


MẪU ĐĂNG KÝ BỆNH NHÂN

Chào mừng! Chúng tôi rất vui khi trở thành đối tác chăm sóc sức khỏe của bạn.
Chúng tôi thu thập thông tin dưới đây để cung cấp cho bạn sự chăm sóc tốt nhất.

THÔNG TIN BỆNH NHÂN VÀ NHÂN KHẨU HỌC			NGÀY HÔM NAY				
HỌ		TÊN	TÊN ĐỆM	HỌ LÚC TRƯỚC	TÊN ƯA THÍCH		
SỐ AN SINH XÃ HỘI ____ - ____ - ____ - ____		NGÀY SINH ____ / ____ / ____ THÁNG NGÀY NĂM		GIỚI TÍNH TRÊN PHÁP LÝ <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Không nhị phân			
ĐỊA CHỈ GỬI THƯ				APT			
THÀNH PHỐ			TIỂU BANG	ZIP			
ĐIỆN THOẠI ƯA THÍCH <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Di động <input type="checkbox"/> Chỗ làm ____ - ____ - ____ - ____			 Chúng tôi sẽ sử dụng số này để tiếp cận và nhắc nhở cuộc hẹn				
ĐIỆN THOẠI PHỤ <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Di động <input type="checkbox"/> Chỗ làm ____ - ____ - ____ - ____							
ĐỊA CHỈ EMAIL							
BẢN DẠNG GIỚI TÍNH		<input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Chuyển giới Nam sang Nữ <input type="checkbox"/> Khác _____ <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Chuyển giới Nữ sang Nam <input type="checkbox"/> Chọn không tiết lộ <input type="checkbox"/> Chưa định rõ <input type="checkbox"/> Không nhị phân / Giới tính Queer					
GIỚI TÍNH ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH KHI SINH RA		<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Khác: _____ <input type="checkbox"/> Chọn không tiết lộ					
KHUYNH HƯỚNG TÌNH DỤC		<input type="checkbox"/> Vô tính <input type="checkbox"/> Lưỡng tính <input type="checkbox"/> Đồng tính nam <input type="checkbox"/> Đồng tính nữ <input type="checkbox"/> Toàn tính <input type="checkbox"/> Toàn tính <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Thẳng <input type="checkbox"/> Một cái gì khác <input type="checkbox"/> Chọn không tiết lộ					
ĐẠI TỬ		<input type="checkbox"/> Cô ấy, Của Cô ấy <input type="checkbox"/> Họ, Của họ <input type="checkbox"/> Chọn không tiết lộ <input type="checkbox"/> Anh ấy, Của Anh ấy <input type="checkbox"/> Tên bệnh nhân <input type="checkbox"/> Khác _____					
BẠN LÀ NGƯỜI GỐC TÂY BAN NHA HAY LATINH?		<input type="checkbox"/> Có, gốc Tây Ban Nha hay Latinh <input type="checkbox"/> Không phải gốc Tây Ban Nha hay Latinh <input type="checkbox"/> Chọn không tiết lộ					
CHUNG TỘC HAY NỀN TẢNG GIA ĐÌNH CỦA BẠN LÀ GÌ?		<input type="checkbox"/> Người Alaska bản địa <input type="checkbox"/> Người Mỹ bản địa <input type="checkbox"/> Châu Á <input type="checkbox"/> Người da đen / Mỹ gốc Phi <input type="checkbox"/> Người Hawaii bản địa <input type="checkbox"/> Người đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Trắng <input type="checkbox"/> Chọn không tiết lộ					
BẠN CÓ PHẢI LÀ MỘT CỰU CHIẾN BINH MỸ?		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không					
<p>NẾU BẠN LÀ BỆNH NHÂN, VUI LÒNG LIỆT KÊ MỘT LIÊN LẠC KHẨN CẤP. Chúng tôi sẽ liên lạc với người này nếu chúng tôi không thể liên lạc với bạn, nhưng chúng tôi sẽ không chia sẻ thông tin sức khỏe.</p> <p>Nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên dưới 18 tuổi, vui lòng liệt kê người giám hộ hợp pháp.</p>		HỌ		TÊN			
		MỐI QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN		ĐIỆN THOẠI <input type="checkbox"/> NHÀ <input type="checkbox"/> DI ĐỘNG <input type="checkbox"/> CHỖ LÀM ____ - ____ - ____ - ____			
		ĐỊA CHỈ		APT		NGÀY SINH ____ / ____ / ____ THÁNG NGÀY NĂM	
		THÀNH PHỐ		TIỂU BANG	ZIP		
		Người này có được phép giao tiếp bằng lời nói* với nhóm chăm sóc sức khỏe thay mặt bạn (họ có tham gia vào việc chăm sóc, ủy quyền chăm sóc sức khỏe của bạn hay người giám hộ hợp pháp của bạn không)? *Không bao gồm các dịch vụ bảo mật					<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

MẪU ĐĂNG KÝ BỆNH NHÂN



Tiếp theo ở mặt sau.

