

Biểu mẫu Đăng ký Bệnh nhân trưởng thành – Trung tâm Chẩn đoán Tiền sản

Chỉ dẫn: Vui lòng điền đầy đủ **tất cả các trường áp dụng** ở bên dưới.

Thông tin của bệnh nhân		
Tên của bệnh nhân (Họ, Tên):		Ngày sinh (DOB):
Tình trạng hôn nhân:	Giới tính:	Số an sinh xã hội (SSN):
Địa chỉ nơi cư ngụ:		
Điện thoại nhà:		Điện thoại di động:
Địa chỉ thư điện tử (email):		
Bạn thích dùng ngôn ngữ nào?		Bạn có cần thông dịch viên hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Bạn muốn nhận báo nhắc ngày giờ hẹn bằng cách nào? <input type="checkbox"/> Tin nhắn văn bản <input type="checkbox"/> Gọi điện <input type="checkbox"/> Không cần báo nhắc		Hiện tại bạn có việc làm hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, Tên hãng sò:
Tên nhà cung cấp dịch vụ chính (PCP):		Tình trạng việc làm: <input type="checkbox"/> Toàn thời gian <input type="checkbox"/> Bán thời gian

Liên hệ khi khẩn cấp	
Trong trường hợp khẩn cấp , vui lòng cho biết tên của những cá nhân (ví dụ: chồng/ vợ hoặc bạn) mà chúng tôi cần liên hệ ở bên dưới:	
(1) Tên để liên hệ khi khẩn cấp:	
Địa chỉ liên hệ khẩn cấp này có phải là cùng một địa chỉ của bệnh nhân hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Nếu không, vui lòng ghi địa chỉ ở đây:	
Số điện thoại nhà và/ hoặc điện thoại di động:	Quan hệ với Bệnh nhân: <input type="checkbox"/> Mẹ/Cha <input type="checkbox"/> Chồng/Vợ <input type="checkbox"/> Người bạn đời <input type="checkbox"/> Cô, chú, bác/Dì, cậu <input type="checkbox"/> Anh chị em <input type="checkbox"/> Thân nhân khác <input type="checkbox"/> Người săn sóc <input type="checkbox"/> Bạn
(2) Tên để liên hệ khi khẩn cấp:	
Địa chỉ liên hệ khẩn cấp này có phải là cùng một địa chỉ của bệnh nhân hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Nếu không, vui lòng ghi địa chỉ ở đây:	
Số điện thoại nhà và/ hoặc điện thoại di động:	Quan hệ với Bệnh nhân: <input type="checkbox"/> Mẹ/Cha <input type="checkbox"/> Chồng/Vợ <input type="checkbox"/> Người bạn đời <input type="checkbox"/> Cô, chú, bác/Dì, cậu <input type="checkbox"/> Anh chị em <input type="checkbox"/> Thân nhân khác <input type="checkbox"/> Người săn sóc <input type="checkbox"/> Bạn

Thông tin của Bảo hiểm chính	
Tên của chương trình bảo hiểm sức khỏe chính:	
Số ID Hợp đồng:	Số Nhóm:

Người đăng ký bảo hiểm chính là ai?		
<input type="checkbox"/> Tôi <input type="checkbox"/> (1) Liên hệ khẩn cấp <input type="checkbox"/> (2) Liên hệ khẩn cấp <input type="checkbox"/> Người khác		
Nếu là 'Người khác' vui lòng cho biết tên họ và địa chỉ của người đó:		
Quan hệ với Bệnh nhân: <input type="checkbox"/> Mẹ/Cha <input type="checkbox"/> Chồng/Vợ <input type="checkbox"/> Người bạn đời <input type="checkbox"/> Thân nhân khác		
Số điện thoại nhà và/ hoặc điện thoại di động:	Người đăng ký bảo hiểm có đang còn đi làm hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Tên hãng sỡ của người đăng ký bảo hiểm:	<input type="checkbox"/> Toàn thời gian <input type="checkbox"/> Bán thời gian <input type="checkbox"/> Hưu trí	
Ngày sinh (DOB) của Người đăng ký bảo hiểm:	Giới tính:	Số an sinh xã hội (SSN):

