Có thể thực hiện sinh thiết hoặc cắt polyp (loại bỏ các khối u nhỏ được gọi là polyp).
9. **NỘI SOI TÚI HỒI TRÀNG-HẬU MÔN:** Khám túi hồi tràng. Có thể thực hiện sinh thiết hoặc cắt polyp (loại bỏ các khối u nhỏ được gọi là polyp).

Lời chấp thuận: Tôi cho phép sử dụng các loại thuốc được coi là cần thiết hoặc có lợi cho sự thoải mái, sự khỏe mạnh và sự an toàn của tôi. Tôi chấp thuận việc chụp và công bố bất kỳ bức ảnh nào được chụp để sử dụng cho mục đích nâng cao giáo dục y tế. Tôi xác nhận rằng tôi hiểu thông tin liên quan đến nội soi đường tiêu hóa. Tôi đã được thông báo đầy đủ về các rủi ro và biến chứng có thể xảy ra trong quá trình thực hiện thủ thuật, và tôi đã có cơ hội đưa ra thắc mắc với bác sĩ của mình. Tôi xác nhận rằng thông tin do tôi cung cấp với tư cách là bệnh nhân liên quan đến tiền sử, vấn đề, thuốc, tiếp nhận thực phẩm và nước của tôi là chính xác. Tôi cũng hiểu rằng một người lớn chịu trách nhiệm chăm sóc cho tôi phải đi cùng tôi về nhà khi tôi xuất viện từ Trung Tâm Nội Soi. Tôi hiểu rằng việc bỏ qua các lời khuyên này có thể khiến tôi gặp rủi ro nếu vấn đề xảy ra và không được báo cáo. Theo đây, tôi ủy quyền và cho phép:

Tên Bác Sĩ Physician Name: _____

Và bất kỳ ai mà bác sĩ có thể chỉ định làm trợ lý của mình thực hiện:

(Các) Thủ Thuật Procedure (s):

- ☐ Nội soi đại tràng có thể thực hiện sinh thiết, cắt polyp và / hoặc nong
Colonoscopy with possible biopsy, polypectomy, and / or dilation
- ☐ Nội soi thực quản dạ dày tá tràng (Esophagogastroduodenoscopy, EGD) có thể thực hiện sinh thiết, cắt polyp và / hoặc nong
Esophagogastroduodenoscopy (EGD) with possible biopsy, polypectomy, and / or dilation
- ☐ Nội Soi Đại Tr tràng Sigma bằng Ống Mềm có thể thực hiện sinh thiết, cắt polyp và / hoặc nong
Flexible Sigmoidoscopy with possible biopsy, polypectomy, and / or dilation
- ☐ Nội soi ruột non có thể thực hiện sinh thiết và / hoặc cắt polyp
Enteroscopy with possible biopsy and / or polypectomy
- ☐ Nội soi hồi tràng có thể thực hiện sinh thiết và / hoặc cắt polyp
Ileoscopy with possible biopsy and / or polypectomy
- ☐ Nội soi túi hồi tràng-hậu môn có thể thực hiện sinh thiết và / hoặc cắt polyp
Pouchoscopy with possible biopsy and / or polypectomy
- ☐ Khác Other: _____

Nếu có bất kỳ tình trạng không lường trước nào phát sinh trong quá trình thực hiện thủ thuật mà (theo quyết định của bác sĩ) cần thực hiện thủ thuật, biện pháp điều trị hoặc phẫu thuật khác, tôi cho phép bác sĩ thực hiện bất kỳ điều gì bác sĩ cho là cần thiết, bao gồm hồi sức tim phổi và điều chuyển đến bệnh viện địa phương. Tôi hiểu rằng chỉ thị trước của tôi, nếu được cấp cho trung tâm, sẽ được gửi cho bệnh viện nếu tôi được điều chuyển. Tôi hiểu rằng thực hành y khoa và phẫu thuật không phải là khoa học chính xác và tôi xác nhận tôi không được đảm bảo về kết quả của thủ thuật này.

