

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

☐ Nữ sang Nam

☐ Khác:

☐ Không muốn trả lời

☐ 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

Lịch sử 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 Chiến 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 Declined Sliding Fee and Income Range Declaration☐ Patient Portal enrollment information given

Initials _____

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

Thông báo đủ điều kiện nhận bảo hiểm

Phòng khám: _____

Ngày: _____

Tên bệnh nhân: _____

Ngày sinh: _____

- ☐ Bệnh nhân không đủ điều kiện nhận bảo hiểm (chấp nhận mức phí theo thu nhập trên mỗi tờ khai trong đơn đăng ký và thay đổi ngày hết hạn hưởng mức phí theo thu nhập thành 1 năm kể từ thời điểm khai báo)
- ☐ Khả năng bệnh nhân hội đủ điều kiện hay không vẫn chưa quyết định (bệnh nhân đã hoặc đang nộp đơn với điều phối viên; chấp nhận phí tính theo mức thu nhập trên mỗi tờ khai trong đơn đăng ký và thay đổi ngày hết hạn hưởng mức phí theo thu nhập thành 1 tháng kể từ ngày khai cho đến khi xác định có rõ có đủ điều kiện không); khoảng thời gian này có thể được kéo dài thêm một tháng nữa nếu bảo hiểm vẫn chờ xét duyệt.
- ☐ Bệnh nhân đủ điều kiện nhưng chọn không nhận bảo hiểm hoặc gặp gỡ với điều phối viên (bệnh nhân phải mang theo bằng chứng thu nhập theo hợp đồng bảo hiểm: kiểm tra cuống séc trong tháng qua, khai thuế hoặc biểu mẫu được phê duyệt khác)

Tôi xác nhận rằng tôi đã được cung cấp bảo hiểm nhưng tôi đã từ chối.

Chữ ký của bệnh nhân: _____

Ngày: _____

- ☐ Hiện tại bệnh nhân có bảo hiểm hoặc đủ điều kiện nhận bảo hiểm và có bảo hiểm (ở mức phí theo thu nhập trên mỗi tờ khai trong đơn đăng ký; thay đổi ngày hết hạn hưởng mức phí theo thu nhập thành 1 năm kể từ thời điểm khai báo)
- ☐ Không thể đăng ký bệnh nhân; bỏ lỡ đợt đăng ký mở, không đủ điều kiện cho Đợt đăng ký đặc biệt (SEP) (bệnh nhân phải mang theo các bằng chứng về thu nhập)
- ☐ Bệnh nhân không có hoặc đã hủy cuộc hẹn với điều phối viên (bệnh nhân phải mang theo các bằng chứng về thu nhập)

Chữ ký của nhân viên: _____

Ngày: _____

Mẫu được quét vào hồ sơ bệnh án của bệnh nhân.

Vui lòng hoàn thành cả hai mặt
Ngày: _____ **Ngày Sinh:** _____ **Tuổi:** _____ **Tên:** _____

Giới tính lựa chọn: ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Khác: _____ **Tên Muốn Được Gọi:** _____

Đại Từ Nhân Xưng Muốn Được Gọi: _____

****Vui lòng mang theo hồ sơ chích ngừa của quý vị để chúng tôi sao chép lại. ****
Vui lòng trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị về bất kỳ thắc mắc nào mà quý vị chưa hiểu
Bệnh Sử Cá Nhân

- ☐ Có ☐ Không Hôm nay, quý vị có lo ngại cụ thể nào không? Nếu có, xin giải thích rõ: _____
- ☐ Có ☐ Không Quý vị hiện có bất kỳ bệnh trạng đáng chú ý nào không (như hen suyễn, tiểu đường, v.v.)? Nếu có, đó là gì: _____
- ☐ Có ☐ Không Quý vị có sử dụng loại thuốc nào không (hằng ngày hoặc khi cần)? Đó là loại nào?: _____
- ☐ Có ☐ Không Quý vị có sử dụng loại vitamin, thực phẩm chức năng bổ sung, thuốc "thay thế" hay phương pháp trị liệu nào không? Đó là loại nào? _____
- ☐ Có ☐ Không Quý vị có bất kỳ phản ứng nào với thuốc hay lần chích ngừa nào không? Nếu có, xin giải thích rõ: _____
- ☐ Có ☐ Không Quý vị có từng phẫu thuật hay phải lưu viện qua đêm không? Nếu có, xin giải thích rõ: _____

Bệnh Sử Gia Đình
☐ Không biết/Là trẻ được nhận nuôi

Đánh dấu vào bất kỳ vấn đề nào sau đây mà ông bà, cha mẹ hoặc anh chị em ruột của quý vị từng gặp phải, và xin cho biết đó là người nào:

Là ai?

Là ai?

