

Thông Tin Bệnh Nhân

Họ

Số An Sinh Xã Hội

Giới Tính lúc Sinh:

Giới Tính Hiện Tại Theo Pháp Luật:

Bản Dạng Giới:

Khuynh Hướng Tình Dục:

Đại Từ Muốn Được Gọi:

Tên

Ngày Sinh

☐ Nam

☐ Nữ

☐ Không Phân Biệt

☐ Nam

☐ Nữ

☐ Không Phân Biệt

☐ Không muốn trả lời

☐ Nam sang Nữ

☐ Nam

☐ Nữ sang Nam

☐ Nữ

☐ Khác:

☐ Không muốn trả lời

☐ Song tính

☐ Dị tính

☐ Đồng tính nữ/đồng tính nam/đồng tính luyến ái

☐ Khác:

☐ 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:

Chữ Cái Đầu Tên Đệm

Tên Muốn Được Gọi

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

Tình Trạng Hôn Nhân:

Tư Cách Học Sinh/Sinh Viên:

☐ Góa

☐ Đã kết hôn

☐ Độc thân

☐ Ly hôn

☐ Toàn thời gian

☐ Không phải học sinh sinh viên

☐ Bán thời gian

Ngôn Ngữ Chính

Liệu thông dịch viên có thể giúp ích trong chuyến thăm khám của quý vị không?

☐ Tôi có nhà cung cấp dịch vụ y khoa chính

☐ Tôi có nhà cung cấp dịch vụ nha khoa chính

☐ Có

☐ Không

Thông Tin Liên Hệ của Bệnh Nhân

Số Điện Thoại nhà

Số Điện Thoại Gọi Ban Ngày

Địa Chỉ Email*

Số điện thoại liên hệ ưu tiên:

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

☐ 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

☐ 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)

Nếu là người vô gia cư, loại chỗ ở tạm là:

Đối với Công Nhân Nông Nghiệp:

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

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

☐ Ở chung phòng

☐ Chỗ ở tạm trú

☐ Ngoài Đường Phố

☐ Nơi Trú Ẩn Tạm Thời

☐ Khác:

☐ Không biết

☐ Thời Vụ

☐ Di Trú

☐ Người Gốc Tây Ban Nha/Bồ Đào Nha hoặc Người Gốc La-tinh

☐ Không phải Người Gốc Tây Ban Nha/Bồ Đào Nha hoặc Người Gốc La-tinh

☐ Người Mỹ Bản Địa/Người Alaska Bản Địa

☐ Người Gốc Á

☐ Người Da Đen/Người Mỹ Gốc Phi

☐ Người Hawaii Bản Địa

☐ Người Đảo Thái Bình Dương khác

☐ Người Da Trắng

☐ Khác:

☐ Không muốn trả lời

Tư Cách Quân Nhân/Cựu Chiến Binh:

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

☐ Có

☐ Không

☐ Đang tại ngũ

☐ Có

☐ Không

☐ Đang tại ngũ

*Community Health Care sẽ không bán hoặc cho thuê địa chỉ email, tên, địa chỉ gửi thư hoặc những thông tin khác mà quý vị cung cấp cho bất kỳ ai. Community Health Care sẽ không chia sẻ địa chỉ email, tên hoặc họ, địa chỉ gửi thư hay thông tin khác của quý vị mà chúng tôi nhận được cho bất kỳ bên nào, trừ trường hợp: chúng tôi có thể tiết lộ thông tin nhận dạng cá nhân về quý vị theo yêu cầu pháp lý để hồi đáp trả lời hầu tòa, án lệnh hoặc các quy trình pháp lý khác.

Họ	Tên	Chữ Cái Đầu Tên Đệm	Tên Muốn Được Gọi
Số An Sinh Xã Hội	Ngày Sinh		
Giới Tính lúc Sinh:	☐ Không muốn trả lời	☐ 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 Tình Dục:	☐ Không muốn trả lời	☐ Dị tính	☐ Đồng tính nữ/đồng tính nam/đồng tính luyến ái
	☐ Song 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
Tình Trạng Hôn Nhân:	☐ Góa	☐ Đã kết hôn	☐ Độc thân ☐ Ly hôn
Tư Cách Học Sinh/Sinh Viên:		☐ Toàn thời gian	☐ Không phải học sinh sinh viên ☐ Bán thời gian
Liệu thông dịch viên có thể giúp ích trong chuyến thăm khám của quý vị không? ☐ Có ☐ Không			
Ngôn Ngữ Chính	☐ Tôi có nhà cung cấp dịch vụ y khoa chính ☐ Tôi có nhà cung cấp dịch vụ nha khoa chính		