Chữ Ký của Bệnh Nhân hoặc

Đại Diện Hợp Pháp:

Patient or Legal Representative Signature

Ngày:

Date

Giờ:

Time

Chữ Ký của Người Làm

Chứng:

Witness Signature

Ngày:

Date

Giờ:

Time

Chữ Ký của Thông Dịch Viên:

Interpreter Signature

Ngày:

Date

Giờ:

Time

Chỉ Thị Trước và Tiết Lộ Thông Tin

Chỉ thị trước là một cách đơn giản để ghi lại mong muốn của quý vị về các quyết định chăm sóc sức khỏe dưới dạng văn bản. Đây là một tài liệu trong đó quý vị đưa ra hướng dẫn về cách chăm sóc sức khỏe của mình và những gì quý vị muốn hoặc không muốn thực hiện nếu quý vị không thể tự nói ra. Tài liệu này giúp hướng dẫn các gia đình và nhân viên y tế quyết định quá trình điều trị y tế để kéo dài sự sống. Tài liệu này thường nêu rõ cách điều trị y tế tích cực cần được thực hiện.

Tại Oregon, Đạo Luật Quyết Định Chăm Sóc Sức Khỏe (ORS 127.505-127.995) cho phép một cá nhân nêu tên một người để chỉ đạo việc chăm sóc sức khỏe khi quý vị không thể làm điều này. Người này được gọi là "đại diện chăm sóc sức khỏe" của quý vị. Người đại diện của quý vị phải đồng ý đảm nhận vai trò này và phải ký các biểu mẫu cần thiết.

Những điều sau đây nằm trong chỉ thị trước:

- Di chúc
- Giấy ủy quyền y tế
- Chỉ thị chăm sóc y tế trước khi nhập viện

Để biết thêm thông tin về Chỉ Dẫn Trước hoặc biểu mẫu có thể tải xuống, hãy truy cập hoặc gọi điện thoại:

<https://www.oregon.gov/oha/PH/ABOUT/Pages/AdvanceDirectiveAdoptionCommittee.aspx>
<https://www.oregon.gov/oha/ph/about/pages/adac-forms.aspx>

Quyết Định Chăm Sóc Sức Khỏe Oregon theo số 1-800-422-4805

Việc hoàn thành chỉ thị trước là không bắt buộc. Nếu quý vị không muốn có chỉ thị trước, quý vị không cần phải hoàn thành các biểu mẫu.

Chính Sách Chỉ Thị Trước của Phòng Khám Oregon

Các nỗ lực duy trì sự sống sẽ được bắt đầu và duy trì đối với tất cả các bệnh nhân có thể gặp biến cố về tim/hô hấp khi ở Trung Tâm Nội Soi. Bệnh nhân sẽ có cơ hội được giới thiệu tới một cơ sở khác để chăm sóc nếu không đồng ý với tuyên bố giới hạn này. Nếu có, bản sao của mọi chỉ thị trước sẽ được bệnh nhân mang theo khi chuyển đến cơ sở khác.

Tiết Lộ Thông Tin Của Bác Sĩ

Theo quy định của Medicare Liên Bang, chúng tôi phải tiết lộ rằng các bác sĩ của chúng tôi có lợi ích tài chính trong các Trung Tâm Nội Soi Tiêu Hóa của Phòng Khám Oregon.

Thông Báo Về Quyền Giới Thiệu và Xác Nhận

Theo luật Oregon (ORS 441.098), khi quý vị được giới thiệu đến dịch vụ chăm sóc bên ngoài phòng khám của chúng tôi, chúng tôi phải thông báo cho quý vị rằng quý vị có thể thực hiện xét nghiệm hoặc dịch vụ tại một cơ sở khác với cơ sở do bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị đề xuất

Thông Báo về Quyền Từ Chối Tham Gia của Quý Vị vào Nghiên Cứu Di Truyền Ẩn Danh và/hoặc Mã Hóa Trong Tương Lai

Tiểu Bang Oregon có luật bảo vệ quyền riêng tư về thông tin di truyền của các cá nhân. Các luật này trao cho quý vị quyền từ chối sử dụng thông tin sức khỏe hoặc mẫu sinh học của quý vị phục vụ cho nghiên cứu. Mẫu sinh học có thể bao gồm mẫu máu, mẫu nước tiểu hoặc các loại mẫu khác được thu thập từ cơ thể quý vị. Quý vị có thể quyết định có cho phép sử dụng thông tin sức khỏe hoặc mẫu sinh học của mình để nghiên cứu di truyền hay không. Để biết thêm thông tin, hãy truy cập [Thông Báo về Thực Hành Quyền Riêng Tư | Phòng Khám Oregon](#).

