



PATIENT LABEL

Ngày: _____

THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Tên đầu tiên		Họ	
Ngày sinh	Giới tính <input type="radio"/> Nữ <input type="radio"/> Nam	Điện thoại	
Địa chỉ		Quận	
Thành phố		tiểu bang	Mã bưu chính
Tình trạng hôn nhân <input type="radio"/> Đã cưới <input type="radio"/> Đơn <input type="radio"/> Đã ly hôn <input type="radio"/> Góa chồng <input type="radio"/> Khác			
Ngôn ngữ <input type="radio"/> Tiếng Anh <input type="radio"/> Tiếng Tây Ban Nha <input type="radio"/> Tiếng Bồ Đào Nha <input type="radio"/> Tiếng Creole Haiti <input type="radio"/> Tiếng Ukraina <input type="radio"/> Khác			
Loài <input type="radio"/> Châu Á <input type="radio"/> Người dân đảo Thái Bình Dương <input type="radio"/> Đen <input type="radio"/> Châu Phi <input type="radio"/> Người Mỹ bản địa <input type="radio"/> Trắng <input type="radio"/> Châu Âu <input type="radio"/> Đa chủng tộc			
Dân tộc <input type="radio"/> Người Tây Ban Nha / La tinh <input type="radio"/> Không phải người Tây Ban Nha / La tinh			
Bạn có đáp ứng được hướng dẫn về thu nhập của Grace Clinic không? <input type="radio"/> Đúng <input type="radio"/> KHÔNG		Bạn có bảo hiểm không? <input type="radio"/> KHÔNG <input type="radio"/> Medicaid <input type="radio"/> Khác	
Bạn có muốn cầu nguyện cùng nhóm cầu nguyện của chúng tôi trong chuyến thăm của bạn không? <input type="radio"/> Đúng <input type="radio"/> KHÔNG Sở thích tôn giáo?			
THÔNG TIN NGƯỜI GIÁM HỘ - Nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi, vui lòng điền thông tin bên dưới			
Tên phụ huynh người giám hộ		Ngày sinh	Mối quan hệ <input type="radio"/> Cha mẹ <input type="radio"/> Người bảo vệ

PHÁT HÀNH THÔNG TIN & ĐỒNG Ý ĐIỀU TRỊ

Tôi, _____ tại đây cho phép Grace Clinic of Ohio công bố hồ sơ sức khỏe và/hoặc cung cấp thông tin bằng lời về sức khỏe của tôi cho bất kỳ và tất cả các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà tôi có thể tìm kiếm thêm dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị phát sinh từ và có liên quan hợp lý đến các dịch vụ do Grace Clinics of Ohio cung cấp. Tôi cũng cho phép bất kỳ và tất cả các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà tôi có thể tìm kiếm thêm dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị và có liên quan hợp lý đến các dịch vụ do Grace Clinics of Ohio cung cấp, được phép lấy bản sao hồ sơ sức khỏe và/hoặc nhận thông tin bằng lời về sức khỏe của tôi. Tôi hiểu rằng thông tin được công bố và/hoặc thu thập sẽ chỉ được sử dụng cho mục đích cung cấp dịch vụ chăm sóc tại Grace Clinics of Ohio hoặc cho các lý do khác chỉ sau khi đã ký giấy phép cho mục đích cụ thể đó.

Tôi _____ đồng ý với việc cung cấp dịch vụ chăm sóc, chẩn đoán và/hoặc điều trị của Grace Clinics of Ohio và tôi thừa nhận rằng sự đồng ý đó sẽ vẫn có hiệu lực trừ khi và cho đến khi tôi hủy bỏ sự đồng ý đó bằng văn bản. Tôi thừa nhận và xác nhận rằng tôi có đủ năng lực về mặt tinh thần để đưa ra sự đồng ý có hiểu biết đối với việc cung cấp dịch vụ chăm sóc, chẩn đoán và/hoặc điều trị và không bị ép buộc hoặc chịu ảnh hưởng không đúng mực.

XEM XÉT LẠI QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA BỆNH NHÂN

_____ Tôi đã đọc và hiểu Quyền và Trách nhiệm của Bệnh nhân được đăng trong Grace Clinics of Ohio. Tôi đã có cơ hội đặt câu hỏi hoặc yêu cầu giải thích từ một tình nguyện viên và/hoặc nhân viên.

