

Chính: _____ Nha Khoa: _____ Tiền Sản: _____

Biểu Mẫu Đăng Ký Bệnh Nhân (2 trang)

Mới Thường niên

Địa chỉ nhà: Families First

HH

Goodwin Community Health

Lilac City Pediatrics

BỆNH NHÂN:

Tên: _____ Ngày sinh: ____/____/____ Giới tính (tại thời điểm sinh): Nam Nữ

Địa chỉ gửi thư: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____

Địa chỉ thực tế: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____

Điện thoại nhà riêng: (____) _____ **Có thể để lại thư thoại không?** Có Không

Điện thoại di động: (____) _____ **Có thể để lại thư thoại không?** Có Không **Có thể nhắn tin cho quý vị không?** Có Không

Địa chỉ Email: _____ (Truy cập cổng thông tin bệnh nhân có sẵn theo yêu cầu)

Tình trạng hôn nhân: Đã kết hôn Độc thân Ly dị Góa bụa **Dân tộc:** Người gốc Tây Ban Nha Không phải người gốc Tây Ban Nha

Chủng tộc: Người Da Trắng Người Châu Á Người Hawaii Bản Xứ/Người Đảo Thái Bình Dương Người Da Đen/Người Mỹ gốc Phi Người Mỹ Da Đỏ Nhiều hơn một chủng tộc Khác _____

Tình Trạng Cựu Chiến Binh: Cựu chiến binh Không phải cựu chiến binh **Công Dân Hoa Kỳ** Có Không

Tình Trạng Việc Làm Trong Ngành Nông Nghiệp: Phi nông nghiệp Theo mùa vụ Di cư Được tuyển dụng quanh năm Nông dân đã nghỉ hưu

Bản Dạng Giới: Nam Nữ Nữ chuyển thành Nam Nam chuyển thành Nữ Phi nhị giới Khác _____ Không muốn tiết lộ

Danh Xưng Muốn Gọi: Ông/Anh Bà/Cô Họ Khác _____

Định Hướng Tính Dục: Đồng tính nữ hoặc đồng tính nam Dị tính Lưỡng tính Loại khác _____ Không biết Không muốn tiết lộ

Sắp Xếp Cuộc Sống: Đi thuê nhà Sở hữu nhà Sống cùng người thân/bạn bè Nơi cư trú Nơi ở tạm thời khác _____

Ngôn Ngữ: _____ **Quý vị có bị điếc không?** Có Không *Có thể cung cấp một thông dịch viên theo yêu cầu trong quá trình chăm sóc*

CHA MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ: (Điền vào nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi hoặc có người giám hộ hợp pháp)

1) Tên: _____ Ngày sinh: ____/____/____ Điện thoại: (____) _____
Địa chỉ: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____
Mối quan hệ với Bệnh Nhân: Mẹ Cha Khác (vui lòng điền vào): _____ Giới tính: Nam Nữ

2) Tên: _____ Ngày sinh: ____/____/____ Điện thoại: (____) _____
Địa chỉ: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____
Mối quan hệ với Bệnh Nhân: Mẹ Cha Khác (vui lòng điền vào): _____ Giới tính: Nam Nữ

LIÊN HỆ KHẨN CẤP: (Trong tình huống khẩn cấp, người được liệt kê dưới đây sẽ được báo rằng quý vị đang được chăm sóc tại cơ sở của chúng tôi)

Tên: _____ Mối quan hệ: _____ Điện thoại: (____) _____

Đồng ý nói chuyện về Chăm Sóc Y Tế Cuộc Hẹn Bệnh Viện Địa Phương Ưu Tiên: _____

***BẢO HIỂM CÓ THỂ YÊU CẦU THÔNG BÁO CHO HÃNG BẢO HIỂM CỦA NHÀ CUNG CẤP CỦA QUÝ VỊ. ĐÂY LÀ TRÁCH NHIỆM CỦA BỆNH NHÂN.** _____ (Ký tắt)

Tên Bảo Hiểm Chính: _____ Hợp đồng số: _____ Nhóm số: _____

Tên người phụ thuộc: _____ Ngày sinh người phụ thuộc: _____ Mối quan hệ với Bệnh Nhân: _____