Thông tin của Bảo hiểm phụ		
Tên của chương trình bảo hiểm sức khỏe phụ:		
Số ID Hợp đồng:	Số Nhóm:	
Người đăng ký chính của bảo hiểm phụ này là ai?		
<input type="checkbox"/> Tôi <input type="checkbox"/> (1) Liên hệ khẩn cấp <input type="checkbox"/> (2) Liên hệ khẩn cấp <input type="checkbox"/> Người khác		
Nếu là 'Người khác' vui lòng cho biết tên họ và địa chỉ của người đó:		
Quan hệ với Bệnh nhân: <input type="checkbox"/> Mẹ/Cha <input type="checkbox"/> Chồng/Vợ <input type="checkbox"/> Người bạn đời <input type="checkbox"/> Thân nhân khác		
Số điện thoại nhà và/ hoặc điện thoại di động:	Người đăng ký bảo hiểm có đang còn đi làm hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Tên hãng sỡ của người đăng ký bảo hiểm:	<input type="checkbox"/> Toàn thời gian <input type="checkbox"/> Bán thời gian <input type="checkbox"/> Hưu trí	
Ngày sinh (DOB) của Người đăng ký bảo hiểm:	Giới tính:	Số an sinh xã hội (SSN):

Làm sao bạn biết đến chúng tôi?	
<input type="checkbox"/> Gia đình/Bạn bè <input type="checkbox"/> Nhà cung cấp dịch vụ giới thiệu <input type="checkbox"/> Internet/TV/Radio <input type="checkbox"/> Bảo hiểm sức khỏe <input type="checkbox"/> Không rõ	
Tên của Nhà cung cấp dịch vụ đã giới thiệu:	
Nếu bạn đang mang thai, ngày dự sinh (EDD) của bạn là gì?	<input type="checkbox"/> Sinh một <input type="checkbox"/> Sinh đôi <input type="checkbox"/> Sinh đa thai
Nếu đang mang thai, thai nhi của bạn có đang được hai bác sĩ chuyên khoa khác nhau đồng quản lý hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, vui lòng cho biết tên của nhà cung cấp dịch vụ:
Bạn có đã được làm siêu âm trước đó hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, siêu âm được làm khi nào và ở đâu?

Tên và địa chỉ của Nhà Thuốc và Phòng xét nghiệm y khoa bạn thường đến là gì?	

Chữ ký của Bệnh nhân:	Ngày hôm nay:
------------------------------	----------------------

Cám ơn bạn! Vui lòng trao đơn này lại cho **nhân viên đăng ký** tại quầy lễ tân.

Biểu mẫu Tin nhắn chi tiết về Thông tin Y tế

Bạn có quyền cho phép bác sĩ và ban nhân viên của Nhóm Bác sĩ Bệnh viện Nhi Benioff UCSF (UCSF Benioff Children's Physicians, UBCP) để lại tin nhắn thoại chi tiết liên quan đến các thông tin sức khỏe của bạn trên máy trả lời tự động hoặc một hệ thống ghi âm khác. Nếu bạn cho phép bác sĩ và ban nhân viên UBCP để lại tin nhắn thoại chi tiết, thì sự cho phép này cho quyền; các bệnh viện, các văn phòng bác sĩ, dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, v.v. được để lại lời nhắn chi tiết, trong đó có thể bao gồm các chẩn đoán y khoa, các thông tin giải phẫu, các dịch vụ y tế khác, các kết quả xét nghiệm, thông tin về thuốc và phép điều trị bất kỳ mọi căn bệnh hoặc tình trạng sức khỏe nào. Việc cho phép để lại lời nhắn chi tiết là tùy chọn, không bắt buộc. UBCP sẽ để lại lời nhắn chi tiết liên quan đến thông tin y tế chỉ trên số điện thoại được cho phép ở bên dưới và sẽ không để lại lời nhắn chi tiết trên bất kỳ số điện thoại nào khác có ghi trong hồ sơ. Sự cho phép để lại tin nhắn thoại chi tiết sẽ hợp lệ cho đến khi được rút lại bằng văn bản, trừ phi được quy định bởi một ngày hết hạn nhất định theo niên lịch. **Có những rủi ro liên quan đến việc để lại tin nhắn thoại chi tiết về các thông tin y tế của bạn, bao gồm, nhưng không giới hạn, tiềm năng tiết lộ cho một bên thứ ba. Bằng cách ký tên vào giấy cho phép này, bạn thừa nhận và chấp nhận các rủi ro liên quan đến cách tiết lộ thông tin này. Nếu thông tin y tế của bạn được tiết lộ cho một người nào đó và người này không có ràng buộc pháp lý phải bảo mật thông tin này, thì thông tin có thể không còn được các đạo luật về bảo mật của tiểu bang hoặc liên bang bảo vệ.**

