

BIỂU MẪU ĐĂNG KÝ BỆNH NHÂN

CƠ SỞ: RIVERSIDE SAFE HARBOR PEARL STREET SOUTH END CHAMPLAIN ISLANDS GOOD HEALTH WINOOSKI ESSEX

THÔNG TIN NHÂN KHẨU HỌC CỦA BỆNH NHÂN (VUI LÒNG ĐIỀN TOÀN BỘ BIỂU MẪU CHỈ BẰNG BÚT ĐEN HOẶC XANH)

HỌ		TÊN		CHỮ VIẾT TẮT TÊN ĐỆM		TÊN THƯỜNG DÙNG (NẾU CÓ)		
ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG PHỐ		THÀNH PHỐ		TIỂU BANG		MÃ ZIP		
ĐỊA CHỈ GỬI THƯ (NẾU KHÁC VỚI ĐỊA CHỈ THỰC TẾ)								
SỐ AN SINH XÃ HỘI			NGÀY SINH			ĐẠI TỪ NHÂN XƯƠNG		
ĐIỆN THOẠI DI ĐỘNG			ĐIỆN THOẠI CƠ QUAN			ĐIỆN THOẠI NHÀ		
ĐỊA CHỈ EMAIL					PHƯƠNG THỨC LIÊN HỆ ƯU TIÊN			
					<input type="checkbox"/> GỌI ĐIỆN <input type="checkbox"/> NHẮN TIN <input type="checkbox"/> GỬI EMAIL <input type="checkbox"/> QUA CỔNG THÔNG TIN BỆNH NHÂN			
GIỚI TÍNH KHI SINH		GIỚI TÍNH HIỆN TẠI		BẢN DẠNG GIỚI		KHUYNH HƯỚNG TÍNH DỤC		
<input type="checkbox"/> NỮ <input type="checkbox"/> NAM		<input type="checkbox"/> NỮ <input type="checkbox"/> NAM		<input type="checkbox"/> NỮ <input type="checkbox"/> NAM <input type="checkbox"/> NAM CHUYỂN GIỚI (NỮ SANG NAM) <input type="checkbox"/> NỮ CHUYỂN GIỚI (NAM SANG NỮ) <input type="checkbox"/> ĐỒNG TÍNH <input type="checkbox"/> KHÁC <input type="checkbox"/> KHÔNG MUỐN TIẾT LỘ		<input type="checkbox"/> DỊ TÍNH <input type="checkbox"/> ĐỒNG TÍNH NỮ, ĐỒNG TÍNH NAM HOẶC ĐỒNG TÍNH LUYẾN ÁI <input type="checkbox"/> LƯỠNG TÍNH <input type="checkbox"/> KHÁC <input type="checkbox"/> KHÔNG BIẾT <input type="checkbox"/> KHÔNG MUỐN TIẾT LỘ		
NGÔN NGỮ CHÍNH				QUÝ VỊ CÓ CẦN DỊCH VỤ PHIÊN DỊCH KHÔNG?				
				<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG				
TÌNH TRẠNG HÔN NHÂN			QUÝ VỊ CÓ PHẢI LÀ CỰU CHIẾN BINH HOA KỲ?		QUÝ VỊ CÓ PHẢI LÀ CÔNG NHÂN NÔNG NGHIỆP?			
<input type="checkbox"/> ĐỘC THÂN <input type="checkbox"/> ĐÃ LY THÂN <input type="checkbox"/> ĐÃ KẾT HÔN <input type="checkbox"/> GÓA VỢ/CHỒNG <input type="checkbox"/> ĐÃ LY HÔN <input type="checkbox"/> MỐI QUAN HỆ HỢP PHÁP GIỐNG KẾT HÔN			<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		<input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> NGƯỜI NHẬP CƯ <input type="checkbox"/> THEO MÙA			