Tên Bảo Hiểm Phụ/Nha Khoa: _____ Hợp đồng số: _____ Nhóm số: _____

Tên người phụ thuộc: _____ Ngày sinh người phụ thuộc: _____ Mối quan hệ với Bệnh Nhân: _____

Hãng sở cung cấp bảo hiểm: _____

1. Quý vị đã biết đến chúng tôi như thế nào? _____ (Chỉ dành cho Bệnh Nhân mới)

2. Quý vị đang chuyển dịch vụ chăm sóc của mình từ một văn phòng y tế hoặc nha khoa khác? Có Không Nếu có, là nơi nào? _____

Chữ ký của Bệnh Nhân/Người Giám Hộ: **X** _____ Ngày: _____

DÀNH CHO VĂN PHÒNG - THÔNG BÁO BỆNH NHÂN

 PHÊ DUYỆT TỪ CHỐI Hết hạn: _____
 Danh Mục Phí Linh Động & Giảm Giá: _____/_____

Vui lòng tìm quy mô gia đình của quý vị rồi dò theo hàng đó và khoanh tròn mức gần nhất với **thu nhập hộ gia đình hàng năm** của quý vị. Điều này sẽ giúp chúng tôi đáp ứng các yêu cầu của các khoản tài trợ của tiểu bang và liên bang mà chúng tôi nhận được.

Số Người Trong Gia Đình	Giữa	Giữa	Giữa	Giữa	Trên
1	\$0 - \$12,880	\$12,881 - \$17,774	\$17,775 - \$21,896	\$21,897 - \$25,760	\$25,761
2	\$0 - \$17,420	\$17,421 - \$24,040	\$24,041 - \$29,614	\$29,615 - \$34,840	\$34,841
3	\$0 - \$21,960	\$21,961 - \$30,305	\$30,306 - \$37,332	\$37,333 - \$43,920	\$43,921
4	\$0 - \$26,500	\$26,501 - \$36,570	\$36,571 - \$45,050	\$45,051 - \$53,000	\$53,001
5	\$0 - \$31,040	\$31,041 - \$42,835	\$42,836 - \$52,768	\$52,769 - \$62,080	\$62,081
6	\$0 - \$35,580	\$35,581 - \$49,100	\$49,101 - \$60,486	\$60,487 - \$71,160	\$71,161
7+	\$0 - \$40,120	\$40,121 - \$55,366	\$55,367 - \$68,204	\$68,205 - \$80,240	\$80,241

ĐƠN ĐĂNG KÝ GIẢM GIÁ PHÍ LINH ĐỘNG Greater Seacoast Community Health cung cấp giảm giá dựa trên thu nhập cho những bệnh nhân không có bảo hiểm, hoặc có bảo hiểm không đài thọ một số dịch vụ nhất định (như chăm sóc sức khỏe nha khoa hoặc hành vi).

Để nộp đơn đăng ký Giảm Giá Phí Linh Động, vui lòng điền vào bảng dưới đây. Các khoản giảm giá sẽ dựa trên quy mô và thu nhập hộ gia đình. Quý vị phải nộp **bằng chứng thu nhập** trong vòng 30 ngày kể từ ngày cung cấp dịch vụ hoặc ngày trên biểu mẫu này.

Chúng tôi sẽ cho biết danh mục biểu phí linh động và giảm giá của quý vị là bao nhiêu, và quý vị sẽ hội đủ điều kiện hưởng khoản giảm giá này **trong một năm**.

Ví dụ về các loại thu nhập:

- An Sinh Xã Hội
- Cấp dưỡng con trẻ
- Nghỉ hưu
- Kinh doanh
- Khuyết tật
- Thanh toán phúc lợi
- Tiền trợ cấp
- Khác

Ví dụ về bằng chứng thu nhập:

- 4 tuần có cường phiếu lương mới nhất và liên tiếp
- Tờ khai thuế mới nhất
- 4 tuần có cường chi phiếu trợ cấp thất nghiệp

Nếu nộp đơn xin Giảm Giá Phí Linh Động, vui lòng cung cấp thông tin dưới đây cho bản thân quý vị và tất cả những người trong gia đình quý vị.