Ngoài ra, bạn cũng có quyền cho phép các bác sĩ và ban nhân viên của UCSF Benioff Children's Physicians (UCBP) bàn thảo về các thông tin y tế chi tiết của bạn với những người được chỉ định. Các thông tin chi tiết đó có thể bao gồm chẩn đoán y khoa, các thông tin giải phẫu, các dịch vụ y tế khác, các kết quả xét nghiệm, thông tin về thuốc và phép điều trị bất kỳ mọi căn bệnh hoặc tình trạng sức khỏe nào. Sự cho phép này là tùy chọn và không bắt buộc. Sự cho phép bàn thảo về các thông tin y tế chi tiết của bạn sẽ hợp lệ cho đến khi được rút lại bằng văn bản, trừ phi được quy định bởi một ngày hết hạn nhất định theo niên lịch. Vui lòng hoàn tất Biểu mẫu Cho phép Tiết lộ Thông tin Y tế của UBCP để ủy quyền cho các nhân vật được chỉ định.

Thông tin của bệnh nhân

Tên của bệnh nhân (Họ, Tên):

Ngày sinh (DOB):

Số Hồ sơ y khoa (MRN):

Ngày hôm nay (Ngày cho phép):

(Các) Số điện thoại được cho phép nhận tin nhắn chi tiết

Số điện thoại

Loại

Nhà Di động Sở làm

Nhà Di động Sở làm

Nhà Di động Sở làm

(các) Ngày cụ thể (tùy chọn)

Từ

Đến

Chữ ký của Bệnh nhân hoặc Người làm chứng (bắt buộc nếu bệnh nhân không có khả năng ký) Ngày hôm nay

Quan hệ của Người làm chứng với Bệnh nhân

CHÚNG TÔI HỎI VÌ CHÚNG TÔI

Vui lòng hoàn tất bảng khảo sát này. Chúng tôi sử dụng thông tin này để xét duyệt sự điều trị mà các bệnh nhân được nhận và để bảo đảm là mọi người đều được nhận chất lượng chăm sóc cao nhất. Các câu trả lời cá nhân của bạn được giữ kín và sẽ không được chia sẻ ra ngoài hệ thống chăm sóc sức khỏe.

- Bạn có cho rằng bạn là người gốc Bồ Đào Nha/Châu Mỹ La tinh hay không?
 Có Không Không muốn trả lời Không rõ
- Bạn mô tả Chủng tộc của bạn là gì? Khi nói chủng tộc là chúng tôi muốn nói đến (các) nhóm chính trên thế giới mà tổ tiên của bạn phát sinh ra. *Xin đánh dấu tất cả các hạng mục mà bạn cần để mô tả bản thân bạn.*

<input type="checkbox"/> Mỹ bản địa/ Alaska bản địa	<input type="checkbox"/> Châu Á	<input type="checkbox"/> Không muốn trả lời
<input type="checkbox"/> Mỹ gốc châu Phi/ Mỹ đen	<input type="checkbox"/> Mỹ trắng	<input type="checkbox"/> Không rõ
<input type="checkbox"/> Bản xứ Hạ Uy Di/ Đảo Thái Bình Dương khác		<input type="checkbox"/> Khác _____
- Bạn mô tả Sắc tộc của bạn là gì? Khi nói sắc tộc là chúng tôi muốn nói đến (các) nhóm mà bạn chia sẻ bản sắc văn hóa hoặc tập quán. *Xin đánh dấu tất cả các hạng mục mà bạn cần để mô tả bản thân bạn.*

