

SALISH SEDATION SERVICES, PLLC

SỰ CHO PHÉP CÁC DỊCH VỤ GÂY MÊ

1. Theo đây tôi cho phép Salish Sedation Services, PLLC được tiến hành gây mê tĩnh mạch (IV sedation) trong khi thực hiện thủ thuật điều trị cho tôi. Tôi đã được cung cấp thông tin về tính chất và mục đích của kỹ thuật gây mê đề xuất.
2. Kỹ thuật gây mê chứa đựng các rủi ro bên cạnh các rủi ro sẵn có của chính thủ thuật điều trị y tế hoặc phẫu thuật. Các rủi ro này có thể bao gồm, nhưng không chỉ giới hạn ở: các phản ứng có hại của thuốc, thức tỉnh ngoài dự tính trong khi gây mê, tổn thương não, tử vong, tổn thương dây thần kinh, tổn thương răng hoặc các điều trị răng hiện có, ví dụ như cầu nối răng, bọc răng sứ, và trồng răng giả. Các rủi ro gây mê còn có thể bao gồm gây tổn hại dây thanh âm, các vấn đề về hô hấp, cảm giác hơi đau và khó chịu, gây tổn hại động mạch hoặc tĩnh mạch, đau đầu, đau lưng và sự hít khí (tình trạng thành phần trong dạ dày đi vào ruột và có thể gây ra nhiễm trùng). Trong trường hợp có biến chứng, cả Northwest Gastroenterology & Endoscopy và Salish Sedation Services, PLLC sẽ không chịu trách nhiệm tài chính liên quan tới việc chăm sóc kiểm soát tình trạng biến chứng. Các rủi ro của việc gây mê đã được một nhà cung cấp dịch vụ gây mê giải thích thỏa đáng cho tôi và tôi cũng có đầy đủ cơ hội để thảo luận về biện pháp điều trị đề xuất và các rủi ro có liên quan.
3. Tất cả các câu hỏi của tôi đã được trả lời một cách thỏa đáng. Tôi tin rằng tôi có đủ kiến thức và hiểu biết để cho phép tiêm (các) thuốc gây mê và các kỹ thuật gây mê đề xuất.
4. Tôi cho phép công ty dịch vụ hóa đơn/quản lý của Salish Sedation Services, PLLC đại diện cho tôi trong việc đăng ký các phúc lợi và cho phép tất cả các khoản tiền thanh toán từ hãng bảo hiểm y tế chỉ định của tôi được trả trực tiếp cho Salish Sedation Services, PLLC. Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm với Salish Sedation Services, PLLC về tất cả các khoản chi phí, bao gồm các chi phí không được hãng bảo hiểm của tôi chi trả.
5. Tôi cho phép Salish Sedation Services, PLLC tiết lộ bất kỳ thông tin cần thiết nào cho (các) hãng cung cấp bảo hiểm được chỉ định của tôi và tất cả các bên thanh toán tiền thứ ba cho mục đích xử lý việc đòi tiền bảo hiểm có liên quan tới các dịch vụ gây mê đã được cung cấp.
6. Tôi được thông báo rằng một hoặc nhiều bác sĩ trong lĩnh vực này có quyền sở hữu Salish Sedation Services, PLLC – là công ty cung cấp các dịch vụ gây mê.

TÔI TUYÊN BỐ RẰNG TÔI ĐÃ ĐỌC NỘI DUNG PHÍA TRÊN VÀ HIỂU RẰNG CÁC NỘI DUNG NÀY LÀ ĐÚNG SỰ THẬT. Không có sự bảo đảm, bảo hành hoặc tuyên bố nào, dù thể hiện ra hoặc ngụ ý, về kết quả của thủ thuật gây mê. Tất cả các câu hỏi đã được trả lời một cách thỏa đáng cho tôi.

Chữ ký của Bệnh nhân/Người được chỉ định ủy quyền

Ngày & Giờ Lấy Chữ ký của Bệnh nhân

Nhân chứng

Nhà cung cấp dịch vụ gây mê tìm kiếm sự đồng thuận

Patient label (Nhãn bệnh nhân)