Tên (Tên, Tên đệm, Họ)	Giới tính	Mối quan hệ với quý vị	Ngày sinh	Thu nhập & mức độ thường xuyên	Loại thu nhập
		BẢN THÂN		\$	
				\$	
				\$	
				\$	
Quy Mô Gia Đình:			Thu Nhập Hộ Gia Đình:	\$	

Thông tin ở trên được cung cấp là mới nhất và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu phát hiện thông tin được cung cấp là không chính xác, mọi khoản giảm giá đã đưa ra có thể phải hoàn trả.

Tôi **SẼ** nộp đơn đăng ký Giảm Giá. Tôi sẽ **KHÔNG** nộp đơn đăng ký Giảm Giá. Xin cho tôi biết về các lựa chọn bảo hiểm y tế có sẵn cho tôi.

Chữ ký của Bệnh Nhân/Người Giám Hộ **X** _____ Ngày: _____

CHỈ DÙNG CHO VĂN PHÒNG:

Ngày phê duyệt: _____

Phí Y Tế Thông Thường:

Thanh Toán Nha Khoa Cơ Bản:

Thanh Toán Nha Khoa Quan Trọng:

 Loại 1 \$30 \$40 \$40+ Loại 2 40% 50% 60% Loại 3 60% 65% 75% Loại 4 80% 80% 90% Trả toàn bộ Trả toàn bộ Trả toàn bộ Trả toàn bộ

Dựa trên POI là \$ _____

Tên Nhân Viên: _____

 hàng tháng hàng năm bị từ chối

Ngày: _____

Xét duyệt bởi: Giám Sát Viên Văn Phòng hoặc Người Được Ủy Quyền * Xác Minh và Phê Duyệt được thể hiện bằng tên ký tắt, ngày và danh mục trực tiếp trên thu nhập (tùy thuộc vào đánh giá bổ sung).

Giấy Chấp Thuận Có Hiểu Biết

Greater Seacoast Community Health (bao gồm cả Goodwin Community Health, Families First Health Center và Lilac City Pediatrics) đề nghị bệnh nhân của chúng tôi hiểu rõ và đồng ý với các thông tin trong tài liệu này. Thông tin thêm hiện có sẵn trong các tài liệu riêng, như được ghi chú dưới đây. Nếu quý vị có thắc mắc về bất cứ nội dung nào trong thông tin này, xin vui lòng hỏi nhân viên văn phòng của chúng tôi.

Chấp Thuận Chung về Chẩn Đoán Ngoại Trú, Chăm Sóc và Điều Trị

- Tôi đã tự nguyện đến với Families First, Goodwin Community Health hoặc Lilac City Pediatrics khi tìm kiếm các dịch vụ y tế, nha khoa và/hoặc sức khỏe hành vi.
- Tôi cho phép các nhà cung cấp theo các quy định này được tiến hành các lần khám và kiểm tra, đưa ra giấy giới thiệu và cung cấp các quy trình và việc điều trị cần thiết để chẩn đoán và chăm sóc cho tôi.
- Các dịch vụ này có thể được cung cấp tại văn phòng hoặc bằng telehealth (chăm sóc sức khỏe từ xa) qua điện thoại hoặc video, theo thỏa thuận khi cuộc hẹn của tôi được lên lịch.
- Tôi hiểu rằng bất kỳ việc điều trị sức khỏe nào cũng đều có rủi ro và lợi ích tiềm ẩn. Tôi hiểu rằng tôi cần thảo luận về bất kỳ mối quan ngại nào tôi có liên quan đến các rủi ro và lợi ích tiềm ẩn của việc điều trị như vậy với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi hoặc của con tôi.
- Tôi hiểu rằng Greater Seacoast Community Health cung cấp một loạt các dịch vụ tích hợp tại nhiều địa điểm, bao gồm y tế, nha khoa, sức khỏe tâm thần, điều trị rối loạn sử dụng chất, công tác xã hội, gia đình và các dịch vụ khác. Tôi hiểu rằng các nhân viên Greater Seacoast cung cấp các dịch vụ khác nhau này có thể chia sẻ thông tin khi cần thiết để cải thiện chất lượng và tính liên tục cho dịch vụ chăm sóc của tôi.