<input type="checkbox"/> Châu phi	<input type="checkbox"/> Nhật
<input type="checkbox"/> Mỹ gốc châu Phi/ Mỹ đen	<input type="checkbox"/> Hàn
<input type="checkbox"/> Alaska bản địa	<input type="checkbox"/> Lào
<input type="checkbox"/> Mỹ bản xứ	<input type="checkbox"/> Mê-hi-cô
<input type="checkbox"/> A-rập/ Bắc Phi	<input type="checkbox"/> Trung Đông
<input type="checkbox"/> Ấn độ	<input type="checkbox"/> Mông Cổ
<input type="checkbox"/> Cam Bốt	<input type="checkbox"/> Bản xứ Hạ Uy Di
<input type="checkbox"/> Những quốc gia đầu tiên (Canada)	<input type="checkbox"/> Đảo Thái Bình Dương
<input type="checkbox"/> Caribe/ Tây Ấn	<input type="checkbox"/> Nga
<input type="checkbox"/> Trung Mỹ	<input type="checkbox"/> Xa-mô-a/ Mỹ gốc Xa-mô-a
<input type="checkbox"/> Trung Hoa	<input type="checkbox"/> Nam Mỹ
<input type="checkbox"/> Châu Âu/ Gốc Châu Âu	<input type="checkbox"/> Thái
<input type="checkbox"/> Phi Luật Tân	<input type="checkbox"/> Tây Tạng
<input type="checkbox"/> Guam	<input type="checkbox"/> Tongan
<input type="checkbox"/> H'Mông	<input type="checkbox"/> Việt
<input type="checkbox"/> Indigena - Maya	
<input type="checkbox"/> Không muốn trả lời	<input type="checkbox"/> Không rõ
<input type="checkbox"/> Khác _____	
- Bạn sinh ra ở tiểu bang và/ hoặc quốc gia nào? _____

Vui lòng trao đơn này lại cho nhân viên quầy lễ tân một khi đã hoàn tất. Xin cảm ơn bạn.

Điều khoản và điều kiện đăng ký, các dịch vụ y khoa và thoả thuận tài chính

1. UCSF Benioff Children's Physicians (UBCP) là một bộ phận của Đại học và gồm (các) bệnh viện, (các) trung tâm y khoa, các phòng khám tại bệnh viện và Trường Y UCSF (UCSF School of Medicine).
2. **CHẤP THUẬN Y KHOA:** Tôi chấp thuận cho thực hiện các phép điều trị hoặc thủ thuật, khám bệnh bằng quang tuyến X, lấy máu để xét nghiệm, dùng thuốc, tiêm chích, chụp hình y khoa, quay video và làm các thủ tục phòng thí nghiệm.
3. **TIẾT LỘ THÔNG TIN Y KHOA:** Sắc luật Thực hành Thông tin của Tiểu bang California đòi hỏi UBCP phải cung cấp các thông tin sau đây cho các cá nhân đã cho thông tin về bản thân họ. Là bệnh nhân của UBCP, tôi sẽ được yêu cầu nộp một số thông tin cá nhân, như là địa chỉ và số điện thoại, số an sinh xã hội (SSN), thông tin bảo hiểm, lược sử sức khỏe và việc điều trị cho tôi. Mục đích chính khi yêu cầu những thông tin này là để đảm bảo sự nhận dạng chính xác, sự chăm sóc y khoa tiếp tục và sự thanh toán hóa đơn cho việc chăm sóc đó. Theo quy định của Sắc luật Liên bang Bảo vệ quyền Riêng tư năm 1974, Điều khoản IX, Mục 9 của Hiến pháp California, Sắc luật Thực hành Thông tin của Tiểu bang California (Bộ luật Dân sự 1798 và các điều sau), Bộ Quy điều California, Tiêu đề 22, Mục 70749, UBCP có thẩm quyền duy trì các thông tin này. Theo quy định bắt buộc của UBCP, việc cung cấp tất cả các thông tin được yêu cầu là điều bắt buộc trừ khi có thông báo khác hơn. Tôi hiểu rằng không cung cấp các thông tin này có thể ảnh hưởng đến sự chăm sóc y khoa và/ hoặc các quyền lợi bảo hiểm của tôi và phần bảo hiểm bao trả cho tôi. UBCP sẽ thu nhận sự cho phép bằng văn bản của tôi để tiết lộ thông tin về việc điều trị cho tôi, ngoại trừ trong những trường hợp mà UBCP được phép tiết lộ hoặc phải tiết lộ thông tin theo quy định của pháp luật (xem Thông báo về Thủ tục Bảo vệ Quyền Riêng tư của UBCP về nội dung mô tả các trường hợp cụ thể mà theo đó UBCP có thể tiết lộ thông tin này). Ví dụ: UBCP có thể cung cấp bản sao hồ sơ bệnh nhân của tôi cho các nhà chăm sóc sức khỏe, các bảo hiểm sức khỏe, các cơ quan chính quyền và các bảo hiểm bồi thường lao động. Ngoài ra, tôi cũng hiểu rằng nếu bác sĩ chẩn đoán là tôi mắc phải một căn bệnh phải báo cáo tại California, theo quy định của pháp luật UBCP bắt buộc phải báo cáo căn bệnh đã được chẩn đoán của tôi với Sở Y tế Tiểu bang.
4. **THỎA THUẬN TÀI CHÍNH:** Tôi hiểu rằng ngay cả khi tôi có bảo hiểm, tôi có thể phải chịu trách nhiệm tài chính đối với một số hoặc tất cả các dịch vụ y khoa của tôi. Ví dụ: nếu tôi có phần đồng trả, đồng bảo hiểm hoặc phần khấu trừ, tôi đồng ý trả số tiền mà tôi thiếu. Nếu tôi không có bảo hiểm bao trả cho dịch vụ tôi nhận, tôi đồng ý thanh toán cho UBCP đối với các dịch vụ chuyên nghiệp và các dịch vụ của cơ sở y tế. Nếu tôi không có khả năng trả, tôi hiểu rằng tôi có thể đủ tiêu chuẩn để xin trợ cấp công cộng, được thu xếp cách trả tiền đặc biệt và/ hoặc nhận dịch vụ chăm sóc từ thiện. Tôi cũng hiểu rằng khi chồng/ vợ, cha/ mẹ hoặc người bảo đảm tài chính của tôi ký tên vào thỏa thuận này, thì chồng/ vợ, cha/ mẹ hoặc người đảm bảo tài chính của tôi sẽ liên đới và riêng rẽ chịu trách nhiệm thanh toán hóa đơn với tôi, bao gồm cả các chi phí truy thu (phí luật sư, kinh phí và chi phí truy thu), cộng thêm bất kỳ món tiền nào khác phải trả. Tài khoản không được thanh toán và đã được chuyển ra cơ quan truy thu bên ngoài sẽ bị tính lãi suất theo mức quy định hợp pháp hiện hành.
5. **CHUYÊN NHƯỢNG QUYỀN LỢI (KỂ CẢ QUYỀN LỢI MEDICARE):** Tôi cho phép và chỉ định thanh toán trực tiếp cho UBCP về mọi quyền lợi bảo hiểm, bao gồm bảo hiểm bệnh viện và quyền lợi bệnh tật bồi thường thất nghiệp, mà nếu không sẽ được trả cho hoặc thay mặt tôi đối với UBCP, gồm các dịch vụ cấp cứu, theo mức phí không vượt quá mức phí thực của UBCP. Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm tài chính đối với những phí tổn chưa được thanh toán theo quy định tại thỏa thuận này. Hơn nữa, tôi cũng đồng ý là mọi số dư tài khoản tín dụng nào, kết quả của việc bảo hiểm thanh toán hoặc những nguồn khác thanh toán, có thể được áp dụng cho mọi số tiền tài khoản nào khác mà tôi còn thiếu UBCP.

