

## MẪU ĐĂNG KÝ VÀ CHẤP THUẬN BỆNH NHÂN

### THÔNG TIN BỆNH NHÂN

<b>Họ:</b>	<b>Tên</b>	<b>Tên đệm:</b>	<b>Tình trạng hôn nhân:</b>
			<input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Kết hôn <input type="checkbox"/> Ly dị <input type="checkbox"/> Ly thân <input type="checkbox"/> Góa bụa

<b>Tên khai sinh hoặc tên trước đây:</b>	<b>Giới tính</b> <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Chọn không tiết lộ
--	---

<b>An sinh xã hội #:</b>	<b>Ngày sinh:</b> / /	<b>Xu hướng giới tính:</b> <input type="checkbox"/> Giới tính thẳng <input type="checkbox"/> Đồng tính nữ hoặc đồng tính nam <input type="checkbox"/> Lưỡng tính <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Chọn không tiết lộ
--------------------------	-----------------------	--

<b>Địa chỉ đường phố:</b>	<b>Apt. #:</b>	<b>Thành phố:</b>	<b>Tiểu bang:</b>	<b>Mã bưu điện:</b>
---------------------------	----------------	-------------------	-------------------	---------------------

<b>Chủng tộc:</b> (chọn tất cả những gì áp dụng) <input type="checkbox"/> Người da trắng <input type="checkbox"/> da đen / người Mỹ gốc Phi <input type="checkbox"/> Ấn Độ / Alaska thổ dân <input type="checkbox"/> Châu Á <input type="checkbox"/> Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Hawaii bản địa <input type="checkbox"/> Nhiều hơn một chủng tộc <input type="checkbox"/> Từ chối báo cáo	<b>Dân tộc:</b> (chọn một) <input type="checkbox"/> Tây ban nha <input type="checkbox"/> Không phải gốc Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Từ chối báo cáo	<b>Cần một phiên dịch viên hoặc thông dịch viên?</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <b>Nếu Có, ngôn ngữ ưa thích của bệnh nhân là gì?</b>
---	---	---

<b>Điện thoại chính/ Điện thoại nhà :</b> ( ) ( )	<b>Số điện thoại di động:</b> ( ) ( )	<b>Địa chỉ email:</b>
---	---------------------------------------	-----------------------

<i>Nếu bạn là cha mẹ của một đứa trẻ trong độ tuổi từ 12 đến 17, Bạn sẽ được cấp quyền truy cập một phần vào hồ sơ y tế của con bạn.</i>	<b>Số điện thoại di động (bệnh nhân 12-17 tuổi):</b>	<b>Địa chỉ email (bệnh nhân 12-17 tuổi):</b>
--	--	--

<b>Nhà ở: (Nếu vô gia cư, hãy kiểm tra áp dụng)</b> <input type="checkbox"/> Trong nơi trú ẩn cho người vô gia cư <input type="checkbox"/> Trong nhà ở chuyển tiếp <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Sống trên đường phố <input type="checkbox"/> Chia sẻ nhà với người khác <input type="checkbox"/> Không Xác định	<b>Bạn có phải là Cựu chiến binh:</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<b>Nhà ở công cộng:</b> Bạn có phải là Cư dân Nhà ở Công cộng không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<b>Bạn có phải là công nhân nông nghiệp?</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <b>Nếu có, hãy chọn một:</b> <input type="checkbox"/> Lao động thời vụ <input type="checkbox"/> nhập cư
--	---	---	---

### THÔNG TIN GIA ĐÌNH VÀ THU NHẬP

<b>Người chịu trách nhiệm về hóa đơn:</b> (Tên, Ngày sinh và Thông tin liên hệ)
---

<b>Quy mô gia đình:</b>	<b>Thu nhập hàng tháng:</b>	<b>Tình trạng việc làm:</b> <input type="checkbox"/> Làm việc <input type="checkbox"/> Không làm việc
-------------------------	-----------------------------	---

<b>Giáo dục:</b> <input type="checkbox"/> Không phải là sinh viên <input type="checkbox"/> Sinh viên toàn thời gian <input type="checkbox"/> Sinh viên bán thời gian	<b>Nguồn thu nhập:</b>
--	------------------------