Quyền và Trách Nhiệm của Bệnh Nhân

<https://www.oregonclinic.com/patient-rights/>

"Bệnh nhân" chỉ bệnh nhân, người đại diện của bệnh nhân hoặc người thay thế, nếu có.

LÀ BỆNH NHÂN CỦA PHÒNG KHÁM OREGON, QUÝ VỊ CÓ QUYỀN:

- Nhận tất cả thông tin liên lạc bằng ngôn ngữ và/hoặc cách mà quý vị hiểu. Phiên dịch viên sẽ được cung cấp khi cần thiết. Phòng Khám Oregon cung cấp các hỗ trợ và dịch vụ cho người khuyết tật để giao tiếp hiệu quả với chúng tôi, chẳng hạn như:
 - Phiên dịch viên ngôn ngữ ký hiệu và phiên dịch viên ngôn ngữ đủ trình độ.
 - Thông tin được viết bằng một số ngôn ngữ phổ biến trong thành phố này.
 - Nếu quý vị tin rằng Phòng Khám Oregon đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử theo cách khác dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật, giới tính (bao gồm bản dạng giới và khuynh hướng tính dục) hoặc bất kỳ sự kết hợp nào trong số này:
- Quý vị có thể nộp đơn than phiền với Điều Phối Viên Dân Quyền/Viên Chức Tuân Thủ của Phòng Khám Oregon qua đường bưu điện tại địa chỉ 541 NE 20th Ave, Suite 225, Portland, OR 97232; (số fax) 503-935-8911; hoặc gửi email đến compliance@orclinic.com.
- Quý vị có thể gửi đơn khiếu nại dân quyền cho Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ, Văn Phòng Dân Quyền, theo phương thức điện tử tại [Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ - Văn Phòng Dân Quyền](#) hoặc qua điện thoại theo số 1-800-368-1019 (TDD) 800-537-7697. Mẫu đơn khiếu nại có sẵn [tại đây](#). (fax) 202-619-3818.
- Đối với các mối quan ngại về các trung tâm phẫu thuật cấp cứu của Phòng Khám Oregon, hãy liên hệ với Cơ Quan Y Tế Oregon, Chương Trình Cải Thiện Chất Lượng và Quy Định Chăm Sóc Sức Khỏe: 800 NE Oregon Street, Suite 465, Portland OR 97232; 971-673-0540. Mẫu đơn khiếu nại có sẵn [tại đây](#).
- Được chăm sóc chu đáo, tôn trọng và đối xử đầy lòng nhân ái trong một môi trường an toàn và bảo mật, không có bất kỳ hình thức phân biệt đối xử, lạm dụng hoặc quấy rối nào. Phòng Khám Oregon tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên Bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, khuyết tật hoặc giới tính.
- Thực hiện các quyền của quý vị mà không bị phân biệt đối xử hoặc trả thù.
- Quyền riêng tư và bảo mật cá nhân liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị. Thông tin chỉ có thể được tiết lộ khi có sự đồng ý của quý vị, trừ khi được pháp luật quy

định. Quý vị có quyền được thông báo về lý do có mặt của bất kỳ cá nhân nào. Các quy định của HIPAA sẽ được tuân thủ.

