

# MẪU GHI DANH BỆNH NHÂN



Chào mừng quý vị! Chúng tôi rất vui mừng được làm đối tác chăm sóc sức khỏe của quý vị. Chúng tôi thu thập các thông tin dưới đây để cung cấp cho quý vị sự chăm sóc tốt nhất có thể. Cảm ơn quý vị đã hoàn thành đầy đủ mẫu này.

## Vui lòng hoàn thành phần 1-4.

1. THÔNG TIN CHUNG VÀ THÔNG TIN NHÂN KHẨU VỀ BỆNH NHÂN				
HỌ	TÊN	TÊN ĐỆM	HỌ TRƯỚC ĐÂY	TÊN MUỐN ĐƯỢC GỌI
SỐ AN SINH XÃ HỘI ____ - ____ - ____ - ____ - ____		NGÀY SINH / / THÁNG NGÀY NĂM	GIỚI TÍNH KHI SINH <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	GIỚI TÍNH HIỆN TẠI <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> X
KHUYNH HƯỚNG TÌNH DỤC	<input type="checkbox"/> Lương Tính <input type="checkbox"/> Không Muốn Tiết Lộ <input type="checkbox"/> Không Biết <input type="checkbox"/> Đồng Tính Nữ, Đồng Tính Nam hoặc Đồng Tính Luyến Ái <input type="checkbox"/> Khác _____ <input type="checkbox"/> Thẳng hay Dị Tính			
THÔNG TIN BẢN DẠNG GIỚI	<input type="checkbox"/> Giới Tính Bổ Sung hoặc Giới Tính Khác _____ <input type="checkbox"/> Không Muốn Tiết Lộ <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nữ thành Nam <input type="checkbox"/> Không Thuộc Giới Tính Nào Cụ Thể <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nam thành Nữ			
ĐẠI TỬ ƯU TIÊN	<input type="checkbox"/> Không rõ <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Anh Ấy/Ông Ấy, Của Anh Ấy/Của Ông Ấy <input type="checkbox"/> Họ, Của Họ <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Cô Ấy/Bà Ấy, Của Cô Ấy/Của Bà Ấy <input type="checkbox"/> Ze, Hir			
ĐỊA CHỈ GỬI THƯ			CĂN HỘ	
THÀNH PHỐ		TIỂU BANG	Mã ZIP	
SỐ ĐIỆN THOẠI ƯU TIÊN <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Di Động <input type="checkbox"/> Công Việc ____ - ____ - ____ - ____ - ____		ĐỊA CHỈ EMAIL CÁ NHÂN		
SỐ ĐIỆN THOẠI PHỤ <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Di Động <input type="checkbox"/> Công Việc ____ - ____ - ____ - ____ - ____		ƯU TIÊN THÔNG BÁO LỊCH HẸN (chọn một) <input type="checkbox"/> Tin Nhắn Văn Bản <input type="checkbox"/> Gọi Điện Thoại <input type="checkbox"/> MyChart		
QUÝ VỊ CÓ PHẢI LÀ NGƯỜI GỐC TÂY BAN NHA HAY GỐC TÂY BAN NHA VÀ LA-TINH?	<input type="checkbox"/> Đúng, người gốc Tây Ban Nha hoặc La-tinh <input type="checkbox"/> Không phải người gốc Tây Ban Nha hoặc La-tinh			
CHUNG TỘC HOẶC NỀN TẢNG GIA ĐÌNH QUÝ VỊ LÀ GÌ?	<input type="checkbox"/> Người Da Đỏ/Alaska Bản Địa <input type="checkbox"/> Người gốc Á <input type="checkbox"/> Người Mỹ gốc Phi/Da Đen <input type="checkbox"/> Người Hawaii Bản Địa <input type="checkbox"/> Người gốc Đảo Thái Bình Dương khác <input type="checkbox"/> Người Da Trắng <input type="checkbox"/> Nhiều hơn một chủng tộc <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời			
QUÝ VỊ CÓ PHẢI LÀ MỘT CỰU CHIẾN BINH HOA KỲ KHÔNG?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
HÃNG SỞ CỦA QUÝ VỊ LÀ AI?				
TÌNH TRẠNG VIỆC LÀM CỦA QUÝ VỊ LÀ GÌ?	<input type="checkbox"/> Trẻ Em <input type="checkbox"/> Làm Việc Toàn Thời Gian <input type="checkbox"/> Thất Nghiệp <input type="checkbox"/> Đang Thực Hiện Nghĩa Vụ Quân Sự <input type="checkbox"/> Làm Việc Bán Thời Gian <input type="checkbox"/> Đã Nghỉ Hưu <input type="checkbox"/> Lao Động Thời Vụ <input type="checkbox"/> Tự Làm Chủ <input type="checkbox"/> Sinh Viên – Hệ Chính Quy <input type="checkbox"/> Sinh Viên – Hệ Bán Thời Gian/Tại Chức			
QUÝ VỊ ĐÁNH GIÁ TRÌNH ĐỘ TIẾNG ANH CỦA MÌNH Ở MỨC NÀO?	<input type="checkbox"/> Xuất Sắc <input type="checkbox"/> Rất Tốt <input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Không Tốt <input type="checkbox"/> Không biết chút nào			
NGÔN NGỮ VIẾT ƯU TIÊN CỦA QUÝ VỊ LÀ GÌ?				