Thông Tin Liên Hệ của Bên Chịu Trách Nhiệm

Số Điện Thoại nhà	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	
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)

Nếu là người vô gia cư, loại chỗ ở tạm là:	☐ Ở chung phòng	☐ Chỗ ở tạm trú	☐ Ngoài Đường Phố	☐ Nơi Trú Ẩn Tạm Thời
	☐ Khác: _____		☐ Không biết	
Đối với Công Nhân Nông Nghiệp:	☐ Thời Vụ	☐ Di Trú		
Quý vị tự nhận mình thuộc sắc tộc nào sau đây?	☐ Người Gốc Tây Ban Nha/Bồ Đào Nha hoặc Người Gốc La-tinh			
	☐ Không phải Người Gốc Tây Ban Nha/Bồ Đào Nha hoặc Người Gốc La-tinh			
Quý vị tự nhận mình thuộc chủng tộc nào sau đây?	☐ Người Mỹ Bản Địa/Người Alaska Bản Địa	☐ Người Gốc Á		
	☐ Người Da Đen/Người Mỹ Gốc Phi	☐ Người Hawaii Bản Địa		
	☐ Người Đảo Thái Bình Dương khác	☐ Người Da Trắng		
	☐ Khác: _____	☐ Không muốn trả lời		
Tư Cách Quân Nhân/Cựu Chiế n Binh:	☐ Có	☐ Không	☐ Đang tại ngũ	

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: _____		

Tên công ty bảo hiểm	Số ID Hợp đồng bảo hiểm	Số nhóm
Địa chỉ yêu cầu chi trả bảo hiểm	Ngày hiệu lực	
Tên chủ hợp đồng	Ngày sinh	Quan hệ với bệnh nhân
Tai nạn? ☐ Có ☐ Không ☐ Làm việc ☐ Ô tô	Ngày xảy ra tai nạn chấn thương	Số đơn yêu cầu bồi thường hoặc ngày xảy ra

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.

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: _____

Chữ ký: _____ Ngày: _____

Quan hệ với bệnh nhân (nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên hoặc có người giám hộ): _____

Phần dành riêng cho phòng khám:

☐ Patient Declined Sliding Fee	☐ Patient Portal enrollment information given	Initials _____
☐ Patient Declined Sliding Fee and Income Range Declaration		

Đơn đăng ký áp dụng thang tính phí theo mức thu nhập

Để đáp ứng các yêu cầu về trợ cấp của Liên bang, chúng tôi phải thu thập thông tin thu nhập đối với tất cả bệnh nhân. Để đủ điều kiện áp dụng thang tính phí theo mức thu nhập (đối với bệnh nhân không có bảo hiểm và những bệnh nhân có bảo hiểm không thể thanh toán hết toàn bộ các dịch vụ), quý vị phải điền thông tin bên dưới. Nếu không được bảo hiểm, quý vị cũng phải gặp nhân viên để xác định xem quý vị có đủ điều kiện bảo hiểm trước đợt thăm khám thứ hai hay không.

Mức thu nhập này cấp dưỡng cho bao nhiêu người? _____

Sử dụng số người trong gia đình quý vị sống trong cùng một hộ gia đình và chia sẻ thu nhập, thực phẩm và/hoặc tiền thuê nhà. Những người đó bao gồm quý vị, vợ/chồng của quý vị và/hoặc bất kỳ người phụ thuộc nào. Vui lòng liệt kê những người quý vị đã nêu:

TÊN	MỐI QUAN HỆ VỚI QUÝ VỊ	TÊN	MỐI QUAN HỆ VỚI QUÝ VỊ
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Có bao nhiêu thu nhập gộp HÀNG THÁNG của hộ gia đình quý vị thu được từ:

Công ăn việc làm	_____	Khuyết tật	_____
Thất nghiệp	_____	Quỹ hưu trí	_____
An sinh xã hội	_____	Trợ cấp cựu chiến binh	_____
Trợ cấp dành cho vợ/chồng	_____	Viện trợ của Chính phủ	_____
Học bổng/tài trợ	_____	Trợ cấp nhà ở	_____
Các khoản phân bổ cho gia đình quân nhân	_____	Khác	_____

TỔNG THU NHẬP HÀNG THÁNG \$ _____

Theo những gì tôi biết, những thông tin được cung cấp là đúng và chính xác. Tôi cho phép Community Health Care xác minh thông tin về tình hình tài chính của tôi. Để hội đủ điều kiện áp dụng thang tính phí theo mức thu nhập, tôi hiểu rằng bản thân phải cung cấp bằng chứng về những thông tin này trong lần thăm khám tiếp theo hoặc trong vòng 30 ngày (tùy theo điều kiện nào đến trước). Nếu trung tâm không nhận được những thông tin này, thì tôi sẽ phải tính hóa đơn theo mức phí đầy đủ cho đợt thăm khám đó.