- Nhận thông tin về chẩn đoán, điều trị và kết quả mong đợi từ nhà cung cấp hoặc nhân viên được chỉ định theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Xét về mặt y tế, khi không nên cung cấp thông tin cho bệnh nhân, thông tin sẽ được cung cấp cho người được chỉ định bởi bệnh nhân hoặc người được ủy quyền hợp pháp.
- Nhận thông tin cần thiết và tham gia vào các quyết định liên quan đến một thủ thuật hoặc phương pháp điều trị được đề xuất để đưa ra sự đồng ý sau khi được cung cấp đầy đủ thông tin hoặc từ chối đợt điều trị này.
- Được nhận sự chăm sóc liên tục hợp lý và được biết trước thời gian và địa điểm của (các) cuộc hẹn khám cũng như người cung cấp dịch vụ chăm sóc.
- Tham khảo ý kiến của một bác sĩ khác hoặc thay đổi nhà cung cấp nếu có các nhà cung cấp đủ điều kiện khác.
- Đồng ý hoặc từ chối tham gia các dự án nghiên cứu.
- Biết tên và tình trạng chuyên môn của nhà cung cấp chịu trách nhiệm chính trong việc điều phối hoạt động chăm sóc cho quý vị cũng như tên, mối quan hệ nghề nghiệp và thông tin của các bác sĩ và nhân viên chăm sóc sức khỏe khác mà quý vị có thể gặp.
- Xem xét hồ sơ y tế của quý vị trong giới hạn pháp luật cho phép. Tất cả thông tin liên lạc và hồ sơ liên quan đến dịch vụ chăm sóc của quý vị sẽ được coi là thông tin bảo mật.
- Nhận thông tin trước khi thực hiện thủ thuật, bao gồm mô tả về Luật An Toàn và Sức Khỏe Tiểu Bang hiện hành và các biểu mẫu mẫu chỉ thị trước chính thức của Tiểu Bang, nếu được yêu cầu. Dịch vụ này được cung cấp theo yêu cầu.
- Có hiệu lực và được ghi chép lại trong hồ sơ y tế của quý vị về tình trạng sẵn sàng của bất kỳ Chỉ Thị Trước nào liên quan đến Di Chúc Sống, giấy ủy quyền y tế hoặc các tài liệu khác giới hạn việc chăm sóc của quý vị; quý vị có quyền được giới thiệu đến một cơ sở thay thế nếu quý vị muốn Chỉ Thị Trước của mình được tuân thủ trong quá trình thực hiện thủ thuật. Để biết thêm thông tin, hãy truy cập [Cơ Quan Y Tế Oregon: Ủy Ban Cố Vấn Chỉ Thị Trước \(ADAC\): Giới Thiệu về Bộ Phận Y Tế Công Cộng: Tiểu Bang Oregon](#). Để có biểu mẫu, hãy truy cập: [Cơ Quan Y Tế Oregon: Biểu Mẫu Chỉ Thị Trước: Giới thiệu về Bộ Phận Y Tế Công Cộng: Tiểu Bang Oregon](#).
- Đưa ra phản hồi thích hợp, bao gồm cả đề xuất và khiếu nại.
- Lên tiếng về than phiền, bằng lời nói hoặc bằng văn bản, liên quan đến việc điều trị hoặc chăm sóc được cung cấp hoặc không được cung cấp. Để được hỗ trợ trình bày phàn nàn hoặc khiếu nại, hãy truy cập [Trung Tâm Thanh Tra | CMS](#) hoặc 1-800-MEDICARE, Oregon DHS: [Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Oregon: Khiếu Nại và Quan Ngại: Giới Thiệu Về Chúng Tôi: Tiểu Bang Oregon](#).

- Kiểm tra và nhận giải thích về hóa đơn của quý vị và chính sách thanh toán của chúng tôi, bất kể nguồn thanh toán là gì.
- Tiếp cận sau giờ làm việc với bác sĩ qua điện thoại. Cung cấp các biện pháp khẩn cấp khi cần thiết.

Sử dụng các biểu mẫu trên trang [Biểu Mẫu Quyền của Bệnh Nhân](#) để yêu cầu sửa đổi hồ sơ y tế của quý vị, hạn chế về thông tin y tế được bảo vệ hoặc xem lịch sử tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ.

LÀ BỆNH NHÂN CỦA PHÒNG KHÁM OREGON, QUÝ VỊ CÓ TRÁCH NHIỆM:

- Cung cấp thông tin đầy đủ và chính xác về sức khỏe của quý vị, bao gồm tình trạng hiện tại, bệnh tật trong quá khứ, các lần nhập viện, thuốc, bao gồm các sản phẩm và chất bổ sung không cần kê đơn, dị ứng và nhạy cảm cũng như bất kỳ thông tin nào khác liên quan đến sức khỏe của quý vị.
- Tham gia tích cực vào việc chăm sóc của quý vị.
- Cho mọi người biết liệu quý vị có hiểu rõ quá trình hành động được dự tính hay không và những gì được mong đợi ở quý vị, kể cả việc quý vị dự đoán sẽ không tuân thủ điều trị theo quy định hoặc đang xem xét các liệu pháp thay thế. Đặt câu hỏi khi có điều chưa hiểu.
- Tuân thủ kế hoạch điều trị do bác sĩ của quý vị đề xuất, có thể bao gồm các hướng dẫn của y tá và nhân viên y tế liên kết khi họ thực hiện kế hoạch chăm sóc phối hợp và thực hiện các mệnh lệnh của bác sĩ hành nghề có trách nhiệm, cũng như khi họ thực thi các quy tắc và quy định hiện hành.
- Báo cáo những thay đổi ngoài dự kiến về tình trạng của quý vị cho nhân viên chăm sóc y tế chịu trách nhiệm.
- Chịu trách nhiệm về hành động của mình nếu quý vị từ chối điều trị hoặc không làm theo hướng dẫn của bác sĩ.
- Cung cấp thông tin thanh toán đầy đủ và chính xác để xử lý yêu cầu bồi thường và thanh toán hóa đơn kịp thời.
- Tham gia các cuộc hẹn, đến các cuộc hẹn của quý vị đúng giờ và thông báo cho bác sĩ càng sớm càng tốt nếu quý vị không thể tham gia các cuộc hẹn của mình.
- Tùy thuộc vào dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được, hãy đề nghị một người lớn chịu trách nhiệm đưa đón về nhà và ở cùng họ theo chỉ dẫn của nhà cung cấp hoặc theo chỉ dẫn khi xuất viện.
- Tôn trọng người khác và tôn trọng tài sản của họ khi ở trong các cơ sở của Phòng Khám Oregon. Việc không tuân thủ điều này có thể dẫn đến việc chấm dứt điều trị.
- [Xem lại](#) Chính Sách Quyền Riêng Tư của chúng tôi.

THÔNG BÁO VỀ QUYỀN GIỚI THIỆU

THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ CÁC QUYỀN CỦA QUÝ VỊ KHI NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA QUÝ VỊ GIỚI THIỆU QUÝ VỊ ĐẾN MỘT NHÀ CUNG CẤP HOẶC CƠ SỞ KHÁC ĐỂ THỰC HIỆN CÁC DỊCH VỤ XÉT NGHIỆM HOẶC DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE BỔ SUNG.

Theo luật Oregon, khi quý vị được giới thiệu đến dịch vụ chăm sóc bên ngoài phòng khám của chúng tôi, chúng tôi, Phòng Khám Oregon, phải thông báo cho quý vị rằng quý vị có thể thực hiện xét nghiệm hoặc dịch vụ tại một cơ sở khác với cơ sở do bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị đề xuất.

Luật Oregon quy định (ORS 441.098):

- Giới thiệu thực hiện xét nghiệm chẩn đoán hoặc điều trị, dịch vụ chăm sóc sức khỏe phải dựa trên nhu cầu lâm sàng của bệnh nhân và lựa chọn sức khỏe cá nhân.
- Nếu bệnh nhân được giới thiệu đi xét nghiệm chẩn đoán hoặc điều trị hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại cơ sở mà nhà cung cấp dịch vụ giới thiệu (hoặc thành viên gia đình trực hệ của nhà cung cấp đó) có lợi ích tài chính, bệnh nhân phải được thông báo bằng lời nói và bằng văn bản về khoản lợi ích đó tại thời điểm giới thiệu.
- Bác sĩ y tế hoặc người được chỉ định của bác sĩ phải thông báo cho bệnh nhân tại thời điểm giới thiệu rằng:
 - (a) bệnh nhân có quyền lựa chọn nơi nhận xét nghiệm, điều trị hoặc dịch vụ; và
 - (b) Nếu bệnh nhân chọn một cơ sở khác với cơ sở do bác sĩ đề xuất, bệnh nhân có trách nhiệm liên hệ với công ty bảo hiểm của mình để xác định phạm vi bảo hiểm hoặc giới hạn bảo hiểm cho xét nghiệm, điều trị hoặc dịch vụ tại cơ sở do bệnh nhân lựa chọn.
- Bác sĩ không được từ chối, giới hạn hoặc rút lại giới thiệu chỉ vì bệnh nhân chọn làm xét nghiệm, điều trị hoặc dịch vụ từ một cơ sở khác.

Để nghe bản ghi âm tài liệu về Quyền và Trách Nhiệm của Bệnh Nhân, vui lòng gọi số 503-935-8334.

