

## Thông Tin Bệnh Nhân

<b>Họ</b>	<b>Tên</b>	<b>Chữ Cái Đầu Tên Đệm</b>	<b>Tên Muốn Được Gọi</b>
<b>Số An Sinh Xã Hội</b>	<b>Ngày Sinh</b>		
<b>Giới Tính lúc Sinh:</b>	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Không Phân Biệt		
<b>Giới Tính Hiện Tại Theo Pháp Luật:</b>	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Không Phân Biệt		
<b>Bản Dạng Giới:</b>	<input type="checkbox"/> Không muốn trả lời <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ		
	<input type="checkbox"/> Nam sang Nữ <input type="checkbox"/> Nữ sang Nam <input type="checkbox"/> Khác: _____		
<b>Khuynh Hướng Tình Dục:</b>	<input type="checkbox"/> Không muốn trả lời <input type="checkbox"/> Dị tính <input type="checkbox"/> Đồng tính nữ/đồng tính nam/đồng tính luyến ái		
	<input type="checkbox"/> Song tính <input type="checkbox"/> Khác: _____		
<b>Đại Từ Muốn Được Gọi:</b>	<input type="checkbox"/> Không muốn trả lời <input type="checkbox"/> Ông ta/Anh ta/Của ông ta/Của anh ta	<input type="checkbox"/> Bà ta/Cô ta/Của bà ta/Của cô ta	
	<input type="checkbox"/> Họ/Của họ <input type="checkbox"/> Đại từ nhân xưng cho người phi nhị giới (Ze/Hir) <input type="checkbox"/> Khác: _____		

<b>Địa Chỉ Cư Trú</b>	<b>Địa Chỉ Gửi Thư (nếu khác với địa chỉ cư trú)</b>				
<b>Thành Phố</b>	<b>Tiểu Bang</b>	<b>Mã Bưu Chính</b>	<b>Thành Phố</b>	<b>Tiểu Bang</b>	<b>Mã Bưu Chính</b>
<b>Tình Trạng Hôn Nhân:</b>	<input type="checkbox"/> Góa <input type="checkbox"/> Đã kết hôn <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Ly hôn				
<b>Tư Cách Học Sinh/Sinh Viên:</b>	<input type="checkbox"/> Toàn thời gian <input type="checkbox"/> Không phải học sinh sinh viên <input type="checkbox"/> Bán thời gian				
<b>Liệu thông dịch viên có thể giúp ích trong chuyến thăm khám của quý vị không?</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không					
<b>Ngôn Ngữ Chính</b>	<input type="checkbox"/> Tôi có nhà cung cấp dịch vụ <u>y khoa</u> chính	<input type="checkbox"/> Tôi có nhà cung cấp dịch vụ <u>nha khoa</u> chính			

## Thông Tin Liên Hệ của Bệnh Nhân

<b>Số Điện Thoại nhà</b>	<b>Số Điện Thoại Gọi Ban Ngày</b>	<b>Địa Chỉ Email*</b>
<b>Số điện thoại liên hệ ưu tiên:</b> <input type="checkbox"/> Số Điện Thoại <input type="checkbox"/> Số Điện Thoại Gọi Ban Ngày		
<input type="checkbox"/> Tôi cho phép quý vị để lại lời nhắn/tin nhắn chi tiết trên điện thoại ưu tiên của tôi		
<b>Quý vị muốn nhận lời nhắc về cuộc hẹn qua phương thức nào?</b>	<input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Gọi điện <input type="checkbox"/> Tin nhắn văn bản <input type="checkbox"/> Thư thoại	
<b>Tên Người Liên Hệ trong Trường Hợp Khẩn Cấp</b>	<b>Quan hệ</b>	<b>Số điện thoại</b>

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

<b>Nếu là người vô gia cư, loại chỗ ở tạm là:</b>	<input type="checkbox"/> Ở chung phòng <input type="checkbox"/> Chỗ ở tạm trú <input type="checkbox"/> Ngoài Đường Phố <input type="checkbox"/> Nơi Trú Ẩn Tạm Thời	<input type="checkbox"/> Khác: _____ <input type="checkbox"/> Không biết
<b>Đối với Công Nhân Nông Nghiệp:</b>	<input type="checkbox"/> Thời Vụ <input type="checkbox"/> Di Trú	
<b>Quý vị tự nhận mình thuộc sắc tộc nào sau đây?</b>	<input type="checkbox"/> Người Gốc Tây Ban Nha/Bồ Đào Nha hoặc Người Gốc La-tinh <input type="checkbox"/> Không phải Người Gốc Tây Ban Nha/Bồ Đào Nha hoặc Người Gốc La-tinh	
<b>Quý vị tự nhận mình thuộc chủng tộc nào sau đây?</b>	<input type="checkbox"/> Người Mỹ Bản Địa/Người Alaska Bản Địa <input type="checkbox"/> Người Gốc Á	<input type="checkbox"/> Người Da Đen/Người Mỹ Gốc Phi <input type="checkbox"/> Người Hawaii Bản Địa
	<input type="checkbox"/> Người Đảo Thái Bình Dương khác <input type="checkbox"/> Người Da Trắng	<input type="checkbox"/> Khác: _____ <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời
<b>Tư Cách Quân Nhân/Cựu Chiến Binh:</b>	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Đang tại ngũ	
<b>Nhà thuốc ưu tiên của quý vị là nhà thuốc nào? (tên và địa chỉ)</b>	_____	

\*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 trật đòi hầu tòa, án lệnh hoặc các quy trình pháp lý khác.