Tên bệnh nhân hoặc bố mẹ/người giám hộ	Chữ ký của bệnh nhân hoặc bố mẹ/người giám hộ	Ngày
_____	_____	_____
Ngày sinh của bệnh nhân hoặc bố mẹ/người giám hộ	Chữ ký của bệnh nhân hoặc bố mẹ/người giám hộ (nếu áp dụng)	Ngày
_____	_____	_____

For Office Use Only:

☐ See child's chart

Annual Income \$ _____ # in Household _____ Sliding Scale Level _____ Initials _____

Insurance eligibility:

- ☐ Patient was not eligible for insurance (accept sliding fee per declaration on application and change sliding fee expiration date to 1 year from declaration)
- ☐ Patient eligibility is pending (patient has or is applying with Navigator; accept sliding fee per declaration on application and change sliding fee expiration to 1 month from date of declaration until eligibility determined); this can be extended for another month if insurance is still pending.
- ☐ Patient was eligible but chose not to accept insurance or meet with navigator (patient must bring in proof of income per policy: check stubs for past month, tax return, or other approved form)
- ☐ Patient currently has insurance or is eligible and now has insurance (sliding fee per declaration on application; change sliding fee expiration date to 1 year from declaration)
- ☐ Patient no showed or cancelled navigator appointment, was unable to enroll due to enrollment period, or chose not to accept navigator appointment (patient must bring in proof of income)

(Form is scanned into patient record)

Ngày: _____ Ngày sinh: _____ Tuổi: _____ Tên: _____

Quý vị có dị ứng với bất kỳ loại thuốc nào không? ☐ Có ☐ Không với thực phẩm/chất khác? ☐ Có ☐ Không
Nếu có, liệt kê loại thuốc và/hoặc thực phẩm/chất và mô tả phản ứng: _____

Các loại thuốc hiện tại: (bao gồm mọi loại thuốc không kê đơn, vitamin và các chất bổ sung thảo dược)
Vui lòng mang theo thuốc theo đợt hẹn lần tới nếu quý vị không mang theo thuốc trong ngày hôm nay.

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Có Không

- ☐ ☐ Trong vòng 12 tháng qua, quý vị có bị đụng chạm thân thể gây khó chịu nào không? Quan hệ tình dục cưỡng bức?
☐ ☐ Trong vòng 12 tháng qua, quý vị có dính líu đến mối quan hệ - nơi có dùng những lời nói đe dọa, hành vi xô đẩy, túm, đánh, đá, phá hoại mọi thứ hoặc gây tổn thương khác không?

Bệnh sử trước đây: Quý vị đã được chẩn đoán mắc bất kỳ các bệnh trạng nào sau đây?

Có

- ☐ Thiếu máu
☐ Đau ngực/đau thắt ngực
☐ Rối loạn lo âu/hoảng sợ
☐ Viêm khớp
☐ Hen suyễn
☐ Rung nhĩ
☐ Huyết khối
☐ Ung thư (tuyến: _____)
☐ Viêm phế quản mãn tính hoặc khí thũng
☐ Suy nhược
☐ Tiểu đường

Có

- ☐ Cholesterol cao/Lipid cao
☐ Bệnh túi mật
☐ Trào ngược dạ dày, thực quản
☐ Nhức đầu dữ dội, đau nửa đầu
☐ Đau tim
☐ Bệnh về gan
☐ Cao huyết áp/tăng huyết áp
☐ Đau tim/Nhồi máu cơ tim
☐ Thận có vấn đề/bệnh thận
☐ Đột quỵ
☐ Các vấn đề về tuyến giáp

Phẫu thuật/Chấn thương nặng/Nhập viện (gồm cả năm)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Lần cuối cùng quý vị nội soi hay tầm soát ung thư đại tràng là khi nào? _____

Chỉ dành cho nam: Quý vị đã bao giờ bị các bệnh trạng dưới đây không?