(Sửa đổi ngày 04/02/2025)

Những Điều Cần Biết: Thanh Toán Chi Phí Nội Soi Đại Tràng

SÀNG LỌC

Không có triệu chứng (không có triệu chứng đường tiêu hóa), từ 45 tuổi trở lên, **không có** tiền sử cá nhân về Bệnh Viêm Ruột, polyp đại tràng và/hoặc ung thư.

Dịch vụ này **CÓ THỂ** được bao trả theo Đạo Luật Chăm Sóc Giá Cả Phải Chăng (ACA) và bệnh nhân không phải tự trả chi phí.

Nếu loại bỏ polyp, Medicare có thể đổi thành chẩn đoán

Mã CPT để cung cấp cho công ty bảo hiểm của quý vị: 45378, 45380 và 45385

Mã chẩn đoán: Z12.11 (nội soi sàng lọc đại tràng)

Mã CPT gây mê: 00811 và 00812

Mã CPT bệnh học: 88305 và 88312

GIÁM SÁT

Không có triệu chứng (không có triệu chứng đường tiêu hóa), **có** tiền sử cá nhân hoặc gia đình mắc Bệnh Viêm Đường Ruột, polyp đại tràng và/hoặc ung thư.

Dịch vụ này **CÓ THỂ KHÔNG** được coi là dịch vụ phòng ngừa và có thể áp dụng cho khoản khấu trừ và đồng bảo hiểm của quý vị.

Mã CPT để cung cấp cho công ty bảo hiểm của quý vị: 45378, 45380 và 45385

Mã chẩn đoán: Z86.010 (tiền sử cá nhân về polyp) hoặc Z80.0 (tiền sử gia đình về polyp)
Gọi cho văn phòng của chúng tôi nếu quý vị bị Bệnh Viêm Ruột để lấy mã chẩn đoán.

Mã CPT gây mê: 00811 và 00812

Mã CPT bệnh học: 88305 và 88312

CHẨN ĐOÁN

Hiện có triệu chứng đường tiêu hóa (GI).

Dịch vụ này **KHÔNG** được coi là dịch vụ phòng ngừa và sẽ được áp dụng cho khoản khấu trừ và đồng bảo hiểm của quý vị.

Mã CPT để cung cấp cho công ty bảo hiểm của quý vị: 45378, 45380 và 45385

Mã chẩn đoán: Các mã này khác nhau, vì vậy vui lòng gọi cho văn phòng của chúng tôi để biết mã chẩn đoán của quý vị.

Mã CPT gây mê: 00811 và 00812

Mã CPT bệnh học: 88305 và 88312

- Chúng tôi lập hóa đơn cho các khoản phí chuyên môn và cơ sở vật chất. Phí gây mê và bệnh lý được lập hóa đơn bởi các tổ chức độc lập; Xem tài liệu riêng tại đây: www.oregonclinic.com/gi-preps/billing-information
- Chúng tôi **KHÔNG THỂ** thay đổi, bổ sung hoặc xóa mã chẩn đoán để dịch vụ được coi là nội soi sàng lọc đại tràng. Công ty bảo hiểm có thể nói với quý vị rằng chúng tôi làm được điều này, nhưng sự thật không phải vậy. Hồ sơ bệnh án của quý vị là một tài liệu pháp lý có tính ràng buộc và không thể thay đổi theo các hướng dẫn của chính phủ, bảo hiểm và hướng dẫn tuân thủ. Việc thay đổi, thêm hoặc xóa mã chẩn đoán bị coi là gian lận bảo hiểm và sẽ bị xử phạt theo luật pháp.
- Đối với tất cả các danh mục ở trên, quý vị cần chuẩn bị một khoản tiền cho khoản khấu trừ và chi phí tự trả tối đa. Quý vị cần hiểu rằng công ty bảo hiểm của quý vị có thể không coi thủ thuật nội soi đại tràng là "nội soi sàng lọc đại tràng".
- Vì mỗi trường hợp không giống nhau, chúng tôi đặc biệt khuyến khích tất cả bệnh nhân xác nhận với công ty bảo hiểm trước khi thực hiện thủ thuật. **Điều này có thể giúp quý vị tránh được những chi phí không lường trước.**



Những Điều Cần Biết: Thanh Toán Chi Phí Nội Soi Đại Tràng

SÀNG LỌC

Không có triệu chứng (không có triệu chứng đường tiêu hóa), từ 45 tuổi trở lên, **không có** tiền sử cá nhân về Bệnh Viêm Ruột, polyp đại tràng và/hoặc ung thư.

