

Họ tên bệnh nhân: _____ Ngày sinh: _____



Harbor Health Services, Inc.
(Trung Tâm Sức Khỏe Cộng Đồng Harbor)
Bệnh Nhân Mới Ghi Danh

Ngày hôm nay: _____

Tên _____ Tên lót _____ Họ _____

Ngày sinh _____ Địa chỉ email (điện thư) _____

Địa chỉ nhà _____

Địa chỉ gửi thư nếu khác với địa chỉ trên _____
Đường Thành phố Tiểu bang Bưu chính

Điện thoại nhà _____ Điện thoại hãng _____ Điện thoại khác/di động _____
Đường Thành phố Tiểu bang Bưu chính

Cách liên lạc chính quý vị ưa chuộng _____ Nhà _____ Hãng _____ Khác/di động _____

Người đọc thông tin sau đây là nhân viên ghi danh, ban điều hành cho trung tâm sức khỏe, và người có trách nhiệm cải tiến và giám sát phẩm chất. Những gì quý vị cho chúng tôi biết được luật pháp bảo vệ và sẽ được chúng tôi giữ kín đáo.

Quý vị biết về trung tâm sức khỏe từ đâu? _____

Xin chọn cách quý vị muốn chúng tôi liên lạc với quý vị để nhắc nhở lấy hẹn:

- Nhắn tin Có/Không
 Nhắn tin bằng chữ (texting). Có/Không
 Điện thư (email) Có/Không Địa chỉ điện thư _____

Người liên lạc trong trường hợp khẩn cấp:

Họ tên _____ Số điện thoại _____

Mối quan hệ với bệnh nhân _____ Ngày sinh _____

Người chịu trách nhiệm / (nếu khác với bệnh nhân):

Tên _____ Tên lót _____ Họ _____

Địa chỉ _____ Số điện thoại _____

Ngày sinh _____ Mối quan hệ với bệnh nhân _____

Họ tên bệnh nhân: _____ Ngày sanh: _____



Harbor Health Services, Inc.

Bệnh Nhân Mới Ghi Danh

Chúng muốn quý vị cho chúng tôi biết nền văn hóa của quý vị để chúng tôi có thể duyệt qua cách chữa trị cho tất cả các bệnh nhân và bảo đảm rằng mọi người được dịch vụ chăm sóc có phẩm chất cao nhất.

(Xin chọn nền văn hóa nào quý vị mô tả đúng nhất nguồn gốc của quý vị)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Người Phi Châu
(Ghi rõ: _____) | <input type="radio"/> Người Cuba | <input type="radio"/> Người Trung Đông
(Ghi rõ: _____) |
| <input type="radio"/> Người Mỹ gốc Phi Châu | <input type="radio"/> Người Dominica | <input type="radio"/> Người Bồ Đào Nha |
| <input type="radio"/> Người Mỹ | <input type="radio"/> Người Phi Luật Tân | <input type="radio"/> Người Puerto Rico |
| <input type="radio"/> Người Ấn Độ gốc Á Châu | <input type="radio"/> người Guatemala | <input type="radio"/> Người Nga |
| <input type="radio"/> Người Ba Tây | <input type="radio"/> Người Haiti | <input type="radio"/> Người Salvadora |
| <input type="radio"/> Người Cape Verdê | <input type="radio"/> Người Hondura | <input type="radio"/> Người Việt |
| <input type="radio"/> Người Đảo Caribbê
(Ghi rõ: _____) | <input type="radio"/> Người Nhật | <input type="radio"/> Người khác
(Ghi rõ: _____) |
| <input type="radio"/> Người Trung Hoa | <input type="radio"/> Người Đại Hàn | <input type="radio"/> Không biết/Không cho biết |
| <input type="radio"/> Người Columbia | <input type="radio"/> Người Lào | |
| | <input type="radio"/> Người Mễ Tây Cơ, Người Mỹ gốc Mễ, Người gốc Mễ | |