<b>Họ</b>	<b>Tên</b>	<b>Chữ Cái Đầu Tên Đệm</b>	<b>Tên Muốn Được Gọi</b>
<b>Số An Sinh Xã Hội</b>	<b>Ngày Sinh</b>		
<b>Giới Tính lúc Sinh:</b>	<input type="checkbox"/> Không muốn trả lời	<input type="checkbox"/> Nam	<input type="checkbox"/> Nữ
<b>Giới Tính Hiện Tại Theo Pháp Luật:</b>		<input type="checkbox"/> Nam	<input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Không Phân Biệt
<b>Bản Dạng Giới:</b>	<input type="checkbox"/> Không muốn trả lời	<input type="checkbox"/> Nam	<input type="checkbox"/> Nữ
	<input type="checkbox"/> Nam sang Nữ	<input type="checkbox"/> Nữ sang Nam	<input type="checkbox"/> Khác: _____
<b>Khuynh Hướng Tình Dục:</b>	<input type="checkbox"/> Không muốn trả lời	<input type="checkbox"/> Dị tính	<input type="checkbox"/> Đồng tính nữ/đồng tính nam/đồng tính luyến ái
	<input type="checkbox"/> Song tính	<input type="checkbox"/> Khác: _____	
<b>Đại Từ Muốn Được Gọi:</b>	<input type="checkbox"/> Không muốn trả lời	<input type="checkbox"/> Ông ta/Anh ta/Của ông ta/Của anh ta	<input type="checkbox"/> Bà ta/Cô ta/Của bà ta/Của cô ta
	<input type="checkbox"/> Họ/Của họ	<input type="checkbox"/> Đại từ nhân xưng cho người phi nhị giới (Ze/Hir)	<input type="checkbox"/> Khác: _____
<b>Địa Chỉ Cư Trú</b>	<b>Địa Chỉ Gửi Thư (nếu khác với địa chỉ cư trú)</b>		
<b>Thành Phố</b>	<b>Tiểu Bang</b>	<b>Mã Bưu Chính</b>	<b>Thành Phố</b> <b>Tiểu Bang</b> <b>Mã Bưu Chính</b>
<b>Tình Trạng Hôn Nhân:</b>	<input type="checkbox"/> Góa	<input type="checkbox"/> Đã kết hôn	<input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Ly hôn
<b>Tư Cách Học Sinh/Sinh Viên:</b>	<input type="checkbox"/> Toàn thời gian <input type="checkbox"/> Không phải học sinh sinh viên <input type="checkbox"/> Bán thời gian		
<b>Ngôn Ngữ Chính</b>	<b>Liệu thông dịch viên có thể giúp ích trong chuyến thăm khám của quý vị không?</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
	<input type="checkbox"/> Tôi có nhà cung cấp dịch vụ <u>y khoa</u> chính	<input type="checkbox"/> Tôi có nhà cung cấp dịch vụ <u>nha khoa</u> chính	

**Thông Tin Liên Hệ của Bên Chịu Trách Nhiệm**

<b>Số Điện Thoại nhà</b>	<b>Số Điện Thoại Gọi Ban Ngày</b>	<b>Địa Chỉ Email*</b>
<b>Số điện thoại liên hệ ưu tiên:</b>	<input type="checkbox"/> Số Điện Thoại <input type="checkbox"/> Số Điện Thoại Gọi Ban Ngày	
	<input type="checkbox"/> Tôi cho phép quý vị để lại lời nhắn/tin nhắn chi tiết trên điện thoại ưu tiên của tôi	
<b>Quý vị muốn nhận lời nhắc về cuộc hẹn qua phương thức nào?</b>	<input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Gọi điện <input type="checkbox"/> Tin nhắn văn bản <input type="checkbox"/> Thư thoại	
<b>Tên Người Liên Hệ trong Trường Hợp Khẩn Cấp</b>	<b>Quan hệ</b>	<b>Số điện thoại</b>

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

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

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

<input type="checkbox"/> Sở Y Tế Quận Tacoma/Pierce	<input type="checkbox"/> Chương Trình Needle Exchange	<input type="checkbox"/> Nhân Viên của CHC
<input type="checkbox"/> Bệnh Viện—bệnh viện nào? _____	<input type="checkbox"/> Nhân Viên phụ trách Tiếp Cận	<input type="checkbox"/> Bệnh Nhân của CHC
<input type="checkbox"/> 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.***

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 (tuýp: \_\_\_\_\_ )  
 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 quy  
 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: \_\_\_\_\_

(over)

**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:**

Bệnh trạng	Bố		Mẹ		Anh/chị em		Người bà con khác	
	Bị	Tuổi khởi phát	Bị	Tuổi khởi phát	Bị	Tuổi khởi phát	Bị	Tuổi khởi phát
ADD/ADHD .....	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
Nghiện rượu.....	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
Ung thư (tuýp: _____) ..	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
Ung thư (tuýp: _____) ..	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
Ung thư (tuýp: _____) ..	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
Đau tim/bệnh tim.....	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
Suy nhược .....	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
Tiểu đường .....	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
Cholesterol cao.....	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
Bệnh di truyền (như tế bào hình liềm):	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
_____								
Cao huyết áp .....	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
Chứng đau nửa đầu .....	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
Đột quỵ .....	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
Rối loạn tuyến giáp .....	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
Khác:.....	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____

**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 đai 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)