

Thông Tin Bệnh Nhân

Họ

Tên

Chữ Cái Đầu Tên Đệm

Tên Muốn Được Gọi

Ngày Sinh

Địa Chỉ Cư Trú

Địa Chỉ Gửi Thư (nếu khác với địa chỉ cư trú)

Thành Phố

Tiểu Bang

Mã Bưu Chính

Thành Phố

Tiểu Bang

Mã Bưu Chính

Bác sĩ chính của tôi ở CHC?

☐ Có

☐ Không

Nha sĩ chính của tôi ở CHC?

☐ Có

☐ Không

Thông Tin Liên Hệ của Bệnh Nhân

Số Điện Thoại nhà

☐ điện thoại di động

Số Điện Thoại Gọi Ban Ngày

Địa Chỉ Email*

Số điện thoại liên hệ ưu tiên:

☐ Số Điện Thoại

☐ Số Điện Thoại Gọi Ban Ngày

☐ Tôi cho phép quý vị để lại lời nhắn/tin nhắn chi tiết trên điện thoại ưu tiên của tôi

☐ Chương trình có thể gửi thông tin chi tiết gửi đến hòm thư của tôi

Quý vị muốn nhận lời nhắc về cuộc hẹn qua phương thức nào?

☐ Email

☐ Gọi điện

☐ Tin nhắn văn bản

☐ Thư thoại

Tên Người Liên Hệ trong Trường Hợp Khẩn Cấp

Quan hệ

Số điện thoại

Thông Tin Nhân Chứng Học Bổ Sung của Bệnh Nhân (UDS)

Quý vị là người vô gia cư?

☐ Có

☐ Không

Quý vị có phải là công nhân nông nghiệp không?

☐ Có

☐ Không

Quý vị đã phục vụ trong quân đội, lực lượng vũ trang hoặc các dịch vụ đồng phục của Hoa Kỳ chưa?

Bao gồm: Lực Lượng Không Quân, Lục Quân, Tuần Duyên, Thủy Quân Lục Chiến, Hải Quân, Lực Lượng Không Gian, Lực Lượng Vệ Binh Quốc Gia hoặc Lực Lượng Dự Bị hoặc Dịch Vụ Y Tế Công Cộng Hoa Kỳ (US Public Health Service, PHS), và Cơ Quan Quản Lý Khí Quyển Và Đại Dương Quốc Gia (National Oceanic and Atmospheric Administration, NOAA):

☐ Có

☐ Không

Nhà thuốc ưu tiên của quý vị là nhà thuốc nào? (tên và địa chỉ)

Thông Tin Bảo Hiểm Chính Xin vui lòng đưa thẻ bảo hiểm của quý vị cho quầy lễ tân.

Quý vị có muốn chúng tôi chia sẻ những thông tin y tế/nha khoa chung của quý vị cho ai không?

Tên:

Quan hệ:

Số điện thoại:

Tên:

Quan hệ:

Số điện thoại:

Tên:

Quan hệ:

Số điện thoại:

*Thông tin chung bao gồm ngày giờ hẹn khám và quý vị là bệnh nhân tại Community Health Care. Trong đó KHÔNG bao gồm lý do hẹn khám, kết quả xét nghiệm hoặc kiểm tra, hoặc chi tiết về việc chăm sóc.

Ủy Quyền, Đồng Ý và Chuyển Nhượng Quyền Lợi Bảo Hiểm

Theo đây, tôi đồng ý với dịch vụ chăm sóc ngoại trú của Community Health Care, nơi có một đội ngũ bác sĩ lâm sàng đa ngành. Dịch vụ chăm sóc này có thể bao gồm: Đánh Giá, Chẩn Đoán, Tư Vấn và Điều Trị Sức Khỏe Y Tế, Tâm Thần, Sức Khỏe Hành Vi và/hoặc Chăm Sóc Nha Khoa. Các dịch vụ này có thể được cung cấp tại một trong các phòng khám của chúng tôi hoặc thông qua hệ thống y tế từ xa, sử dụng thiết bị hội nghị truyền hình. Tôi ủy quyền công ty bảo hiểm thanh toán trực tiếp cho Community Health Care bằng các quyền lợi bảo hiểm của mình và hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm tài chính cho tất cả các dịch vụ không được bảo hiểm bao trả. Tôi đồng ý tiết lộ thông tin về Điều Trị/Tư Vấn cho Sức Khỏe Y Tế, Tâm Thần, Sức Khỏe Hành Vi và/hoặc Chăm Sóc Nha Khoa cho mục đích thanh toán hoặc các hoạt động chăm sóc sức khỏe. Giấy ủy quyền và chuyển nhượng này có hiệu lực vĩnh viễn và sẽ vẫn được lưu hồ sơ và được sử dụng cho các yêu cầu bảo hiểm trong tương lai. Tôi có thể thu hồi giấy ủy quyền và chuyển nhượng này bất cứ lúc nào qua thông báo bằng văn bản. Tôi xác nhận rằng tôi đã nhận được một bản Thông Báo về Thực Thi Quyền Riêng Tư cho Community Health Care. Tôi hiểu rằng Community Health Care sẽ gửi hóa đơn cho tôi và/hoặc hãng bảo hiểm của tôi cho chi phí các lần thăm khám y tế, nha khoa và/hoặc sức khỏe hành vi trực tiếp, từ xa qua thiết bị nghe-nhìn và từ xa qua thiết bị âm thanh.