Tôi đã đọc, đồng ý và đã nhận một bản sao của tờ Điều khoản và Điều kiện của Dịch vụ này:

Tên bệnh nhân, viết chữ in	Ngày hôm nay
Chữ ký của Bệnh nhân hoặc Người làm chứng (bắt buộc nếu bệnh nhân không có khả năng ký)	Ngày hôm nay
Quan hệ của Người làm chứng với Bệnh nhân	
Chữ ký của thông dịch viên (nếu có)	Ngày hôm nay
Ngôn ngữ sử dụng	

Chứng nhận việc đã nhận Thông báo về Thủ tục Bảo vệ Quyền Riêng tư

Tên họ và chữ ký của bạn trên trang giấy này chỉ định rằng bạn đã tiếp nhận một bản sao Thông báo về Thủ tục Bảo vệ Quyền Riêng tư của UCSF (Thông báo) vào ngày đã ghi trên giấy. Nếu bạn có thắc mắc gì về nội dung Thông báo về Thủ tục Bảo vệ Quyền Riêng tư, xin hãy liên hệ với đại diện cơ sở y tế. Chúng tôi cũng có đăng một bản trên mạng của chúng tôi tại www.UBCP.org.

Tên của bệnh nhân, viết chữ in

Ngày sinh (DOB)

Nếu bệnh nhân là vị thành niên, Tên Cha hoặc Mẹ/ Người giám hộ hoặc Người bảo đảm tài chính, viết chữ in

Quan hệ với Bệnh nhân

Chữ ký của Bệnh nhân hoặc Cha hay Mẹ/ Người giám hộ Ngày hôm nay (Ngày nhận Thông báo)