# MẪU GHI DANH BỆNH NHÂN

Tiếp theo ở mặt sau.

## 2. NGƯỜI LIÊN HỆ TRONG TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP

HỌ	TÊN	MỐI QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN	
ĐỊA CHỈ		CĂN HỘ	
THÀNH PHỐ	TỈNH BANG	MÃ ZIP	SỐ ĐIỆN THOẠI <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Di Động <input type="checkbox"/> Công Việc
_____ - _____ - _____			

## 3. BẢO HIỂM

QUÝ VỊ CÓ BẢO HIỂM KHÔNG? (Nếu có, vui lòng trình thẻ bảo hiểm cho nhân viên lễ tân.)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
--	--

## 4. CÂU HỎI BỔ SUNG (Chọn một câu trả lời cho mỗi câu hỏi.)

THU NHẬP	Tổng thu nhập hàng tháng của hộ gia đình quý vị là bao nhiêu? \$ _____	
TỔNG SỐ NGƯỜI TRONG HỘ GIA ĐÌNH	Số thành viên trong hộ gia đình được báo cáo trong báo cáo thuế thu nhập liên bang?	
QUÝ VỊ CÓ MUỐN ĐĂNG KÝ THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH GIẢM PHÍ THEO BẬC KHÔNG?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
QUÝ VỊ CÓ PHẢI LÀ NGƯỜI VÔ GIA CƯ HOẶC ĐANG Ở MỘT KHU NHÀ TẠM KHÔNG?	<input type="checkbox"/> Có nguy cơ trở thành vô gia cư <input type="checkbox"/> Hiện đang vô gia cư, đã vô gia cư trong 12 tháng qua <input type="checkbox"/> Vô gia cư, không rõ tên nhà tạm cư <input type="checkbox"/> Đang sống trong nhà tạm cư <input type="checkbox"/> Sống cùng những người khác	<input type="checkbox"/> Không phải vô gia cư <input type="checkbox"/> Nhà ở hỗ trợ lâu dài <input type="checkbox"/> Nhà trọ phòng đơn <input type="checkbox"/> Đường phố, lán trại, cầu <input type="checkbox"/> Nhà chuyển tiếp
TÌNH TRẠNG LAO ĐỘNG THỜI VỤ/LAO ĐỘNG DI CƯ	<input type="checkbox"/> Di Cư <input type="checkbox"/> Không Phải Cả Hai <input type="checkbox"/> Lao Động thời Vụ	
QUÝ VỊ NGHE NÓI VỀ NEIGHBORCARE HEALTH QUA Đâu? (ĐÁNH DẤU TẤT CẢ CÁC CÂU TRẢ LỜI PHÙ HỢP)	<input type="checkbox"/> Bạn bè hoặc gia đình <input type="checkbox"/> Nhà cung cấp khác không thuộc Neighborcare <input type="checkbox"/> Chương trình hoặc nhóm cộng đồng khác <input type="checkbox"/> Quảng cáo (bảng hiệu, xe buýt, báo chí)	<input type="checkbox"/> Bảo hiểm <input type="checkbox"/> Tìm kiếm trực tuyến (Google) <input type="checkbox"/> Địa điểm thuận tiện/gần nhà <input type="checkbox"/> Mạng xã hội (Facebook, Twitter, Instagram) <input type="checkbox"/> Trường học <input type="checkbox"/> Khác