Có Không

- ☐ ☐ Vấn đề về tuyến tiền liệt
☐ ☐ Vấn đề về dương vật/tinh hoàn
☐ ☐ Quý vị đã bao giờ bị bệnh lây truyền qua đường tình dục? Bệnh gì? _____

Có Không

Chỉ dành cho nữ: Quý vị đã bao giờ bị các bệnh trạng dưới đây không?

Có Không

- ☐ ☐ Vấn đề với tử cung/ống dẫn trứng/buồng trứng
☐ ☐ Cắt bỏ tử cung
☐ ☐ Tầm soát phát hiện ung thư cổ tử cung bất thường
☐ ☐ Vấn đề về vú (khối u/chảy mủ)
☐ ☐ Xạ hình xương (DEXA)
☐ ☐ Bệnh lây truyền qua đường tình dục

Có Không

- ☐ ☐ Kinh nguyệt không đều
☐ ☐ Đốm máu/chảy máu giữa các kỳ kinh nguyệt

Ngày tầm soát: _____

Ngày chụp X-quang khối u ngực gần nhất: _____

Ngày xạ hình xương gần nhất: _____

Bệnh gì? _____

Quý vị đã từng gặp phải một số các vấn đề dưới đây không? _____ Mang thai _____ Sảy thai _____ Sinh ra còn sống _____
Phá thai _____

Phương pháp ngừa thai hiện tại: _____

Lịch sử gia đình: Bao gồm bố mẹ, chị gái, anh em, cô dì, chú bác, ông bà (*chỉ bà con ruột thịt*).

Đã có thành viên gia đình nào từng bị:

Bố

Mẹ

Anh/chị em

Người bà con khác

Bệnh trạng	Bị	Tuổi khởi phát	Bị	Tuổi khởi phát	Bị	Tuổi khởi phát	Bị	Người bà con	Tuổi khởi phát
ADD/ADHD	☐	_____	☐	_____	☐	_____	☐	_____	_____
Nghiện rượu.....	☐	_____	☐	_____	☐	_____	☐	_____	_____
Ung thư (tuýp: _____) ..	☐	_____	☐	_____	☐	_____	☐	_____	_____
Ung thư (tuýp: _____) ..	☐	_____	☐	_____	☐	_____	☐	_____	_____
Ung thư (tuýp: _____) ..	☐	_____	☐	_____	☐	_____	☐	_____	_____
Đau tim/bệnh tim	☐	_____	☐	_____	☐	_____	☐	_____	_____
Suy nhược	☐	_____	☐	_____	☐	_____	☐	_____	_____
Tiểu đường	☐	_____	☐	_____	☐	_____	☐	_____	_____
Cholesterol cao	☐	_____	☐	_____	☐	_____	☐	_____	_____
Bệnh di truyền (như tế bào hình liềm): ☐	☐	_____	☐	_____	☐	_____	☐	_____	_____

Cao huyết áp	☐	_____	☐	_____	☐	_____	☐	_____	_____
Chứng đau nửa đầu	☐	_____	☐	_____	☐	_____	☐	_____	_____
Đột quỵ	☐	_____	☐	_____	☐	_____	☐	_____	_____
Rối loạn tuyến giáp	☐	_____	☐	_____	☐	_____	☐	_____	_____
Khác:.....	☐	_____	☐	_____	☐	_____	☐	_____	_____

Tiền sử về vấn đề liên quan đến xã hội:

Có Không

Mô tả

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|-------|
| ☐ | ☐ | Thuốc lá (loại nào, số lượng hút/ngày) | _____ |
| ☐ | ☐ | Rượu bia (loại nào, mức độ sử dụng) | _____ |
| ☐ | ☐ | Đồ uống có caffeine (loại nào, số lượng cốc/lon mỗi ngày) | _____ |
| ☐ | ☐ | Quý vị có sinh ra ở nước ngoài không? Nếu có, ở đâu | _____ |
| ☐ | ☐ | Mất ngủ? (số giờ quý vị ngủ mỗi đêm) | _____ |
| ☐ | ☐ | Quý vị có đồng ý với việc truyền máu/chế phẩm máu không? | _____ |
| ☐ | ☐ | Quý vị có niềm tin văn hóa hoặc tín ngưỡng tôn giáo nào ảnh hưởng đến việc chăm sóc y tế của mình không? | _____ |
| ☐ | ☐ | Quý vị có thường xuyên sử dụng đại an toàn không? | _____ |
| ☐ | ☐ | Ở nhà quý vị có trang bị dụng cụ báo khói không? | _____ |

Tiền sử về vấn đề liên quan đến xã hội không công khai:

Quý vị có sử dụng chất kích thích không? Nếu có, loại nào? _____

Có thường xuyên không? _____ Quý vị dùng như thế nào? _____

Giới tính của quý vị được xác định lúc sinh là giới tính gì?