TÌNH TRẠNG NHÀ Ở								
QUÝ VỊ CÓ PHẢI LÀ NGƯỜI VÔ GIA CƯ KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG								
NẾU VÔ GIA CƯ, QUÝ VỊ THUỘC DIỆN NÀO: <input type="checkbox"/> SỐNG NHỜ (CÙNG NGƯỜI KHÁC) <input type="checkbox"/> CHỖ TRÚ ẨN KHẨN CẤP <input type="checkbox"/> SỐNG TRÊN ĐƯỜNG PHỐ <input type="checkbox"/> NƠI Ở TẠM THỜI <input type="checkbox"/> KHÔNG BIẾT								
CHUNG TỘC (CHỌN TẤT CẢ ĐÁP ÁN ĐÚNG)								
NGƯỜI CHÂU Á		NGƯỜI HAWAII BẢN ĐỊA HOẶC NGƯỜI ĐẢO THÁI BÌNH DƯƠNG		NGƯỜI DA ĐEN HOẶC CHÂU PHI NGƯỜI MỸ	NGƯỜI MỸ BẢN ĐỊA HOẶC NGƯỜI BẢN ĐỊA ALASKA		NGƯỜI DA TRẮNG	KHÔNG MUỐN TIẾT LỘ
<input type="checkbox"/> NGƯỜI TRUNG QUỐC <input type="checkbox"/> NGƯỜI VIỆT <input type="checkbox"/> NGƯỜI ẤN ĐỘ <input type="checkbox"/> NGƯỜI HÀN QUỐC <input type="checkbox"/> NGƯỜI PHILIPPINES <input type="checkbox"/> NGƯỜI NHẬT <input type="checkbox"/> NGƯỜI CHÂU Á KHÁC		<input type="checkbox"/> NGƯỜI HAWAII BẢN ĐỊA <input type="checkbox"/> NGƯỜI ĐẢO THÁI BÌNH DƯƠNG KHÁC <input type="checkbox"/> NGƯỜI GUAMANIAN HOẶC CHAMORRO <input type="checkbox"/> NGƯỜI SAMOA		<input type="checkbox"/> NGƯỜI DA ĐEN HOẶC NGƯỜI MỸ GỐC PHI	<input type="checkbox"/> NGƯỜI MỸ BẢN ĐỊA HOẶC NGƯỜI BẢN ĐỊA ALASKA		<input type="checkbox"/> NGƯỜI DA TRẮNG	<input type="checkbox"/> KHÔNG MUỐN TIẾT LỘ
DÂN TỘC								
NGƯỜI GỐC TÂY BAN NHA, LA-TINH HOẶC TÂY BAN NHA				KHÔNG PHẢI GỐC TÂY BAN NHA, LA-TI NH HOẶC TÂY BAN NHA		KHÔNG MUỐN TIẾT LỘ		
<input type="checkbox"/> NGƯỜI MEXICO <input type="checkbox"/> NGƯỜI MỸ GỐC MEXICO <input type="checkbox"/> NGƯỜI MỸ GỐC MEXICO MANG VĂN HÓA CHICANO <input type="checkbox"/> NGƯỜI PUERTO RICO <input type="checkbox"/> NGƯỜI CUBA <input type="checkbox"/> NGƯỜI GỐC TÂY BAN NHA, LA-TINH HOẶC TÂY BAN NHA <input type="checkbox"/> MỘT NGƯỜI GỐC TÂY BAN NHA, LA-TINH VÀ TÂY BAN NHA KHÁC				<input type="checkbox"/> KHÔNG PHẢI GỐC TÂY BAN NHA, LA-TI NH HOẶC TÂY BAN NHA		<input type="checkbox"/> KHÔNG MUỐN TIẾT LỘ		