BẠN HAY MỘT THÀNH VIÊN TRONG GIA ĐÌNH CÓ ĐANG LÀM CHO NEIGHBORCARE HEALTH?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
TÌNH TRẠNG VIỆC LÀM CỦA BẠN LÀ GÌ?	<input type="checkbox"/> Toàn thời gian <input type="checkbox"/> Bán thời gian <input type="checkbox"/> Theo mùa	<input type="checkbox"/> Trẻ em <input type="checkbox"/> Không làm việc <input type="checkbox"/> Nghĩa vụ quân sự tích cực	<input type="checkbox"/> Tự làm chủ <input type="checkbox"/> Đã nghỉ hưu <input type="checkbox"/> Học sinh
NGÔN NGỮ ƯA THÍCH CỦA BẠN LÀ GÌ?			
BẠN CÓ CẦN MỘT THÔNG DỊCH VIÊN?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
ĐĂNG KÝ VÀO MYCHART	Bạn có muốn đăng ký vào MyChart, điều này sẽ cung cấp cho bạn quyền truy cập trực tuyến vào kết quả xét nghiệm và giao tiếp điện tử với nhóm chăm sóc của bạn không?		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

BẢO HIỂM

BẠN CÓ BẢO HIỂM KHÔNG?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
VUI LÒNG LIỆT KÊ THÔNG TIN BẢO HIỂM	TÊN BẢO HIỂM		NGÀY CÓ HIỆU LỰC
	SỐ GÓI NHÓM	ID THÀNH VIÊN #	
	TÊN NGƯỜI ĐĂNG KÝ/CHỦ SỞ HỮU CHÍNH SÁCH	NGÀY SINH NGƯỜI ĐĂNG KÝ	
BẠN CÓ QUAN TÂM ĐẾN CHƯƠNG TRÌNH GIẢM GIÁ PHÍ CỦA CHÚNG TÔI?	Chúng tôi cung cấp giảm giá phí nếu bạn cần trợ giúp thanh toán chi phí chăm sóc sức khỏe. Tất cả bệnh nhân đều có thể đăng ký chương trình này. Điều kiện cho chương trình và phí tối thiểu dựa trên số người và thu nhập hộ gia đình của bạn. Để biết thêm thông tin và nộp đơn, bạn có muốn gặp một trong những chuyên gia về sự đủ điều kiện của chúng tôi không?		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

CÂU HỎI BỔ SUNG (Trả lời cho bệnh nhân hay, nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên, vui lòng trả lời cho người giám hộ hợp pháp.)

THU NHẬP HÀNG NĂM HAY HÀNG THÁNG	Tổng thu nhập hàng năm của hộ gia đình bạn là bao nhiêu?	\$	Nếu dễ dàng hơn để tính, thu nhập hàng tháng của gia đình bạn là bao nhiêu?	\$	
TỔNG SỐ NGƯỜI TRONG HỘ GIA ĐÌNH	Số lượng thành viên trong hộ gia đình được báo cáo trên tờ khai thuế thu nhập liên bang:				
BẠN LÀ NGƯỜI VÔ GIA CƯ HAY ĐANG TRONG MỘT NƠI TRÚ ẨN TẠM THỜI?	<input type="checkbox"/> Có nguy cơ vô gia cư <input type="checkbox"/> Trẻ em có nguy cơ vô gia cư <input type="checkbox"/> Hiện tại không phải là người vô gia cư, đã bị trong 12 tháng qua <input type="checkbox"/> Vô gia cư Không rõ Nơi trú ẩn	<input type="checkbox"/> Sống ở nơi tạm trú <input type="checkbox"/> Sống với người khác <input type="checkbox"/> Không phải người vô gia cư <input type="checkbox"/> Nhà ở hỗ trợ vĩnh viễn	<input type="checkbox"/> Khách sạn <input type="checkbox"/> Đường, Trại, Cầu <input type="checkbox"/> Nhà ở chuyển tiếp <input type="checkbox"/> Cựu chiến binh có nguy cơ vô gia cư		
TÌNH TRẠNG LAO ĐỘNG NHẬP CƯ / THEO MÙA	Tại bất kỳ thời điểm nào trong hai năm qua, công việc nông trại theo mùa hay di cư là nguồn thu nhập chính của bạn hay gia đình bạn?		<input type="checkbox"/> Không có công việc nông trại <input type="checkbox"/> Có, công việc nông di cư <input type="checkbox"/> Có, công việc nông theo mùa		
BẠN ĐÃ NGHE VỀ NEIGHBORCARE HEALTH NHƯ THẾ NÀO? (Chọn tất cả những gì áp dụng)	<input type="checkbox"/> Bạn bè hay gia đình <input type="checkbox"/> Nhà cung cấp dịch vụ không phải hàng xóm khác <input type="checkbox"/> Nhóm cộng đồng hay chương trình khác <input type="checkbox"/> Quảng cáo (biển quảng cáo, xe buýt, báo chí)	<input type="checkbox"/> Bảo hiểm	<input type="checkbox"/> Tìm kiếm trực tuyến (Google) <input type="checkbox"/> Vị trí thuận tiện / gần nhà <input type="checkbox"/> Mạng xã hội (Facebook, Twitter, Instagram) <input type="checkbox"/> Trường học	<input type="checkbox"/> Khác	