### THÔNG TIN BẢO HIỂM Y TẾ

#### Vui lòng xuất trình (các) Thẻ Bảo hiểm cho Lễ tân

<b>Bạn có Bảo hiểm Y tế không?</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<b>Bạn có bảo hiểm Family Pact (FPACT) không?</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<b>Bạn có Bảo hiểm Nha khoa không?</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<b>Bạn có bảo hiểm y tế thông qua công việc hoặc Công việc của vợ / chồng, Công đoàn hoặc bảo hiểm mua tư nhân?</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

### TRONG TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP

<b>Liên hệ khẩn cấp :</b>	<b>Mối quan hệ với bệnh nhân:</b>	<b>Điện thoại nhà :</b>	<b>Số điện thoại di động</b>
Tên:		( ) ( )	( ) ( )

Tôi yêu cầu và cho phép San Diego Family Care và các bác sĩ và nhân viên phụ trợ được chỉ định của nó để thực hiện việc điều trị cần thiết như được xác định bởi tình trạng của tôi. Điều trị như vậy là bao gồm các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm, X quang và các biện pháp duy trì sự sống, nếu cần thiết. Tôi hiểu nhân viên phụ trợ bao gồm Y tá, Bác sĩ, Y tá và Trợ lý y tế. Điều này có thể được hiểu thêm rằng, nếu tôi từ chối bất kỳ phương pháp điều trị nào được đề xuất bởi các y bác sĩ của San Diego Family Care, thì họ tự động được miễn trừ mọi trách nhiệm về những thiệt hại có thể xảy ra đối với tôi. Tôi nhận ra rằng sự từ chối của tôi sẽ được ghi lại và chúng kiến bởi không ít hơn hai người, bao gồm cả bác sĩ giám sát phụ trách. **Tên viết tắt** \_\_\_\_\_

**Chi thị trước:** Tôi đã nhận được thông tin về chi thị trước về chăm sóc sức khỏe và tôi hiểu rằng tôi có quyền xây dựng các chi thị trước sẽ được nộp trong hồ sơ y tế của tôi. Tôi hiểu rằng tôi có thể thay đổi hướng dẫn của mình nếu tôi muốn trong tương lai. **Tên viết tắt** \_\_\_\_\_

**Chuyển nhượng quyền lợi bảo hiểm:** Các thông tin trên là đầy đủ và chính xác. Tôi cho phép tiết lộ thông tin cần thiết để nộp đơn yêu cầu bồi thường với công ty bảo hiểm của tôi và tôi chỉ định các quyền lợi phải trả cho tôi, cho phòng khám được chỉ định trong yêu cầu bồi thường. Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm tài chính đối với các khoản phí không được bảo hiểm của tôi chi trả hoặc bởi các chương trình mà tôi được xác định là không đủ điều kiện.

**Tên viết tắt** \_\_\_\_\_

**Sử dụng, Tiết lộ Hình ảnh:** Tôi đồng ý San Diego Family Care và nhân viên của họ được phép chụp ảnh bản thân hoặc thành viên gia đình tôi để hỗ trợ xác định hồ sơ y tế liên quan trong Hệ thống Hồ sơ Y tế Điện tử, phù hợp với luật California và Liên bang liên quan đến quyền riêng tư của sức khỏe có thể nhận dạng cá nhân. Ảnh này sẽ không được sử dụng cho bất kỳ mục đích nào khác ngoài việc nhận dạng bệnh nhân để chăm sóc lâm sàng. Tôi hiểu rằng San Diego Family Care có thể không tiết lộ ảnh của tôi cho bất kỳ người yêu cầu / nhà cung cấp dịch vụ y tế nào khác mà không có sự cho phép của tôi.

**Tôi cho phép sử dụng ảnh**  Có  Không **Tên viết tắt** \_\_\_\_\_

**Truyền thông:** Tôi ủy quyền cho San Diego Family Care và nhân viên của họ liên hệ với tôi qua tin nhắn văn bản hoặc để lại tin nhắn thoại cho tôi.

**Tin nhắn văn bản**  Có  Không **Tin nhắn thoại:**  Có  Không **Tin nhắn điện tử:**  Có  Không **Tên viết tắt** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của bệnh nhân / cha mẹ hoặc người giám hộ

