



# BAY AREA COMMUNITY HEALTH – Đơn Đăng Ký Bệnh Nhân

Revised 05/2020

Tên bệnh nhân: \_\_\_\_\_  
Họ \_\_\_\_\_ Tên \_\_\_\_\_ Tên đệm \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_  
Tên đường \_\_\_\_\_ Số chung cư \_\_\_\_\_ Thành phố \_\_\_\_\_ Mã vùng \_\_\_\_\_

Số điện thoại: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nhà \_\_\_\_\_ Chỗ làm \_\_\_\_\_ Cầm tay \_\_\_\_\_

Quý vị có số an sinh xã hội không?  Có  Không Số an sinh xã hội (SSN): \_\_\_\_\_

Số an sinh xã hội của quý vị chỉ cho việc làm?  Có  Không Nếu học sinh, tên trường: \_\_\_\_\_

Ngày sinh: \_\_\_\_\_ Tháng/ Ngày / Năm \_\_\_\_\_ Giới tính khi sanh:  Nam  Nữ

Xin vui lòng cho chúng tôi biết nếu chúng tôi CÓ THỂ để lại lời nhắn qua điện thoại về kết quả xét nghiệm, thông tin về toa thuốc hoặc bất kỳ thông tin y tế nào khác liên quan đến sức khỏe của quý vị. Số điện thoại này **chỉ có quý vị hoặc bất kỳ ai mà quý vị cảm thấy an tâm** khi nghe thông tin y tế của quý vị.

Số điện thoại chúng tôi có thể để lại tin nhắn: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  Đồng ý, xin thể để lại tin nhắn về thông tin sức khỏe  Đừng để lại tin nhắn về thông tin sức khỏe

Chúng tôi có thể liên lạc với bạn như thế nào? Vui lòng chọn tất cả các áp dụng:  Thư  Tin nhắn  Điện thoại  Email: \_\_\_\_\_

Tình hình cư ngụ:  Nhà/ căn hộ của quý vị  Shelter  Thuê phòng chung  Ngoài đường/trên xe  
Quý vị ở đâu tối qua?  Nhà ở hỗ trợ chuyển tiếp/vĩnh viễn  Nơi cư ngụ khác

Quý vị nghe về chúng tôi từ đâu:  Radio  Tờ rơi  Sự kiện  Bạn/Người thân  Internet  Khác: \_\_\_\_\_

Nhận thực giới tính:  Nam  Nữ chuyển giới  Khác  Nam chuyển giới  Không muốn tiết lộ  
Khuyến hướng tình dục:  Đồng tính luyến ái  Dị tính luyến ái  Song tính luyến ái  Ngoại lệ  Không biết  Không muốn tiết lộ

Dân tộc:  Không phải Tây Ban Nha hoặc Latino  Tây Ban Nha hoặc Latino  
Chủng tộc:  Mỹ trắng  Mỹ Gốc Phi/Mỹ đen  Á Châu  Người Mỹ Bản Xứ/ Alaska Native  Người Mỹ Bản Xứ/ Hawaiian  Cư dân bản địa Thái Bình Dương

Trình độ học vấn:  Thấp hơn tốt nghiệp trung học  Tốt nghiệp trung học  Vài năm đại học/ Vài năm đại học/bằng học nghề  Tốt nghiệp đại học hoặc cao hơn  
Quý vị có phải là cựu chiến binh?  Có  Không

Quý vị có phải là người lao động nhập cư?  Có  Không

Thu nhập: Xin cộng tất cả thu nhập của tất cả thành viên trong gia đình trước thuế.  
\$ \_\_\_\_\_ Xin khoanh tròn một lựa chọn sau:  mỗi tuần  mỗi 2 tuần  mỗi tháng  mỗi năm

Quy mô hộ gia đình: Số thành viên trong gia đình sống với quý vị? \_\_\_\_\_

Thông tin của quý vị nên được cung cấp bằng ngôn ngữ nào?  Tiếng Anh  Tiếng Tây Ban Nha  Tiếng Hoa  Tiếng Hindi  Tiếng Farsi  Tiếng Việt  Tiếng nào khác \_\_\_\_\_

Quý vị nói chuyện với bác sĩ bằng Tiếng Anh?  Có  Không

**Trong trường hợp khẩn cấp**  
Bạn bè hoặc người thân liên hệ: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Tên \_\_\_\_\_ Mối quan hệ \_\_\_\_\_ Số điện thoại \_\_\_\_\_

