

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

Ngày Sinh _____

Giới Tính: Nam 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? Có Không

Ngôn Ngữ Chính _____

Bác sĩ chính của tôi ở CHC

Nha sĩ chính của tôi ở CHC

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 Có Không

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 Mexico
- Người Mỹ gốc Mexico
- Người không phải gốc Tây Ban Nha và Latinh
- Người Cuba
- Người Mỹ Latinh gốc Mexico
- Người Puerto Rico
- Người gốc Tây Ban Nha và Latinh khác
- Không thích trả lời

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

- Người châu Á gốc Ấn
- Người Da Đen/Người Mỹ Gốc Phi
- Người Philippines
- Người Guam hoặc Chamorros
- Người Nhật
- Người Hàn
- Người Da Trắng
- Tiếng Việt
- Người Mỹ Bản Địa/Người Alaska Bản Địa
- Người Trung Quốc
- Người Hawaii Bản Địa
- Người châu Á khác
- Người Đảo Thái Bình Dương khác
- 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, Lực Lượng, 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

Hiệu thuốc chính (tên và địa chỉ): _____

Hiệu 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: _____

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: _____

Tên In: _____ Quan hệ với bệnh nhân: _____

Thông Tin của Bên Chịu Trách Nhiệm

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					
Ngày Sinh					
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 Bên Chịu Trách Nhiệm

Số Điện Thoại nhà	<input type="checkbox"/> Điện thoại di động	Số Điện Thoại Gọi Ban Ngày	Địa Chỉ Email
Số điện thoại liên hệ ưu tiên: <input type="checkbox"/> Số Điện Thoại <input type="checkbox"/> 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			<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 Bên Chịu Trách Nhiệm (UDS)

Quý vị là người vô gia cư?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Quý vị có phải là công nhân nông nghiệp không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Quý vị tự nhận mình thuộc sắc tộc nào sau đây?	<input type="checkbox"/> Người Cuba	<input type="checkbox"/> Người Mỹ Latinh gốc Mexico	
<input type="checkbox"/> Người Mexico	<input type="checkbox"/> Người Mỹ gốc Mexico	<input type="checkbox"/> Người Puerto Rico	
<input type="checkbox"/> Người không phải gốc Tây Ban Nha và Latinh	<input type="checkbox"/> Không thích trả lời	<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 Mỹ Bản Địa/Người Alaska Bản Địa		
<input type="checkbox"/> Người châu Á gốc Ấn	<input type="checkbox"/> Người Da Đen/Người Mỹ Gốc Phi	<input type="checkbox"/> Người Trung Quốc	
<input type="checkbox"/> Người Philippines	<input type="checkbox"/> Người Guam hoặc Chamorros	<input type="checkbox"/> Người Hawaii Bản Địa	
<input type="checkbox"/> Người Nhật	<input type="checkbox"/> Người Hàn	<input type="checkbox"/> Người châu Á khác	
<input type="checkbox"/> Người Da Trắng	<input type="checkbox"/> Tiếng Việt	<input type="checkbox"/> Người Da Trắng	
		<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, Lực Lượng, 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). <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			

Chữ ký: _____ Ngày: _____
Tên In: _____ Quan hệ với bệnh nhân: _____