_____ Tôi đã đọc và hiểu thông báo về Trách nhiệm hữu hạn đối với các Chuyên gia chăm sóc sức khỏe tình nguyện của Phòng khám miễn phí, Thành viên Hội đồng quản trị, Cán bộ, Nhân viên và Nhà thầu độc lập được đăng trên Grace Clinic of Ohio. Với năng lực tinh thần và không bị ép buộc hoặc ảnh hưởng không đúng mực, tôi đồng ý có hiểu biết về quyền miễn trừ có điều kiện dành cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của Grace Clinics of Ohio, Inc. cung cấp chẩn đoán, chăm sóc hoặc điều trị miễn là không nhận được hoặc mong đợi bất kỳ khoản bồi thường nào và được cung cấp tại một phòng khám miễn phí.

_____ Tôi đã đọc và hiểu Mẫu đồng ý khám bệnh từ xa và ủy quyền cho Grace Clinic of Ohio cho phép tôi/bệnh nhân tham gia dịch vụ khám bệnh từ xa (dịch vụ hội nghị truyền hình)

_____ Tôi cho phép Grace Clinics of Ohio sử dụng ảnh/video của tôi cho các tài liệu quảng cáo, quảng cáo, phương tiện truyền thông xã hội và các phương tiện truyền thông khác mà không cần thanh toán. Quyền này áp dụng cho tất cả các định dạng và thị trường, hiện tại và trong tương lai, và tiếp tục vô thời hạn trừ khi tôi thu hồi bằng văn bản. Tôi hiểu rằng các tài liệu này sẽ trở thành tài sản của Grace Clinics of Ohio và sẽ không được trả lại. Tôi miễn trừ Grace Clinics of Ohio khỏi mọi trách nhiệm liên quan đến việc sử dụng các tài liệu này

_____ Mọi dịch vụ chăm sóc và dịch vụ được cung cấp tại Grace Clinics đều hoàn toàn miễn phí. Nếu bác sĩ yêu cầu xét nghiệm phải gửi đến phòng xét nghiệm hoặc cơ sở bên ngoài, bạn có thể nhận được hóa đơn từ tổ chức đó.



TIỀN SỬ BỆNH LÝ TRƯỚC ĐÂY

_____ KHÔNG VỚI TẤT CẢ (NO TO ALL)

_____ ADDP / ADHD

_____ AIDS / HIV

_____ TRÀO NGƯỠC AXIT

_____ THIẾU MÁU

_____ RỐI LOẠN LO ÂU

_____ HEN SUYỄN

_____ TỰ KỶ

_____ BỆNH TỰ MIỄN

_____ CÁC VẤN ĐỀ VỀ BÀNNG QUANG HOẶC THẬN

_____ RỐI LOẠN MÁU

_____ UNG THƯ

_____ TRẦM CẢM

_____ TIỂU ĐƯỜNG

_____ BỆNH TÚI THỪA

_____ CÁC VẤN ĐỀ VỀ TAI HOẶC THÍNH GIÁC

_____ BỆNH CHÀM

_____ ĐAU XƠ CƠ

_____ CÁC VẤN ĐỀ VỀ ĐƯỜNG TIÊU HÓA

_____ BỆNH GÚT

_____ CHẤN THƯƠNG ĐẦU / CHẤN ĐỘNG NÃO

_____ ĐAU ĐẦU

_____ VẤN ĐỀ VỀ TIM

_____ VIÊM GAN

_____ THOÁT VỊ

_____ CHOLESTEROL CAO

_____ TĂNG HUYẾT ÁP

_____ CƯỜNG GIÁP

_____ SUY GIÁP

_____ BỆNH GAN

_____ BỆNH PHỔI

_____ BỆNH TÂM THẦN

_____ ĐA XƠ CỨNG

_____ VẤN ĐỀ VỀ CƠ, KHỚP HOẶC XƯƠNG

_____ THẦN KINH

_____ BỆNH MẠCH MÁU NGOẠI BIÊN

_____ CO GIẬT / ĐỘNG KINH

_____ NGỪNG THỞ KHI NGỦ

_____ ĐỘT QUY

_____ KHÁC

_____ KHÁC