Bảo Mật, Quyền Riêng Tư và Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe

- Luật liên bang và tiểu bang đảm bảo rằng việc trao đổi thông tin giữa bệnh nhân và một nhà cung cấp dịch vụ y tế là bí mật. Chúng tôi không thể và sẽ không tiết lộ hồ sơ y tế cho bất kỳ ai khác trừ khi bệnh nhân cho phép chúng tôi được phép làm như vậy, hoặc theo một số miễn trừ pháp lý nhất định đối với luật pháp. Các miễn trừ này bao gồm khi nhân viên nghi ngờ lạm dụng, bỏ bê hoặc bóc lột một đứa trẻ hoặc người lớn bị mất năng lực, hoặc khi bệnh nhân có thể gây tổn hại cho bản thân hoặc người khác. Nhân viên của chúng tôi được luật pháp cho phép báo cáo trong những tình huống này.
- Greater Seacoast được luật pháp yêu cầu duy trì quyền riêng tư của thông tin sức khỏe của bệnh nhân và cung cấp cho bệnh nhân Thông Báo Các Quy Định Về Quyền Riêng Tư. (Thông tin về thông báo này có ở bên dưới.)
- Greater Seacoast có thể chia sẻ thông tin về bệnh nhân, bao gồm Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ và thông tin về việc sử dụng rượu và ma túy, với nhà cung cấp giới thiệu và/hoặc đối tác y tế tích hợp mà Greater Seacoast có Thỏa Thuận Liên Kết Kinh Doanh với họ nhằm đảm bảo tính liên tục của việc chăm sóc bệnh nhân. (Thỏa Thuận Liên Kết Kinh Doanh là một thỏa thuận được ký kết với một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc kinh doanh khác. Tài liệu này yêu cầu cả hai bên phải giữ bí mật thông tin của bệnh nhân.)

Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi

- Các Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi và Sức Khỏe Tâm Thần tại Greater Seacoast Community Health là một phần của đội ngũ chăm sóc chính. Bất kỳ thông tin nào mà bệnh nhân cung cấp cho các nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần, bao gồm thông tin về sức khỏe tâm thần và/hoặc sử dụng rượu và ma túy, đều được ghi lại trong hồ sơ sức khỏe điện tử. Các nhà cung cấp và nhân viên hỗ trợ có liên quan đến hoạt động chăm sóc của họ, hoặc những người được yêu cầu xử lý thông tin sức khỏe cho mục đích hành chính, có thể truy cập hồ sơ này mà không cần giấy cho phép.

- Theo luật New Hampshire, trẻ vị thành niên từ 12 tuổi trở lên có thể tự nguyện đề nghị được điều trị chứng nghiện ma túy hoặc vấn đề liên quan đến ma túy khác mà không cần sự chấp thuận của cha mẹ hoặc người giám hộ. Bất kỳ hồ sơ nào liên quan đến việc điều trị như vậy đều được giữ bí mật trừ khi trẻ vị thành niên được khám hoặc điều trị đó chấp thuận bằng văn bản.

Thỏa Thuận Trách Nhiệm Tài Chính và Chuyển Giao Phúc Lợi

- Tôi ủy quyền cho Greater Seacoast Community Health để lập hóa đơn và nhận thanh toán từ công ty bảo hiểm của tôi cho các dịch vụ được cung cấp.
- Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm về tài chính đối với tất cả các chi phí phát sinh mà công ty bảo hiểm của tôi hoặc con tôi không đài thọ, bao gồm nhưng không giới hạn ở các khoản khấu trừ và đồng thanh toán.
- Tôi cho phép tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe Cá Nhân cần thiết để nộp yêu cầu thanh toán và kiểm toán với công ty bảo hiểm của tôi và chuyển giao các phúc lợi cho nhà cung cấp hoặc nhóm được chỉ định trên yêu cầu thanh toán đó.