Dịch vụ này **CÓ THỂ** được bao trả theo Đạo Luật Chăm Sóc Giá Cả Phải Chăng (ACA) và bệnh nhân không phải tự trả chi phí.

Nếu loại bỏ polyp, Medicare có thể đổi thành chẩn đoán

Mã CPT để cung cấp cho công ty bảo hiểm của quý vị: 45378, 45380 và 45385

Mã chẩn đoán: Z12.11 (nội soi sàng lọc đại tràng)

Mã CPT gây mê: 00811 và 00812

Mã CPT bệnh học: 88305 và 88312

GIÁM SÁT

Không có triệu chứng (không có triệu chứng đường tiêu hóa), **có** tiền sử cá nhân hoặc gia đình mắc Bệnh Viêm Đường Ruột, polyp đại tràng và/hoặc ung thư.

Dịch vụ này **CÓ THỂ KHÔNG** được coi là dịch vụ phòng ngừa và có thể áp dụng cho khoản khấu trừ và đồng bảo hiểm của quý vị.

Mã CPT để cung cấp cho công ty bảo hiểm của quý vị: 45378, 45380 và 45385

Mã chẩn đoán: Z86.010 (tiền sử cá nhân về polyp) hoặc Z80.0 (tiền sử gia đình về polyp)
Gọi cho văn phòng của chúng tôi nếu quý vị bị Bệnh Viêm Ruột để lấy mã chẩn đoán.

Mã CPT gây mê: 00811 và 00812

Mã CPT bệnh học: 88305 và 88312

CHẨN ĐOÁN

Hiện có triệu chứng đường tiêu hóa (GI).

Dịch vụ này **KHÔNG** được coi là dịch vụ phòng ngừa và sẽ được áp dụng cho khoản khấu trừ và đồng bảo hiểm của quý vị.

Mã CPT để cung cấp cho công ty bảo hiểm của quý vị: 45378, 45380 và 45385

Mã chẩn đoán: Các mã này khác nhau, vì vậy vui lòng gọi cho văn phòng của chúng tôi để biết mã chẩn đoán của quý vị.

Mã CPT gây mê: 00811 và 00812

Mã CPT bệnh học: 88305 và 88312

- Chúng tôi lập hóa đơn cho các khoản phí chuyên môn và cơ sở vật chất. Phí gây mê và bệnh lý được lập hóa đơn bởi các tổ chức độc lập; Xem tài liệu riêng tại đây: www.oregonclinic.com/gi-preps/billing-information
- Chúng tôi **KHÔNG THỂ** thay đổi, bổ sung hoặc xóa mã chẩn đoán để dịch vụ được coi là nội soi sàng lọc đại tràng. Công ty bảo hiểm có thể nói với quý vị rằng chúng tôi làm được điều này, nhưng sự thật không phải vậy. Hồ sơ bệnh án của quý vị là một tài liệu pháp lý có tính ràng buộc và không thể thay đổi theo các hướng dẫn của chính phủ, bảo hiểm và hướng dẫn tuân thủ. Việc thay đổi, thêm hoặc xóa mã chẩn đoán bị coi là gian lận bảo hiểm và sẽ bị xử phạt theo luật pháp.
- Đối với tất cả các danh mục ở trên, quý vị cần chuẩn bị một khoản tiền cho khoản khấu trừ và chi phí tự trả tối đa. Quý vị cần hiểu rằng công ty bảo hiểm của quý vị có thể không coi thủ thuật nội soi đại tràng là "nội soi sàng lọc đại tràng".
- Vì mỗi trường hợp không giống nhau, chúng tôi đặc biệt khuyến khích tất cả bệnh nhân xác nhận với công ty bảo hiểm trước khi thực hiện thủ thuật. **Điều này có thể giúp quý vị tránh được những chi phí không lường trước.**



Thông Tin Thanh Toán

Quý vị sẽ nhận được hóa đơn từ các đơn vị riêng biệt liên quan đến thủ thuật của quý vị, chẳng hạn như bác sĩ, cơ sở (Trung Tâm Nội Soi của Phòng Khám Oregon hoặc bệnh viện), nhà cung cấp dịch vụ gây mê, nhà nghiên cứu bệnh học và/hoặc phòng xét nghiệm (mô học). Văn Phòng Kinh Doanh của Phòng Khám Oregon (503-963-2900) chỉ có thể cung cấp cho quý vị thông tin liên quan đến chi phí của chúng tôi. Nếu quý vị cần hỗ trợ, hoặc có bất kỳ câu hỏi nào liên quan đến việc thanh toán, vui lòng sử dụng bảng bên dưới để xác định ai có thể trả lời tốt nhất câu hỏi của quý vị.

