

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"/> 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 _____				
DÂN TỘC CỦA BẠN LÀ GÌ?	<input type="checkbox"/> Cuba <input type="checkbox"/> Mễ tây cơ, Mỹ gốc Mễ tây cơ <input type="checkbox"/> Không phải gốc La tinh <input type="checkbox"/> Puerto Rico <input type="checkbox"/> Gốc La tinh, Tây ban nha khác <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 đỏ <input type="checkbox"/> Người Ấn Độ gốc Á <input type="checkbox"/> Người Mỹ da đen/Mỹ gốc Phi <input type="checkbox"/> Người Trung quốc <input type="checkbox"/> Người Phi luật tân <input type="checkbox"/> Người đảo Guam hay Chamorro <input type="checkbox"/> Người Nhật <input type="checkbox"/> Người Hàn quốc <input type="checkbox"/> Người Hawaii bản địa <input type="checkbox"/> Người Samoa <input type="checkbox"/> Người Việt <input type="checkbox"/> Người Châu Á khác <input type="checkbox"/> Người đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Người da trắng <input type="checkbox"/> Chọn không tiết lộ				
BẠN CÓ PHẢI LÀ CỰU CHIẾN BINH HOA KỲ KHÔNG?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		BẠN CÓ BỊ KHUYẾT TẬT KHÔNG?	<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	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	

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.

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:			
TÌNH TRẠNG NHÀ Ở	<input type="checkbox"/> Không phải vô gia cư <input type="checkbox"/> Hiện tại không phải vô gia cư, đã là trong 12 tháng qua <input type="checkbox"/> Nhà ở hỗ trợ vĩnh viễn	<input type="checkbox"/> Sống với Người Khác <input type="checkbox"/> Sống trong nhà tạm trú <input type="checkbox"/> Sống trong nhà ở chuyển tiếp	<input type="checkbox"/> Khách sạn <input type="checkbox"/> Đường, Trại, Cầu, Xe <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	