Thỏa Thuận “Cơ Sở An Toàn” cho Địa Điểm Portsmouth

- Tôi hiểu rằng một số cá nhân không được phép có mặt trong Cơ Sở Cộng Đồng ở Portsmouth (nơi tọa lạc Families First Health Center) theo các quy tắc được đặt ra bởi chủ sở hữu của tòa nhà, Foundation for Seacoast Health. Điều này áp dụng cho những người đã được xác định là tội phạm tình dục theo quy định của RSA 651-B; những người đã được xác định là tội phạm chống lại trẻ em theo quy định bởi RSA 651-B; và những cá nhân có thể gây rủi ro cho sự an toàn của người khác. Tôi hiểu rằng nếu tôi được xác định nằm trong bất kỳ loại nào trong số này: 1) Tôi phải ngay lập tức rời khỏi Cơ Sở Cộng Đồng đó và không được quay lại; 2) Tôi sẽ được xuất viện ngay lập tức khỏi Families First và không thể nhận thêm bất kỳ dịch vụ nào ở đó nhưng có thể nhận được các dịch vụ tại các địa điểm Greater Seacoast Community Health khác; 3) Families First sẽ ngay lập tức thông báo tên và địa chỉ của tôi cho Foundation for Seacoast Health; và 4) Cả Families First cũng như Foundation for Seacoast Health đều không thể chịu trách nhiệm về việc tiết lộ tên và địa chỉ của tôi cho Foundation for Seacoast Health.

Các tài liệu

Vui lòng đọc các tài liệu này trực tuyến sẽ được cung cấp theo yêu cầu bởi nhân viên văn phòng và cũng có trên mạng tại www.GetCommunityHealth.org/Patient-Info

1. Thông Báo về Quyền Riêng Tư của Bệnh Nhân và Sử Dụng và Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe
2. Quyền và Trách Nhiệm của Bệnh Nhân tại Cơ Sở Y Tế Tập Trung Cho Bệnh Nhân
3. Chính sách tài chính

Xác Nhận của Bệnh Nhân

Tôi hiểu rõ các thông tin có trong tài liệu Chấp Thuận Có Hiểu Biết này. Tôi đồng ý với các điều kiện được quy định trong Chấp Thuận Có Hiểu Biết và trong các tài liệu khác được dẫn chiếu ở trên. Mọi thắc mắc tôi có về việc chấp thuận này đã được trả lời. Giấy chấp thuận này sẽ vẫn có hiệu lực trừ khi tôi thu hồi nó bằng văn bản, mà tôi có thể thực hiện bất cứ lúc nào.

Tên Bệnh Nhân

Ngày sinh của Bệnh Nhân

Chữ ký (Bệnh Nhân hoặc Cha Mẹ/Người Giám Hộ/Đại Lý Chăm Sóc Sức Khỏe)

Ngày

Ngày: _____

BIỂU MẪU LỊCH SỬ SỨC KHỎE (2 trang)TÊN: _____ Nam Nữ NGÀY SINH: _____

CÂU TRẢ LỜI CỦA QUÝ VỊ TRÊN BIỂU MẪU NÀY SẼ GIÚP NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE HIỂU RÕ HƠN CÁC MỐI QUAN NGẠI VÀ TÌNH TRẠNG BỆNH LÝ CỦA QUÝ VỊ. NẾU QUÝ VỊ KHÔNG THOẢI MÁI VỚI BẤT KỲ CÂU HỎI NÀO, XIN ĐỪNG TRẢ LỜI CÂU HỎI ĐÓ. NẾU KHÔNG THỂ NHỚ ĐƯỢC CÁC CHI TIẾT CỤ THỂ, VUI LÒNG ĐƯA RA DỰ ĐOÁN TỐT NHẤT CỦA QUÝ VỊ. XIN CẢM ƠN QUÝ VỊ!