Chữ ký:

Ngày:

Tên In:

Quan hệ với bệnh nhân:

Phần dành riêng cho phòng khám (For Office Use Only):

Initials

Thông Tin của Bên Chịu Trách Nhiệm

Họ	Tên	Chữ Cái Đầu Tên Đệm	Tên Muốn Được Gọi
Xin vui lòng đưa Chứng minh nhân dân của quý vị cho quầy lễ tân			
Số An Sinh Xã Hội	☐ từ chối	Ngày Sinh	
Giới Tính lúc Sinh:	☐ Nam ☐ Nữ		
Đại Từ Muốn Được Gọi:			
☐ Không muốn trả lời	☐ Ông ta/Anh ta/Của ông ta/Của anh ta	☐ Bà ta/Cô ta/Của bà ta/Của cô ta	
☐ Họ/Của họ	☐ Đại từ nhân xưng cho người phi nhị giới (Ze/Hir)	☐ Khác:	
Địa Chỉ Cư Trú		Địa Chỉ Gửi Thư (nếu khác với địa chỉ cư trú)	
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính	Thành Phố
		Tiểu Bang	Mã Bưu Chính
Liệu thông dịch viên có thể giúp ích trong chuyến thăm khám của quý vị không? ☐ Có ☐ Không			
Ngôn Ngữ Chính			

Thông Tin Liên Hệ của Bên Chịu Trách Nhiệm

Số Điện Thoại nhà	☐ điện thoại di động	Số Điện Thoại Gọi Ban Ngày	Địa Chỉ Email*
Số điện thoại liên hệ ưu tiên:	☐ Số Điện Thoại	☐ Số Điện Thoại Gọi Ban Ngày	
☐ Tôi cho phép quý vị để lại lời nhắn/tin nhắn chi tiết trên điện thoại ưu tiên của tôi			
☐ Chương trình có thể gửi thông tin chi tiết gửi đến hòm thư của tôi			
Quý vị muốn nhận lời nhắc về cuộc hẹn qua phương thức nào?			
☐ Email	☐ Gọi điện	☐ Tin nhắn văn bản	☐ Thư thoại
Tên Người Liên Hệ trong Trường Hợp Khẩn Cấp	Quan hệ	Số điện thoại	

Thông Tin Nhân Chứng Học Bổ Sung của Bên Chịu Trách Nhiệm (UDS)

Quý vị là người vô gia cư? ☐ Có ☐ Không Quý vị có phải là công nhân nông nghiệp không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị tự nhận mình thuộc sắc tộc nào sau đây?

☐ Người Cuba	☐ Người Mỹ Latinh gốc Mexico	☐ Người Mexico	☐ Người Mỹ gốc Mexico
☐ Người Puerto Rico		☐ Người gốc Tây Ban Nha và Latinh khác	
☐ Người không phải gốc Tây Ban Nha và Latinh		☐ Không muốn trả lời	

Quý vị tự nhận mình thuộc chủng tộc nào sau đây?

☐ Người Mỹ Bản Địa/Người Alaska Bản Địa	☐ Người châu Á gốc Ấn	☐ Người Da Đen/Người Mỹ Gốc Phi	
☐ Người Trung Quốc	☐ Người Philippines	☐ Người Guam hoặc Chamorros	☐ Người Hawaii Bản Địa
☐ Người Nhật	☐ Người Hàn	☐ Người châu Á khác	☐ Người Đảo Thái Bình Dương khác
☐ Người Da Trắng	☐ Tiếng Việt	☐ Người Da Trắng	☐ không thích trả lời

Quý vị đã phục vụ trong quân đội, lực lượng vũ trang hoặc các dịch vụ đồng phục của Hoa Kỳ chưa? Bao gồm: Lực Lượng Không Quân, Lục Quân, Tuần Duyên, Thủy Quân Lục Chiến, Hải Quân, Lực Lượng Không Gian, Lực Lượng Vệ Binh Quốc Gia hoặc Lực Lượng Dự Bị hoặc Dịch Vụ Y Tế Công Cộng Hoa Kỳ (US Public Health Service, PHS), và Cơ Quan Quản Lý Khí Quyển Và Đại Dương Quốc Gia (National Oceanic and Atmospheric Administration, NOAA): ☐ Có ☐ Không

Chữ ký: _____ Ngày: _____

Tên In: _____ Quan hệ với bệnh nhân: _____