

MẪU ĐĂNG KÝ BỆNH NHÂN

PATIENT REGISTRATION FORM



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"/> Không nhị phân <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> X
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 SẮC GIỚI TÍNH	<input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Chuyển giới Nam qua Nữ <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Chuyển giới Nữ qua Nam <input type="checkbox"/> Đang tìm hiểu bản thân <input type="checkbox"/> Phi nhị phân <input type="checkbox"/> Khác: _____		<input type="checkbox"/> Đa dạng giới <input type="checkbox"/> Hai tâm hồn <input type="checkbox"/> Chọn không tiết lộ	
GIỚI TÍNH ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH KHI SINH RA	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Intersex <input type="checkbox"/> Khác: _____		<input type="checkbox"/> Chọn không tiết lộ	
KHUYNH HƯỚNG TÌNH DỤC	<input type="checkbox"/> Vô tính <input type="checkbox"/> Lương 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 TỪ	<input type="checkbox"/> Cô ấy, Của Cô ấy <input type="checkbox"/> Họ, Của họ <input type="checkbox"/> Anh ấy, Của Anh ấy <input type="checkbox"/> Tên bệnh nhân		<input type="checkbox"/> Chọn không tiết lộ <input type="checkbox"/> Khác _____	
DÂN TỘC CỦA BẠN LÀ GÌ?	<input type="checkbox"/> Cuba <input type="checkbox"/> Mễ tây cơ, Mỹ gốc Mễ tây cơ <input type="checkbox"/> Puerto Rico <input type="checkbox"/> Gốc La tinh, Tây ban nha khác		<input type="checkbox"/> Không phải gốc La tinh <input type="checkbox"/> Chọn không tiết lộ	
CHUNG TỘC HAY NGUỒN GỐC GIA ĐÌNH CỦA BẠN LÀ GÌ? CHỌN TẤT CẢ NHỮNG GÌ ÁP DỤNG.	<input type="checkbox"/> Người bản địa Alaska <input type="checkbox"/> Người Mỹ da đen/Mỹ gốc Phi <input type="checkbox"/> Người đảo Guam hay Chamorro <input type="checkbox"/> Người Hawaii bản địa <input type="checkbox"/> Người Châu Á khác <input type="checkbox"/> Chọn không tiết lộ		<input type="checkbox"/> Người Mỹ da đỏ <input type="checkbox"/> Người Trung quốc <input type="checkbox"/> Người Nhật <input type="checkbox"/> Người Samoa <input type="checkbox"/> Người đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Người Ấn Độ gốc Á <input type="checkbox"/> Người Phi luật tân <input type="checkbox"/> Người Hàn quốc <input type="checkbox"/> Người Việt <input type="checkbox"/> Người da trắng	
BẠN CÓ ĐANG BỊ KHUYẾT TẬT KHÔNG?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Nếu có, chọn tất cả những gì thích hợp:	<input type="checkbox"/> Khuyết tật giao tiếp <input type="checkbox"/> Khuyết tật học tập <input type="checkbox"/> Khuyết tật vận động <input type="checkbox"/> Khuyết tật quan hệ xã hội <input type="checkbox"/> Khuyết tật sức khỏe tâm thần <input type="checkbox"/> Khuyết tật thính giác <input type="checkbox"/> Khuyết tật thị giác <input type="checkbox"/> Khuyết tật suy nghĩ <input type="checkbox"/> Khuyết tật trí nhớ			
BẠN ĐÃ PHỤC VỤ TRONG QUÂN ĐỘI HOA KỲ, LỰC LƯỢNG VŨ TRANG, HAY CÁC QUÂN ĐOÀN ĐƯỢC ỦY NIỆM ?			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
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. Nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên dưới 18 tuổi, vui lòng liệt kê người giám hộ hợp pháp.	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	
	THÀNH PHỐ		TIỂU BANG	NGÀY SINH __ / __ / ____ THÁNG NGÀY NĂM ZIP

Đơn này tiếp tục ở mặt sau. Vui lòng hoàn thành tất cả các mục.

MẪU ĐĂNG KÝ BỆNH NHÂN

PATIENT REGISTRATION FORM



Tiếp theo ở mặt sau.

	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)? <i>*Không bao gồm các dịch vụ bảo mật</i>	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
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"/> Trẻ em <input type="checkbox"/> Tự làm chủ <input type="checkbox"/> Bán thời gian <input type="checkbox"/> Không làm việc <input type="checkbox"/> Đã nghỉ hưu <input type="checkbox"/> Theo mùa <input type="checkbox"/> Nghĩa vụ quân sự tích cực <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:	
TÌNH TRẠNG NHÀ Ở	<input type="checkbox"/> Không phải vô gia cư <input type="checkbox"/> Sống với Người Khác <input type="checkbox"/> Khách sạn <input type="checkbox"/> Hiện tại không phải vô gia cư, đã là trong 12 tháng qua <input type="checkbox"/> Sống trong nhà tạm trú <input type="checkbox"/> Đường, Trại, Cầu, Xe <input type="checkbox"/> Nhà ở hỗ trợ vĩnh viễn <input type="checkbox"/> Sống trong nhà ở chuyển tiếp <input type="checkbox"/> Vô gia cư, nơi trú ẩn không xác định	
TÌNH TRẠNG LAO ĐỘNG DI CƯ/THỜI VỤ	Tại bất kỳ thời điểm nào trong hai năm qua, việc nông theo thời vụ hay di cư có phải là nguồn thu nhập chính của bạn hay gia đình bạn?	<input type="checkbox"/> Không có việc nông <input type="checkbox"/> Có, việc nông di cư <input type="checkbox"/> Có, việc nông theo thời vụ