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính trước đây của quý vị là: _____

Ngày đến khám lần cuối bởi nhà cung cấp trên: _____

Quý vị hiện đang có nhà cung cấp dịch vụ nha khoa (khoanh tròn một mục) không? Có KhôngVui lòng liệt kê tên và chuyên khoa của bất kỳ nhà cung cấp nào khác **hiện** đang tham gia chăm sóc quý vị

Tên Nhà Cung Cấp	Chuyên Khoa

DỊ ỨNG:
 Không có chứng dị ứng nào được biết Các chứng dị ứng được liệt kê dưới đây

DỊ ỨNG:

PHẢN ỨNG:

THUỐC ĐIỀU TRỊ HIỆN TẠI: THUỐC KÉ TOA VÀ THUỐC MUA KHÔNG CẦN TOA, CÁC LOẠI VITAMIN, BIỆN PHÁP KHÁC PHỤC TẠI NHÀ, THUỐC TRÁNH THAI, THẢO MỘC, V.V.

THUỐC ĐIỀU TRỊ:

LIỀU DÙNG: (ví dụ: mg/viên)

BAO NHIÊU LẦN MỘT NGÀY VÀ THỜI ĐIỂM?

LỊCH SỬ NHẬP VIỆN: VUI LÒNG LIỆT KÊ TẤT CẢ CÁC LẦN TRƯỚC ĐÂY

LÝ DO NHẬP VIỆN:

TÊN BỆNH VIỆN:

SỐ NGÀY NÀM VIỆN: (CHÍNH XÁC HOẶC GẦN ĐÚNG)

TIỀN SỬ PHẪU THUẬT: VUI LÒNG LIỆT KÊ TẤT CẢ CÁC LẦN TRƯỚC ĐÂY

LOẠI HÌNH PHẪU THUẬT/GIẢI PHẪU:

NƠI THỰC HIỆN PHẪU THUẬT:

NGÀY PHẪU THUẬT: (CHÍNH XÁC HOẶC GẦN ĐÚNG)

TÊN: _____ NGÀY SINH: _____

LỊCH SỬ RA ĐỜI: Vui lòng điền vào nếu con quý vị từ 5 tuổi trở xuống

Trọng lượng Khi Sinh:: _____ Em bé có đủ tháng: Có Không

Người mẹ có bị bệnh nào trong quá trình mang thai không: Có Không

Em bé có gặp vấn đề nào trong bệnh viện sau khi sinh không? (tức là vàng da, nhiễm trùng, khó thở) Có Không

Nếu có cho câu hỏi trên, xin vui lòng mô tả: _____

Em bé của quý vị được sinh bằng cách nào: Sinh Thường Phẫu Thuật Trơ Sinh (vui lòng nêu lý do sinh mổ)

TIỀN SỬ BỆNH LÝ CÁ NHÂN: VUI LÒNG CHO BIẾT QUÝ VỊ ĐÃ CÓ BẤT KỲ VẤN ĐỀ Y TẾ NÀO SAU ĐÂY HAY KHÔNG (CÓ GHI NGÀY):

<input type="checkbox"/> Trào ngược axit/GERD	<input type="checkbox"/> Đau kinh niên	<input type="checkbox"/> Cholesterol cao
<input type="checkbox"/> ADHD	<input type="checkbox"/> Trầm cảm	<input type="checkbox"/> Hội chứng ruột kích thích
<input type="checkbox"/> Nghiện rượu	<input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường	<input type="checkbox"/> Bệnh thận
<input type="checkbox"/> Chứng dị ứng	<input type="checkbox"/> Khí phế thũng/Viêm phế quản/Phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)	<input type="checkbox"/> Bệnh gan
<input type="checkbox"/> Bệnh thiếu máu	<input type="checkbox"/> Chứng động kinh/lên cơn	<input type="checkbox"/> Các vấn đề sức khỏe tâm thần
<input type="checkbox"/> Lo lắng	<input type="checkbox"/> Bệnh cườm nước/Đục thủy tinh thể	<input type="checkbox"/> Bệnh loãng xương
<input type="checkbox"/> Viêm khớp	<input type="checkbox"/> Nhức đầu	<input type="checkbox"/> Đột quỵ
<input type="checkbox"/> Bệnh hen suyễn	<input type="checkbox"/> Mất thính lực	<input type="checkbox"/> Chấn thương
<input type="checkbox"/> Các rối loạn xuất huyết	<input type="checkbox"/> Bệnh tim	<input type="checkbox"/> Bệnh tuyến giáp
<input type="checkbox"/> Ung thư	<input type="checkbox"/> Huyết áp cao	
<input type="checkbox"/> Khác		

Nhà:

Có những ai sống trong gia đình quý vị?