Nếu là vị thành niên, tên mẹ/người giám hộ: \_\_\_\_\_ Nếu là vị thành niên, tên cha/người giám hộ: \_\_\_\_\_

### SỰ ĐỒNG Ý

Khi ký tên dưới đây, tôi là bệnh nhân ký tên dưới đây (hoặc đại diện được ủy quyền, hoặc cha/mẹ /người giám hộ), đồng ý và cho phép thực hiện bất kỳ phương pháp điều trị, khám, dịch vụ y tế, phẫu thuật hoặc chẩn đoán, bao gồm cả phòng thí nghiệm và nghiên cứu X quang, theo yêu cầu của văn phòng.

Chữ ký bệnh nhân hoặc Người giám hộ hợp pháp (nếu là vị thành niên): \_\_\_\_\_

Ngày : \_\_\_\_\_

Tên và mối quan hệ (nếu không phải là bệnh nhân): \_\_\_\_\_

### HỢP ĐỒNG THANH TOÁN CHO ĐIỀU TRỊ

Tôi, chịu trách nhiệm, đồng ý thanh toán tất cả các chi phí điều trị cho bệnh nhân. Nếu bệnh nhân có bảo hiểm tư nhân, mà văn phòng y tế có thỏa thuận hợp đồng, tôi đồng ý thanh toán tất cả các khoản thanh toán, bảo hiểm và khấu trừ có thể áp dụng trong quá trình điều trị cho bệnh nhân. Tôi hiểu rằng Trung tâm Y tế Cộng đồng Bay Area (BACH) cung cấp các chương trình giá thấp; dựa trên quy mô gia đình và thu nhập hàng năm của hộ gia đình, và các dịch vụ sẽ không bị từ chối do không thể thanh toán tại thời điểm khám bệnh.

Người chịu trách nhiệm (Họ, Tên): \_\_\_\_\_

Ngày sinh: \_\_\_\_\_ Giới tính: \_\_\_\_\_

Mối quan hệ (nếu không phải bệnh nhân): \_\_\_\_\_

Số an sinh xã hội: \_\_\_\_\_

Employment Status: \_\_\_\_\_

Số điện thoại: \_\_\_\_\_

Địa chỉ (nếu khác bệnh nhân): \_\_\_\_\_

### THÔNG BÁO THỰC HÀNH BẢO MẬT

Thông báo về Thực hành quyền bảo mật của Bay Area Community Health (BACH) cung cấp thông tin về cách BACH có thể sử dụng và tiết lộ hồ sơ sức khỏe được bảo vệ (PHI) của quý vị.

tôi hiểu :

- Tôi có quyền nhận một bản Thông báo về Thực hành quyền bảo mật của BACH
- Tôi có thể yêu cầu một bản sao bất cứ lúc nào
- Thông báo về Thực hành quyền bảo mật của BACH có thể được sửa đổi

Khi ký tên bên dưới, tôi xác nhận những điều trên và tôi đã nhận được một bản Thông báo về Thực hành quyền bảo mật của BACH

Người chịu trách nhiệm: \_\_\_\_\_

Ngày: \_\_\_\_\_

Tên và mối quan hệ (nếu không phải là bệnh nhân): \_\_\_\_\_

### DI CHỨC SỨC KHỎE

Một ủy quyền Y tế để đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe trong trường hợp trong tương lai, anh ta / cô ta không thể đưa ra các quyết định đó.

Vui lòng chọn một điều bên dưới:

- Tôi có di chúc sức khỏe/Giấy ủy quyền cho luật sư về các quyết định chăm sóc y tế
- Tôi không có di chúc sức khỏe/Giấy ủy quyền cho luật sư về các quyết định chăm sóc y tế
- Tôi muốn biết thêm thông tin về di chúc sức khỏe
- Tôi không muốn biết thêm thông tin về di chúc sức khỏe

Nếu bạn có di chúc sức khỏe, vui lòng gửi một bản sao cho chúng tôi, trực tiếp hoặc qua thư ( \_\_\_\_\_ )

Ký tên bên dưới, tôi xác nhận rằng tôi đã nhận được thông tin về di chúc sức khỏe

Người chịu trách nhiệm: \_\_\_\_\_

Ngày: \_\_\_\_\_

Tên và mối quan hệ (nếu không phải là bệnh nhân): \_\_\_\_\_