

Thông Tin Bệnh Nhân

Mẫu Đăng Ký Bệnh Nhân Người Lớn Hàng Năm

Họ _____		Tên _____		Chữ Cái Đầu Tên Đệm _____		Tên Muốn Được Gọi _____	
Số An Sinh Xã Hội <input type="checkbox"/> từ chối		Ngày Sinh _____ <i>Xin vui lòng đưa Chứng minh nhân dân của quý vị cho quầy lễ tân</i>					
Giới Tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ							
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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không							
Ngôn Ngữ Chính _____							
<input type="checkbox"/> Bác sĩ chính của tôi ở CHC				<input type="checkbox"/> Nha sĩ chính của tôi ở CHC			

Thông Tin Liên Hệ của Bệnh Nhân

Số Điện Thoại nhà <input type="checkbox"/> Điện thoại di động _____		Điện thoại thay thế _____		Địa Chỉ Email* _____	
Số điện thoại liên hệ ưu tiên: <input type="checkbox"/> Số Điện Thoại <input type="checkbox"/> Điện thoại thay thế					
<input type="checkbox"/> Tôi cho phép quý vị để lại lời nhắn/tin nhắn chi tiết trên điện thoại ưu tiên của tôi		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Quý vị muốn nhận lời nhắc về cuộc hẹn qua phương thức nào? <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Gọi điện <input type="checkbox"/> Tin nhắn văn bản <input type="checkbox"/> 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?

<input type="checkbox"/> Người Mexico	<input type="checkbox"/> Người Mỹ gốc Mexico	<input type="checkbox"/> Người Cuba	<input type="checkbox"/> Người Mỹ Latinh gốc Mexico
<input type="checkbox"/> Người không phải gốc Tây Ban Nha và Latinh	<input type="checkbox"/> Không thích trả lời	<input type="checkbox"/> Người Puerto Rico	<input type="checkbox"/> Người gốc Tây Ban Nha và Latinh khác

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

<input type="checkbox"/> Người châu Á gốc Ấn	<input type="checkbox"/> Người Da Đen/Người Mỹ Gốc Phi	<input type="checkbox"/> Người Mỹ Bản Địa/Người Alaska Bản Địa
<input type="checkbox"/> Người Philippines	<input type="checkbox"/> Người Guam hoặc Chamorros	<input type="checkbox"/> Người Trung Quốc
<input type="checkbox"/> Người Nhật	<input type="checkbox"/> Người Hàn	<input type="checkbox"/> Người Hawaii Bản Địa
<input type="checkbox"/> Người Da Trắng	<input type="checkbox"/> Tiếng Việt	<input type="checkbox"/> Người châu Á khác
	<input type="checkbox"/> Người Da Trắng	<input type="checkbox"/> Người Đảo Thái Bình Dương khác
		<input type="checkbox"/> 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): _____

Bạn thích hiệu thuốc thứ hai nào nhất? (tên và địa chỉ): _____

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: _____		

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. Tôi hiểu rằng Community Health Care sẽ tính phí cho tôi và/hoặc bảo hiểm của tôi cho các buổi khám bệnh, nha khoa và/hoặc sức khỏe tâm thần diễn ra trực tiếp, qua hình ảnh và âm thanh, hoặc chỉ qua âm thanh. 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.

Chữ ký: _____

Ngày: _____

Phần dành riêng cho phòng khám:

Patient Declined Sliding Fee

Patient Declined Sliding Fee and Income Range Declaration

Initials _____