Phái tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Sắc tộc: Xin chọn một hoặc nhiều mục <input type="checkbox"/> Thổ Dân Mỹ/Thổ Dân Alaska <input type="checkbox"/> Á Châu <input type="checkbox"/> Da Đen hay Mỹ gốc Phi Châu <input type="checkbox"/> Mỹ Bản Xứ <input type="checkbox"/> Quần Đảo Thái Bình Dương khác <input type="checkbox"/> Da trắng	Quý vị có phải là cựu chiến binh không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Tình trạng hôn nhân: <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Lập gia đình <input type="checkbox"/> Ly dị <input type="checkbox"/> Khác: _____	Trình độ học vấn cao nhất: US / OUS <input type="checkbox"/> Không đi học <input type="checkbox"/> Không tốt nghiệp trung học đệ nhị cấp <input type="checkbox"/> Tốt nghiệp đệ nhị cấp / Bằng tương đương trung học đệ nhị cấp (GED) <input type="checkbox"/> Điều khác: _____	Quý vị có phải là người di trú làm việc không? - (Nông nghiệp) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Theo mùa
Sắc tộc của quý vị là gì? <input type="checkbox"/> Tây Bồ Nha <input type="checkbox"/> Không phải là Tây Bồ Nha <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> (Ghi rõ: _____)	Ngôn ngữ chánh: _____ Quý vị có cần người thông ngôn không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Không nhả của? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Họ tên bệnh nhân: _____

Ngày sinh: _____



Harbor Health Services, Inc.

Bệnh Nhân Mới Ghi Danh

Tôi đồng ý cho Harbor Health Services, Inc. (HHSI) chụp hình số tự tôi.

Tôi hiểu rằng:

- Hình sẽ được lưu vĩnh viễn trong hồ sơ y tế của tôi.
- Hình sẽ được dùng để nhận diện tôi khi tôi đến khám bệnh tại đây.
- Hình sẽ được lưu trữ an toàn để bảo vệ sự riêng tư của tôi.
- Hình sẽ **KHÔNG** được dùng bên ngoài HHSI, trừ khi tôi (hoặc người đại diện pháp lý của tôi) cho phép trên văn bản.
- HHSI sẽ làm chủ hình của tôi. Tôi có thể xem hình, hoặc xin một bản, nếu tôi (hoặc người đại diện pháp lý của tôi) ký tên vào mẫu miễn trừ

Chữ ký của bệnh nhân / người bảo trợ _____ Ngày _____

Mối quan hệ với bệnh nhân: _____ Ngày _____

Chữ ký của nhân viên HHSI _____ Bệnh nhân từ chối chụp hình _____

Xác Nhận của Bệnh Nhân về Biên Nhận từ

Harbor Health Services, Inc.

Thông Báo về Cách Giữ Thông Tin Riêng Tư

Tôi đã nhận một bản Thông Báo về Cách Giữ Thông Tin Riêng Tư của Harbor Health Services, Inc.

Chữ ký của bệnh nhân / người bảo trợ _____ Ngày _____

Mối quan hệ với bệnh nhân: _____ Ngày _____

Chữ ký của nhân viên HHSI _____ Bệnh nhân từ chối ký tên _____

Họ tên bệnh nhân: _____

Ngày sinh: _____



Harbor Health Services, Inc.

THÔNG TIN VỀ BẢO HIỂM Y TẾ

Tên hãng bảo hiểm _____ Số ID của hội viên _____

Họ tên người mua _____ Số Nhóm _____

Mối quan hệ với bệnh nhân: Cha mẹ/Giám hộ Người hôn phối Đối tác Bản thân Ngày sinh _____

THÔNG TIN VỀ BẢO HIỂM NHA KHOA

Tên hãng bảo hiểm _____ Số ID của hội viên _____

Họ tên người mua _____ Số Nhóm _____

Mối quan hệ với bệnh nhân: Cha mẹ/Giám hộ Người hôn phối Đối tác Bản thân Ngày sinh _____

Cho Phép và Thỏa Thuận:

