

Biểu mẫu thông tin bệnh nhân

Thông tin bệnh nhân – Nhân khẩu

Tên: _____ Tên đệm viết tắt: _____ Họ: _____ Tên thường gọi: _____

Danh xưng thường gọi: ☐ anh ấy/của anh ấy ☐ cô ấy/của cô ấy ☐ họ/của họ ☐ anh ấy hoặc cô ấy/của anh ấy hoặc của cô ấy ☐ anh ấy hoặc cô ấy/của anh ấy hoặc của cô ấy ☐ anh ấy hoặc cô ấy/của anh ấy hoặc của cô ấy ☐ anh ấy hoặc cô ấy/của anh ấy hoặc của cô ấy ☐ Khác ☐ Chỉ cung cấp tên ☐ Không muốn trả lời

Ngày sinh: (Ngày) _____ (Tháng) _____ (Năm) _____ **Giới tính khi sinh:** ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Không muốn trả lời

Địa chỉ gửi thư: _____ **Căn hộ (Phòng):** _____ **Thành phố:** _____ **Tiểu bang:** _____ **Mã Zip:** _____

Số điện thoại chính: _____ **Địa chỉ email:** _____

Khi ở nhà, quý vị nói ngôn ngữ nào? ☐ Tiếng Anh ☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Tiếng Việt ☐ Khác _____

Tình trạng hôn nhân: ☐ Đã kết hôn ☐ Đã ly hôn ☐ Góa ☐ Độc thân ☐ Đã ly thân ☐ Đã có người yêu/người gần bó lâu dài

Tình trạng việc làm: ☐ Toàn thời gian ☐ Bán thời gian ☐ Thất nghiệp ☐ Nghỉ hưu ☐ Học sinh/sinh viên (☐ Chính quy/☐ Tại chức)

Trường hợp khẩn cấp:

Tên của người liên hệ lúc khẩn cấp: _____ Mối quan hệ với bệnh nhân: _____

Số điện thoại của người liên hệ lúc khẩn cấp: _____

UDS

Từng là Cựu chiến binh/Quân nhân: ☐ Có ☐ Không

Chủng tộc (chọn tất cả các phương án phù hợp): ☐ Người da đen/Người Mỹ gốc Phi ☐ Người da trắng ☐ Người Ấn Độ (Châu Á) ☐ Người Trung Quốc ☐ Người Philippines ☐ Người Nhật Bản ☐ Người Hàn Quốc ☐ Người Việt Nam ☐ Người Châu Á khác ☐ Người Hawaii bản địa ☐ Người đảo Thái Bình Dương khác ☐ Người Guam hoặc Chamorro ☐ Người Samoa ☐ Người Mỹ bản địa ☐ Người Alaska bản địa ☐ Không được báo cáo/Chọn không tiết lộ chủng tộc

Sắc tộc: ☐ Người Mexico, Người Mỹ gốc Mexico, Người Mỹ gốc Mexico/nam giới ☐ Người Puerto Rico ☐ Người Cuba ☐ Những người khác gốc Tây Ban Nha, gốc Mỹ Latinh hoặc Tây Ban Nha ☐ Những người không phải người gốc Tây Ban Nha, Mỹ Latinh hoặc Tây Ban Nha ☐ Không được báo cáo/Chọn không tiết lộ sắc tộc

Tình trạng chỗ ở: ☐ Có chỗ ở ổn định ☐ Ở trọ ☐ Sống trong các trung tâm cứu trợ ☐ Ở chung với người thân/bạn bè ☐ Vô gia cư ☐ Khác: _____

Bệnh nhân có phải là Lao động thời vụ/Người di cư không: ☐ Có ☐ Không

Bảo hiểm và thông tin thanh toán

Quý vị có bảo hiểm không? ☐ Có ☐ Không Nếu câu trả lời là Có, thì Bảo hiểm của quý vị là loại gì: ☐ Bảo hiểm tư nhân ☐ Medicaid ☐ Medicare

Bảo hiểm y tế chính: _____ Bảo hiểm nha khoa: _____

Nếu quý vị có Bảo hiểm tư nhân, vui lòng điền thông tin của Người đứng tên trong Hợp đồng bảo hiểm vào bên dưới nếu người đứng tên đó không phải là Bệnh nhân.

Tên người đứng tên trong Hợp đồng bảo hiểm: _____ Ngày sinh: _____

Địa chỉ gửi thư: _____ Căn hộ/Số phòng # _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____

Chỉ áp dụng cho Bệnh nhân là trẻ vị thành niên – Cha/Mẹ hoặc Người giám hộ hợp pháp chịu trách nhiệm thanh toán

Tên người giám hộ: _____ Ngày sinh của người giám hộ: _____

- Thông tin mà tôi cung cấp ở trên là đúng sự thật.
- Tôi cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe/tài chính cần thiết để tiến hành kiểm tra và/hoặc xử lý các yêu cầu bảo hiểm bao gồm: HIV, sức khỏe tâm thần, các bệnh lây truyền qua đường tình dục, xét nghiệm di truyền và lạm dụng chất gây nghiện.
- Tôi đồng ý thông báo cho CHC ngay lập tức nếu có thay đổi về nhân khẩu, phạm vi bảo hiểm, v.v.

Ký tên ở đây.

Chữ ký của bệnh nhân hoặc chữ ký của Cha mẹ/Người giám hộ hợp pháp

Ngày