☐ Nam

☐ Nữ

Hiện giới tính của quý vị là gì?

☐ Nam

☐ Nữ

☐ Chuyển giới từ nữ sang nam

☐ Chuyển giới từ nam sang nữ

☐ Khác

☐ Tôi không muốn trả lời

Từ nào sau đây miêu tả đúng nhất về xu hướng tình dục của quý vị?

☐ Lưỡng tính

☐ Khác

☐ Đồng tính nữ hoặc đồng tính nam

☐ Bình thường

☐ Không biết

☐ Tôi không muốn trả lời

Chấp thuận tiết lộ/nhận thông tin bảo mật về y khoa/nha khoa

1. Thông tin bệnh nhân:

Tên pháp lý: _____

Tên trước đây: _____

Ngày sinh: _____ Số an sinh xã hội: _____ - _____ - _____

2. Thông tin có thể được tiết lộ TỪ:

Tên của nhà cung cấp dịch vụ hoặc tổ chức TIẾT LỘ thông tin: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã zip: _____

Số điện thoại: _____ Số fax: _____

3. Thông tin có thể được tiết lộ CHO:

Tên của cá nhân hoặc tổ chức NHẬN thông tin: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã zip: _____

Số điện thoại: _____ Số fax: _____

HOẶC

Địa chỉ email: _____

4. Những loại thông tin nào quý vị muốn tiết lộ? (có thể áp dụng phí sao chép)

☐ Toàn bộ hồ sơ thăm khám **SỨC KHỎE** từ 2 năm trở lại đây ☐ Toàn bộ hồ sơ thăm khám **NHA KHOA** từ 2 năm trở lại đây

☐ Toàn bộ hồ sơ từ ngày ____ / ____ / ____ đến ____ / ____ / ____

☐ Thông tin cụ thể (nêu rõ): _____

☐ Khác (nêu rõ): _____

5. Tôi hoàn toàn đồng ý với việc tiết lộ thông tin có thể có trong hồ sơ của tôi liên quan đến các bệnh lây truyền qua đường tình dục, rối loạn tâm thần/sức khỏe tâm thần, tiền sử ma túy và rượu bia và/hoặc thông tin về HIV/AIDS trừ những thông tin tôi nêu rõ dưới đây. Tôi KHÔNG muốn tiết lộ những thông tin dưới đây:

6. Tại sao quý vị yêu cầu thông tin này? (đánh dấu vào MỘT ô)

☐ Bác sĩ ☐ Luật sư ☐ Cá nhân ☐ Bảo hiểm ☐ Khác _____

7. Tôi hiểu rằng:

- Sau khi thông tin được tiết lộ thì có thể bị người nhận thông tin (nếu bên nhận không phải là bệnh viện, phòng khám, bác sĩ hoặc công ty bảo hiểm y tế) tiết lộ tiếp và có thể thông tin này không còn được bảo vệ theo luật bảo mật thông tin y tế.
- Tôi có quyền hủy giấy ủy quyền này bất cứ lúc nào bằng cách gửi thông báo văn bản cho Bộ phận hồ sơ bệnh án của Community Health Care (CHC). Nếu tôi hủy giấy ủy quyền, điều này sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ hành động nào đã được CHC thực hiện dựa trên giấy ủy quyền này.
- CHC không được điều chỉnh việc điều trị, thanh toán, đăng ký hoặc tính hợp cách dựa trên việc tôi có ký giấy ủy quyền này hay không.

8. Giấy ủy quyền này hết hạn _____. Nếu không xác định ngày hết hạn hoặc sự kiện dẫn đến giấy ủy quyền hết hạn thì giấy ủy quyền này sẽ hết hạn sau 90 ngày kể từ ngày ký.

Chữ ký: _____ Ngày: _____

Bệnh nhân, cha mẹ, người giám hộ hoặc đại diện được ủy quyền (có thể yêu cầu phải có giấy ủy quyền để ký thay mặt cho bệnh nhân)

Nếu không phải là bệnh nhân, quan hệ với bệnh nhân: _____ Tên viết in hoa: _____

Chữ ký: _____ Ngày: _____

Chữ ký của trẻ vị thành niên (BẮT BUỘC nếu bệnh nhân từ 13-17 tuổi)