- | | |
|---|---|
| ☐ Bệnh về máu: _____ | ☐ Nhồi máu cơ tim: _____ |
| ☐ Trầm cảm: _____ | ☐ Thừa cân: _____ |
| ☐ Cao huyết áp: _____ | ☐ Nghiện rượu: _____ |
| ☐ Mỡ máu cao: _____ | ☐ Lạm dụng thể chất: _____ |
| ☐ Tự sát: _____ | ☐ Hen suyễn: _____ |
| ☐ Lạm dụng trẻ em: _____ | ☐ Co giật: _____ |
| ☐ Dị ứng: _____ | ☐ Bệnh lao: _____ |
| ☐ Ung thư: _____ | ☐ Lạm dụng ma túy: _____ |
| ☐ Tiểu đường: _____ | ☐ Lạm dụng tình dục: _____ |

Chăm Sóc Sức Khỏe Dự Phòng
Có Không

- ☐ ☐ Quý vị có hút thuốc, sử dụng các sản phẩm thuốc lá, thuốc lá nghiền hoặc sản phẩm không khói (vape) không?
Nếu có, đó là loại nào và tần suất ra sao? _____
- ☐ ☐ Quý vị có thắt dây an toàn khi đi xe hơi không?
- ☐ ☐ Quý vị có luôn sử dụng nón bảo hiểm khi đi xe đạp, trượt ván, trượt tuyết, v.v.?
- ☐ ☐ Trong nhà quý vị có máy báo khói, bình cứu hỏa và máy phát hiện khí CO không?

(kết thúc)

Chăm Sóc Sức Khỏe Dự Phòng (tiếp)

Có Không

- ☐ ☐ Trong số những người sống cùng quý vị, có ai hút thuốc không? Đó là ai? _____
- ☐ ☐ Quý vị có thiết bị màn hình (máy tính, máy tính bảng, điện thoại, TV, v.v.) trong phòng ngủ không?
- ☐ ☐ Quý vị có từng được thăm khám với nha sĩ trong 6 tháng qua không?
- ☐ ☐ Quý vị có đánh răng hằng ngày không?
- ☐ ☐ Quý vị có từng tiếp xúc gần với người bị bệnh lao (tuberculosis, TB) hay có nguy cơ nhiễm TB cao (bất kỳ người nào từng sống ở một quốc gia đang phát triển, sống trong cơ sở từ thiện, người vô gia cư, người tiêm chích ma túy, người dương tính với HIV) hay không?

Học Vấn

Quý vị học ở đâu? _____ Hiện đang học lớp mấy? _____

Điểm trung bình của quý vị là bao nhiêu? _____

☐ Có ☐ Không Quý vị có Kế Hoạch Giáo Dục Cá Nhân (Individualized Education Plan, IEP)/504 không?**Xã Hội**

Có Không

- ☐ ☐ Trong số những người sống cùng quý vị, có ai hút thuốc không? Đó là ai? _____
- ☐ ☐ Trong vòng 12 tháng qua, quý vị có bị đụng chạm thân thể gây khó chịu nào không? Quan hệ tình dục cưỡng bức?
- ☐ ☐ Quý vị sống cùng những ai?
- ☐ ☐ Quý vị có từng thuộc diện chăm nuôi không?

Đánh Giá Hệ Thống (Quý vị có bất kỳ vấn đề HIỆN TẠI nào mà quý vị muốn thảo luận hôm nay không?)

- | Có | Không | Đó là gì? | Có | Không | Đó là gì? |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| ☐ | ☐ | vấn đề thị lực: _____ | ☐ | ☐ | vấn đề da liễu: _____ |
| ☐ | ☐ | vấn đề hít thở: _____ | ☐ | ☐ | vấn đề thính lực: _____ |
| ☐ | ☐ | vấn đề đại tiện (đi tiêu): _____ | ☐ | ☐ | đau đầu, ngất xỉu, chóng mặt, mất ý thức: _____ |
| ☐ | ☐ | vấn đề bao tử: _____ | | | _____ |
| ☐ | ☐ | vấn đề tiểu tiện (đi tiểu): _____ | ☐ | ☐ | khó ngủ, trầm cảm, giận dữ hoặc căng thẳng: _____ |
| ☐ | ☐ | đau người: _____ | | | _____ |

Phần Dành Cho Nữ

Lần đầu quý vị có kinh nguyệt là khi nào? _____ Ngày đầu tiên của chu kỳ kinh gần nhất của quý vị là hôm nào? _____

☐ Có ☐ Không Chu kỳ không đều, đau đớn hoặc lo ngại về chu kỳ kinh? _____**Phần Dành Cho Nam**☐ Có ☐ Không Quý vị có từng có khối u tinh hoàn không?**Lo ngại khác:** _____

Phần dành cho tổ chức

Reviewed by: _____

Date: _____

(kết thúc)

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)