Cảm ơn quý vị đã cho phép chúng tôi cung cấp dịch vụ chăm sóc tiêu hóa cho quý vị.

CÁC DỊCH VỤ ĐƯỢC CUNG CẤP	Khoa Tiêu Hóa – Miền Đông Địa điểm: Gateway	Khoa Tiêu Hóa – Miền Tây Địa điểm: Tòa Nhà Peterkort	Khoa Tiêu hóa – Miền Nam Địa điểm: Tualatin, Thành Phố Oregon, và Newberg
Phí Chuyên Khoa: Bao gồm các dịch vụ của bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa. Thăm Khám Tại Phòng Khám và Thực Hiện Thủ Thuật Phí của Trung Tâm Nội Soi : Bao gồm việc sử dụng cơ sở vật chất, thiết bị, chăm sóc điều dưỡng và vật tư y tế. Phí Mô Học: Bao gồm chi phí xử lý mẫu sau khi thực hiện thủ thuật.	Văn Phòng Kinh Doanh của Phòng Khám Oregon Điện thoại (503) 963-2900 Giờ làm việc: Thứ Hai - Thứ Sáu; 8:00 sáng đến 4:30 chiều		
Phí Bệnh Học: Bao gồm chi phí để nhà nghiên cứu bệnh học đọc và giải thích tiêu bản mẫu bệnh phẩm.	Phòng Khám Oregon, Phòng Xét Nghiệm Bệnh Lý Đường Tiêu Hóa Điện thoại: (503) 963-2900 Giờ làm việc: Thứ Hai - Thứ Sáu; 8:00 sáng đến 4:30 chiều Dịch Vụ Phòng Xét Nghiệm Providence (Thông tin Thanh toán) Điện thoại: (866) 747-2455 Giờ làm việc: Thứ Hai - Thứ Sáu 8:00 sáng đến 5:00 chiều; Thứ Bảy 9:00 sáng đến 2:00 chiều Nguồn Lực Liên Hệ Hỗ trợ thanh toán Providence		
Phí gây mê: Bao gồm các khoản phí gây mê do bác sĩ hoặc y tá thực hiện.	Metropolitan Anesthesia (Coronis Health - Công Ty Lập Hóa Đơn) Điện thoại: (800) 242-1131 Số nội bộ 5319 Giờ làm việc: Thứ Hai - Thứ Sáu; 8:00 sáng đến 5:00 chiều theo giờ EST	Metropolitan Anesthesia (Coronis Health - Công Ty Lập Hóa Đơn) Điện thoại: (800) 242-1131 Số nội bộ 5319 Giờ làm việc: Thứ Hai - Thứ Sáu; 8:00 sáng đến 5:00 chiều theo giờ EST	Anesthesia Associates NW (Anesthesia Business Consultants- Công Ty Lập Hóa Đơn) Điện thoại: (877) 222-4217 hoặc (925) 949-2302 Giờ làm việc: Thứ Hai - Thứ Sáu; 7:00 sáng đến 3:00 chiều theo giờ PST
Nếu thủ thuật của quý vị được thực hiện tại bệnh viện, vui lòng liên hệ với bệnh viện để được thanh toán TẤT CẢ các chi phí (phí chuyên khoa, cơ sở vật chất, gây mê và bệnh học).			
Mọi Bệnh Viện Providence	Văn phòng Kinh doanh Dịch vụ và Sức khỏe Providence Điện thoại: (503) 215-4300 Giờ làm việc: Thứ Hai - Thứ Sáu; 8:00 sáng đến 8:00 tối, Thứ Bảy 9:00 sáng đến 2:00 chiều		
Mọi Bệnh Viện Legacy	Văn Phòng Kinh Doanh Hệ Thống Legacy Health Điện thoại: (503) 413-4048 Giờ làm việc: Thứ Hai - Thứ Sáu; 8:00 sáng đến 6:45 tối		