

## Thông Tin Bệnh Nhân

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

Giới Tính Hiện Tại Theo Pháp Luật:  Nam  Nữ  Không Phân Biệt

Bản Dạng Giới:  Không muốn trả lời  Nam  Nữ

Nam sang Nữ  Nữ sang Nam  Khác: \_\_\_\_\_

Khuynh Hướng Tinh Dục:  Không muốn trả lời  Dị tính  Đồng tính nữ/đồng tính nam/đồng tính luyến ái  
 tính  Khác: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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 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

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

Nhà thuốc thứ cấp (tên và địa chỉ): \_\_\_\_\_

## Quý vị biết đến chúng tôi bằng cách nào?

- Sở Y Tế Quận Tacoma/Pierce.  Chương Trình Needle Exchange  Nhân Viên của CHC  
 Bệnh Viện—bệnh viện nào? \_\_\_\_\_  Nhân Viên phụ trách Tiếp Cận  Bệnh Nhân của CHC  
 Khác: \_\_\_\_\_

## Thông Tin Bảo Hiểm Chính

Xin vui lòng đưa thẻ bảo hiểm của quý vị cho quầy lễ tân.

Tên công ty bảo hiểm \_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_\_\_

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

**Initials** \_\_\_\_\_