Trong nhà quý vị có súng không? Có Không

Quý vị có lo lắng về việc không có đủ thức ăn không? Có Không

Vui lòng điền vào nếu con quý vị từ 17 tuổi trở xuống:

Mẹ: Đã kết hôn Đã ly dị Chưa kết hôn Đã ly thân

Cha: Đã kết hôn Đã ly dị Chưa kết hôn Đã ly thân

Anh Chị Em:

Nhà có thú cưng:

CHO BIẾT CÁC THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH MẮC BẤT KỲ BỆNH TRẠNG NÀO SAU ĐÂY:

TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE	NGƯỜI THÂN
<input type="checkbox"/> Nghiện rượu	
<input type="checkbox"/> Cholesterol cao	
<input type="checkbox"/> Ung thư (ghi rõ loại):	
<input type="checkbox"/> Huyết áp cao	
<input type="checkbox"/> Bệnh tim	
<input type="checkbox"/> Đột quỵ	
<input type="checkbox"/> Trầm cảm/Tự tử	
<input type="checkbox"/> Vấn đề về chảy máu/đông máu	
<input type="checkbox"/> Hen suyễn/Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)	
<input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường	
<input type="checkbox"/> Vấn đề về tuyến giáp	
<input type="checkbox"/> Khác:	

LỊCH SỬ XÃ HỘI:

HÚT THUỐC LÁ

Thuốc lá Chưa bao giờ Bỏ thuốc (Ngày):

Hiện tại: Số gói/ngày: _____ số năm _____

Khác Tẩu Xi gà Hít thuốc bột Nhai

UỐNG RƯỢU BIA

Quý vị có uống rượu bia Có (Suất uống /Tuần): Không không?

SỬ DỤNG MA TÚY

Quý vị có dùng bất kỳ loại thuốc kích thích nào không? Có Không

Quý vị đã bao giờ tiêm chích ma túy chưa? Có Không

QUAN HỆ TÌNH DỤC

Hiện vẫn có hoạt động tình dục? Có Không

Có hoạt động tình dục trong quá khứ? Có Không

Bạn tình hiện tại là: Nam Nữ

Lịch sử bệnh STD (bệnh lây truyền qua đường tình dục) Có Không

CHẾ ĐỘ ĂN UỐNG, TẬP THỂ DỤC VÀ LỐI SỐNG

Caffeine: Cà phê/trà/soda (cốc/ngày): Không có

Quý vị có hài lòng với cân nặng của mình? Có Không

Quý vị tập thể dục bao nhiêu ngày một tuần?

Quý vị có tuân theo chế độ ăn đặc biệt? Có Không

Chữ ký của Bệnh Nhân/Người Giám Hộ: _____ Ngày: _____

Families First

hỗ trợ các gia đình... chăm sóc sức
khỏe cho tất cả mọi người

Families First Health & Support Center
100 Campus Dr., Portsmouth, NH 03801
ĐT: 603-422-8208 Fax: 603-422-8218

PHÁT HÀNH CÁC THÔNG TIN Y TẾ

Tên Bệnh Nhân: _____ Ngày sinh: _____

Điện thoại: _____

Tôi ủy quyền cho Families First được tiết lộ thông tin sức khỏe cá nhân của người được nêu tên ở trên cho cơ sở hoặc người có tên dưới đây hoặc để có được thông tin từ người/cơ sở đó. Tiết lộ cho Lấy từ

Tên/Cơ sở: _____ Số điện thoại: _____

Địa chỉ: _____ Số fax: _____

Thành phố, tiểu bang, mã Zip: _____ Email: _____

Dành cho ngày chăm sóc từ: _____ đến: _____

Mục đích phát hành thông tin: _____

Nếu rời khỏi cơ sở của chúng tôi, xin nêu lý do: _____

Vui lòng ký tắt, ở bên trái, cho tất cả các loại thông tin mà quý vị cho phép chúng tôi tiết lộ hoặc lấy được:

- Thông tin về chẩn đoán, xét nghiệm và điều trị y tế
- Thông tin chẩn đoán, xét nghiệm và điều trị nha khoa và/hoặc chụp X-quang đã thực hiện: _____
- Hồ sơ tiêm chủng và các chỉ số cơ thể
- Hồ sơ tiền sản hiện tại, bản sao của tất cả các xét nghiệm (bao gồm cả kết quả HIV) và/hoặc các lần chụp quét
- Tóm tắt các ghi chú về chuyển dạ và sinh nở cho ngày sinh sau đây: _____
- Thông tin về các bệnh lây truyền qua đường tình dục và/hoặc HIV/AIDS
- Đánh giá về tâm thần/tâm lý, báo cáo, đánh giá, tóm tắt, ghi chú tâm lý trị liệu hoặc các tài liệu khác với chẩn đoán, tiền lượng, các khuyến cáo hoặc hồ sơ xét nghiệm và các quan sát về hành vi.
- Thông tin về ma túy và rượu bao gồm đánh giá, chẩn đoán, điều trị và các ghi chú tiến triển.
- Khác: _____

Phương Pháp Tiết Lộ Được Cho Phép: Fax, dạng văn bản, trò chuyện qua điện thoại, trực tiếp và/hoặc e-mail bảo mật

- Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi (rút lại) giấy cho phép này vào bất kỳ thời điểm nào bằng cách thông báo cho Families First bằng văn bản. Việc thu hồi sẽ có hiệu lực kể từ ngày nhận được.
- Tôi hiểu rằng việc thu hồi sẽ không áp dụng cho: 1) bất kỳ hành động nào mà Families First đã thực hiện trong khi dựa vào giấy cho phép này trước khi tôi thu hồi nó; hoặc 2) nếu lấy được giấy cho phép này như một điều kiện để có được bảo hiểm và hãng bảo hiểm có quyền hợp pháp để tranh chấp một yêu cầu thanh toán.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể bị từ chối các dịch vụ nếu tôi từ chối chấp thuận tiết lộ cho mục đích **điều trị, thanh toán hoặc hoạt động chăm sóc sức khỏe**, nếu được luật pháp tiểu bang cho phép. Tôi sẽ không bị từ chối các dịch vụ nếu tôi từ chối chấp thuận tiết lộ cho các mục đích khác.
- Tôi hiểu rằng người nhận một số thông tin được tiết lộ theo giấy cho phép này có thể tiết lộ lại thông tin này và thông tin sẽ không còn được bảo vệ bởi các quy định về quyền riêng tư của liên bang.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền: 1) Kiểm tra hoặc sao chép các thông tin sức khỏe được bảo vệ được sử dụng hoặc tiết lộ như được cho phép theo luật liên bang; 2) Từ chối ký giấy cho phép này.
- Giấy cho phép này sẽ vẫn có hiệu lực **trong một năm** và có thể bị thu hồi bất cứ lúc nào bằng văn bản.
- Trừ khi có quy định khác, sẽ chỉ gửi các hồ sơ điện tử trong **hai năm qua** theo quy định ở trên.

Chữ ký của Bệnh Nhân và/hoặc Đại Diện Hợp Pháp: _____ Ngày: _____

Gửi nhà cung cấp tiếp nhận: Thông tin này đã được tiết lộ cho quý vị từ các hồ sơ được bảo vệ bởi Quy Tắc Bí Mật Liên Bang (42 C.F.R. Phần 2). Điều luật liên bang nghiêm cấm quý vị tiết lộ thêm thông tin này trừ khi việc tiết lộ thêm được cho phép rõ ràng bằng văn bản chấp thuận của người liên quan đến thông tin đó hoặc được cho phép theo mục 42 C.F.R. Phần 2. Việc ủy quyền chung để công bố các thông tin y tế hoặc thông tin khác là **KHÔNG** đủ cho mục đích này. Điều luật liên bang hạn chế mọi việc sử dụng các thông tin để điều tra hình sự hoặc truy tố bất cứ bệnh nhân nào nghiện ma túy hoặc rượu.

Chỉ dùng cho văn phòng: Người
làm chứng: _____

Ngày: _____

Gửi bởi: _____

Ngày: _____

Cập nhật 4/2021