\_\_\_\_\_  
Ngày



# PATIENT REGISTRATION AND CONSENT FORM

## PATIENT INFORMATION

<b>Last Name:</b>		<b>First Name:</b>		<b>Middle Name:</b>	<b>Marital Status:</b> <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Widowed	
<b>Birth Name or Previous Name:</b>					<b>Gender Identity:</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Chose not to disclose	
<b>Social Security #:</b>		<b>Date of Birth:</b> / /		<b>Sexual Orientation:</b> <input type="checkbox"/> Straight <input type="checkbox"/> Lesbian or Gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Something else <input type="checkbox"/> Don't know <input type="checkbox"/> Chose not to disclose		
<b>Street Address:</b>			<b>Apt. #:</b>	<b>City:</b>	<b>State:</b>	<b>ZIP Code:</b>
<b>Race:</b> (select all that apply) <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black / African American <input type="checkbox"/> American Indian / Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Pacific Islander <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> More than one race <input type="checkbox"/> Refuse to Report			<b>Ethnicity:</b> (select one) <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic <input type="checkbox"/> Refuse to Report		<b>Need a Translator or Interpreter?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  <b>If Yes, what is patient's preferred language?</b>	
<b>Primary/ Home Phone #:</b> ( )		<b>Cell #:</b> ( )		<b>Email address:</b>		
<i>If you are the parent of a child between the ages 12 and 17, You will be granted partial access to your child's medical record.</i>			<b>Cell #(patients 12-17 years):</b>		<b>Email address(patients 12-17 years):</b>	
<b>Housing: (If Homeless, check applicable)</b> <input type="checkbox"/> In homeless shelter <input type="checkbox"/> In transitional housing <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Living on the Street <input type="checkbox"/> Doubling Up <input type="checkbox"/> Unknown		<b>Are you a Veteran:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Public Housing:</b> Are you a Public Housing Resident? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<b>Are you an Agricultural Worker?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <b>If yes, select one:</b> <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Seasonal Worker	

## FAMILY AND INCOME INFORMATION

<b>Person responsible for bill:</b> (Name, Date of Birth and Contact Information)		
<b>Family Size:</b>	<b>Monthly Income:</b>	<b>Employment Status :</b> <input type="checkbox"/> Employed <input type="checkbox"/> Not Employed
<b>Education:</b> <input type="checkbox"/> Not a Student <input type="checkbox"/> Full-Time Student <input type="checkbox"/> Part-Time Student		<b>Source of Income:</b>

## HEALTH INSURANCE INFORMATION Please present Insurance Card(s) to Receptionist

<b>Do you have Health Insurance?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Do you have Family Pact coverage (FPACT)?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>Do you have Dental Coverage?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Do you have medical coverage through work or Spouse's work, Union or privately purchased insurance?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

## IN CASE OF EMERGENCY

<b>Emergency Contact :</b> Name:	<b>Relationship to patient:</b>	<b>Home Phone #:</b> ( )	<b>Cell #:</b> ( )
-------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------	-----------------------

I request and give my permission to San Diego Family Care and its assigned physicians & auxiliary personnel to render such treatment necessary as determined by my condition. Such treatment is to include laboratory tests, radiology and life-sustaining measures, if necessary. I understand auxiliary personnel include Nurse Practitioner, Nurse, & Medical Assistant. It is further understood that if I refuse any treatment suggested San Diego Family Care, I automatically release them from responsibility for damages which may occur because of my refusal. I realize my refusal will be documented and witnessed by no less than two persons, including the supervising physician in charge. **Initials** \_\_\_\_\_

**Advance Directive:** I have received information about advance directive and I understand that I have the right to formulate advance directives that would be filed in my medical file. I understand that I can change my instruction if I desire in the future. **Initials** \_\_\_\_\_

**Insurance Assignment of Benefits:** The above information is complete and correct. I hereby authorize release of information necessary to file a claim with my insurance company and I assign benefits otherwise payable to me, to the clinic indicated on the claim. I understand that I am financially responsible for charges not covered by my insurance or by programs that I am determined to be ineligible for. **Initials** \_\_\_\_\_

**Use, Disclosure of Photographs:** I hereby acknowledge that San Diego Family Care and its staff have my permission to photograph myself or my family member to assist in identifying the associated medical record in the Electronic Medical Record System, consistent with California and Federal law concerning the privacy of individually identifiable health. This photograph will not be used for any other purpose than identification of patient for clinical care. I understand that San Diego Family Care may not release my photograph to any other requestor/medical provider without my permission.

**I authorize** the use of photograph Yes  No **Initials** \_\_\_\_\_

**Communications:** I authorize San Diego Family Care and its staff to contact me via text message or to leave a voice message for me.

**Text Message** Yes  No **Voice Message:** Yes  No **Electronic Message:** Yes  No **Initials** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Patient / Parent or Guardian Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*