PHẠM VI THU NHẬP HÀNG NĂM CỦA HỘ GIA ĐÌNH DỰA TRÊN QUY MÔ GIA ĐÌNH

1	\$0 đến \$15,960	\$15,961 đến \$23,940	\$23,941 đến \$31,920	\$31,921 trở lên
2	\$0 đến \$21,640	\$21,641 đến \$32,460	\$32,461 đến \$43,280	\$43,281 trở lên
3	\$0 đến \$27,320	\$27,321 đến \$40,980	\$40,981 đến \$54,640	\$54,641 trở lên
4	\$0 đến \$33,000	\$33,001 đến \$49,500	\$49,501 đến \$66,000	\$66,001 trở lên
5	\$0 đến \$38,680	\$38,681 đến \$58,020	\$58,021 đến \$77,360	\$77,361 trở lên
6	\$0 đến \$44,360	\$44,361 đến \$66,540	\$66,541 đến \$88,720	\$88,721 trở lên
7	\$0 đến \$50,040	\$50,041 đến \$75,060	\$75,061 đến \$100,080	\$100,081 trở lên
8	\$0 đến \$55,720	\$55,721 đến \$83,580	\$83,581 đến \$111,440	\$111,441 trở lên
9	\$0 đến \$61,400	\$61,401 đến \$92,100	\$92,101 đến \$122,800	\$122,801 trở lên
10	\$0 đến \$67,080	\$67,081 đến \$100,620	\$100,621 đến \$134,160	\$134,161 trở lên
*	<i>*THÊM \$5,680 CHO MỖI THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH BỔ SUNG.</i>	<i>*THÊM \$8,520 CHO MỖI THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH BỔ SUNG.</i>	<i>*THÊM \$11,360 CHO MỖI THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH BỔ SUNG.</i>	

THÔNG TIN BẢO HIỂM NHA KHOA

- Tôi có bảo hiểm nha khoa.
- Tôi KHÔNG có bảo hiểm nha khoa.
- Tôi muốn đăng ký thanh toán theo mức thu nhập.

TÊN BẢO HIỂM NHA KHOA:

SỐ HỢP ĐỒNG/ID:

TÊN CHỦ HỢP ĐỒNG:

ĐỊA CHỈ CHỦ HỢP ĐỒNG:

SỐ ĐIỆN THOẠI CHỦ HỢP ĐỒNG:

NGÀY SINH CHỦ HỢP ĐỒNG:

THÔNG TIN BẢO HIỂM NHA KHOA PHỤ: TÊN BẢO HIỂM NHA KHOA:

SỐ HỢP ĐỒNG/ID: TÊN CHỦ HỢP

ĐỒNG: ĐỊA CHỈ CHỦ HỢP ĐỒNG:

SỐ ĐIỆN THOẠI CHỦ HỢP ĐỒNG: NGÀY SINH CHỦ HỢP

ĐỒNG:

THÔNG TIN BẢO HIỂM Y TẾ

- Tôi có bảo hiểm y tế.
- Tôi KHÔNG có bảo hiểm y tế.
- Tôi muốn đăng ký thanh toán theo mức thu nhập.

TÊN BẢO HIỂM Y TẾ:

SỐ HỢP ĐỒNG/ID:

TÊN CHỦ HỢP ĐỒNG:

ĐỊA CHỈ CHỦ HỢP ĐỒNG:

SỐ ĐIỆN THOẠI CHỦ HỢP ĐỒNG:

NGÀY SINH CHỦ HỢP ĐỒNG:

THÔNG TIN BẢO HIỂM Y TẾ PHỤ: TÊN BẢO HIỂM Y TẾ:

SỐ HỢP ĐỒNG/ID: TÊN CHỦ HỢP

ĐỒNG: ĐỊA CHỈ CHỦ HỢP ĐỒNG:

SỐ ĐIỆN THOẠI CHỦ HỢP ĐỒNG: NGÀY SINH CHỦ HỢP

ĐỒNG:

NHÀ THUỐC ƯU TIÊN

TÊN NHÀ THUỐC

ĐỊA CHỈ NHÀ THUỐC

THÔNG TIN LIÊN HỆ KHẨN CẤP

TÊN

MỐI QUAN HỆ

SỐ ĐIỆN THOẠI

THÔNG TIN BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM (BẤT KỲ BỆNH NHÂN NÀO DƯỚI 18 TUỔI ĐỀU PHẢI CÓ BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM)