1. Tôi yêu cầu dịch vụ chăm sóc từ Harbor Health Services hoặc một trong các chi nhánh của họ để chữa trị cho tình trạng cửa khỏe y tế/nha khoa, hoặc tâm thần của tôi, và/hoặc cho chăm sóc thông thường hoặc nguy cấp của con sơ sanh của tôi. Dịch vụ chăm sóc này có thể bao gồm thử nghiệm y tế, khám bệnh hoặc chữa trị các tình trạng cần thiết khác của tôi. Tôi đồng ý cho điều này.
2. Chữ ký này cho phép chúng tôi khai trình thông tin đòi hỏi về dịch vụ y tế của quý vị cho Health Care Carrier để được trả tiền. Phép này cũng có nghĩa là tiền trả cho quyền lợi sẽ được trả trực tiếp đến người chăm sóc nào cung cấp dịch vụ cho quý vị.
3. Tôi cho phép khai trình bất cứ thông tin cần thiết nào về y tế để nộp đơn xin trả tiền. Tôi cũng cho phép trả tiền cho quyền lợi y tế/chánh phủ đến bác sĩ/nhà thầu cho dịch vụ được mô tả trên đơn xin trả tiền.
4. Tôi hiểu bất cứ số tiền còn thiếu nào sau khi hãng bảo hiểm đã trả hoặc **dịch vụ hãng bảo hiểm của tôi không hoàn lại** là trách nhiệm của tôi và phải được trả nhanh chóng. Nếu tôi không có giấy chứng minh hoặc **xác nhận đã được giới thiệu hợp lệ** theo như hãng bảo hiểm của tôi yêu cầu thì tôi chịu trách nhiệm cho số tiền không được trả cho bất cứ lệ phí nào.

Thông Tin về Bảo Hiểm và Tiền Trả:

Harbor Health Affiliates nhận tiền trả cho dịch vụ chăm sóc bệnh nhân từ các hãng bảo hiểm, Medicare, và/hoặc các chương trình đệ tam nhân khác.

5. Tôi đồng ý cho hãng bảo hiểm của tôi, Medicare, hoặc chương trình đệ tam nhân khác trả tiền trực tiếp đến Harbor Health và/hoặc các chi nhánh của họ
6. Tôi đồng ý cho (các) bác sĩ của tôi và/hoặc Harbor Health nộp đơn yêu cầu trả tiền và được yêu cầu thông tin về chữa trị đến hãng bảo hiểm của tôi, Medicare, hoặc chương trình trả tiền từ đệ tam nhân khác về dịch vụ chăm sóc của tôi, và trực tiếp nhận tiền trả.
7. Tôi hiểu rằng tôi phải trả tất cả các lệ phí, tiền đồng trả, và tiền khấu trừ nào không được trả từ hãng bảo hiểm của tôi, Medicare, hoặc chương trình đệ tam nhân khác.

Phép Cho Truyền Đạt với Bác Sĩ Chăm Sóc Chánh của Quý Vị và/hoặc Các Người Chăm Sóc khác trong Cộng Đồng: Để bảo đảm được tiếp tục chăm sóc, điều cần thiết là truyền đạt thông tin với bác sĩ chăm sóc chánh của quý vị, các người chăm sóc khác trong cộng đồng, và hãng bảo hiểm của quý vị. Sự truyền đạt này có thể bao gồm thông tin về chữa trị y tế/nha khoa và bệnh tâm thần hoặc nghiện hóa chất. Thông tin này được giới hạn đến những gì cần thiết để xác định việc bao trả và phối hợp việc chăm sóc cho quý vị. Rất nhiều hãng bảo hiểm bắt buộc chúng tôi ghi nhận xem quý vị có cho phép hoặc không cho phép bác sĩ đang chăm sóc quý vị truyền đạt với bác sĩ chăm sóc chánh và/hoặc Hãng Bảo Hiểm Sức Khỏe.

Chữ ký của bệnh nhân / người bảo trợ _____ Ngày _____

Mối quan hệ với bệnh nhân: _____ Ngày _____

Chữ ký của nhân viên HHSI _____ Bệnh nhân từ chối ký tên _____