PHỤ HUYNH CÓ QUYỀN GIÁM HỘ

NGƯỜI GIÁM HỘ (BẢNG CHỨNG VỀ TÌNH TRẠNG PHÁP LÝ CẦN THIẾT ĐỂ ĐIỀU TRỊ TẠI CHỖ)

HỌ

TÊN

TÊN ĐỆM VIẾT TẮT

TÊN THƯỜNG DÙNG (NẾU CÓ)

ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG PHỐ

THÀNH PHỐ

TIỂU BANG

MÃ ZIP

NGÀY SINH

SỐ ĐIỆN THOẠI



Community Health Centers

- RIVERSIDE • SAFE HARBOR • PEARL STREET • SCHOOL-BASED DENTAL CENTER •
- CHAMPLAIN ISLANDS • SOUTH END • GOOD HEALTH • WINOOSKI • ESSEX •

Chấp Thuận Điều Trị

I. Chấp Thuận Điều Trị

Tôi đồng ý điều trị cho bản thân hoặc bệnh nhân được nêu tên (mà tôi là phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp có quyền đồng ý điều trị cho bệnh nhân được nêu tên) bởi Trung Tâm Y Tế Cộng Đồng (CHC). Quá trình điều trị có thể bao gồm sàng lọc sức khỏe, chẩn đoán, điều trị y tế, chăm sóc nha khoa, dịch vụ xã hội, sức khỏe tâm thần hoặc sàng lọc ma túy và rượu, đánh giá, chẩn đoán và điều trị, và các dịch vụ tâm thần.

II. Chuyển Nhượng Phúc Lợi

- A. Tôi ủy quyền cho CHC lập hóa đơn và nhận thanh toán trực tiếp từ Medicaid/Medicare hoặc bất kỳ công ty bảo hiểm nào khác đối với các dịch vụ được cung cấp cho tôi.
- B. Tôi chuyển giao cho CHC tất cả các khoản thanh toán từ Medicaid, Medicare hoặc bất kỳ hợp đồng bảo hiểm y tế nào cho chăm sóc sức khỏe, do CHC cung cấp cho tôi.
- C. Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm về bất kỳ số dư chưa thanh toán nào phát sinh do sự chăm sóc của tôi tại CHC.
- D. Tôi hiểu rằng, theo hiểu biết tốt nhất của tôi, thông tin nhân khẩu học mà tôi đã cung cấp là đúng và chính xác.
- E. Một bản sao của chi phí thanh toán dự tính của CHC sẽ được cung cấp theo yêu cầu của quý vị.

III. Chấm dứt và hạn chế đối với sự chấp thuận này:

- A. Tôi hiểu rằng tôi có quyền huỷ bỏ sự chấp thuận này bất kỳ lúc nào bằng văn bản, việc huỷ bỏ sự chấp thuận này sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ hành động nào đã được CHC thực hiện dựa trên sự chấp thuận này trước khi tôi huỷ bỏ. Nếu không bị huỷ, sự chấp thuận này sẽ kết thúc vào ngày sau đây: _____ . Nếu không có ngày nào được chỉ định, sự chấp thuận này sẽ kết thúc trong vòng ba năm sau ngày cuối cùng mà tôi nhận dịch vụ.
- B. Tôi đã đọc Chấp Thuận Điều Trị này và tôi hiểu và tự nguyện chấp thuận nội dung của văn bản.

BẮT BUỘC

Tên Bệnh Nhân: _____ Ngày sinh: _____

Chữ Ký Bệnh Nhân: _____ Ngày: _____

Tên Phụ Huynh/Người Giám Hộ: _____

Chữ Ký Phụ Huynh/Người Giám Hộ: _____ Ngày: _____