



PATIENT INTAKE FORM

English & Vietnamese

Fields with * are required (Những phần có dấu * cần phải điền)

PATIENT DETAILS (THÔNG TIN BỆNH NHÂN)

Last Name*: _____ **First Name*:** _____ **M.I.:** _____
(Họ) (Tên) (Tên lót)

If minor, name of responsible patient: _____
Nếu là trẻ vị thành niên (dưới 18 tuổi), ghi tên cha/mẹ/ người chịu trách nhiệm

Date of Birth*: _____ **Gender:** ☐ Male (nam) ☐ Female (Nữ) ☐ Other (Khác)
(Tháng/Ngày/Năm sinh) (Giới tính)

Social Security Number*: _____ **Driver License #*:** _____
(Số An sinh Xã hội) (Số bằng lái xe/ ID)

Street Address*: _____ **Apt/Suite #** _____
(Địa chỉ) (Số Căn hộ)

City*: _____ **State*:** _____ **ZIP Code*:** _____
(Thành phố) (Tiểu bang) (Mã bưu điện)

Home Phone: _____ **Mobile Phone*:** _____
(Điện thoại nhà) (Điện thoại di động)

E-Mail: _____

Ethnicity/Race: _____ **Occupation** _____
(Dân tộc/Chủng tộc) (Nghề nghiệp)

Primary Language: ☐ English ☐ Spanish ☐ Vietnamese ☐ Other: _____
(Ngôn ngữ chính)

Marital Status: ☐ Single (Độc thân) ☐ Married (Đã kết hôn) ☐ Divorced (Ly hôn)
(Tình trạng hôn nhân) ☐ Separated (Ly thân) ☐ Widowed (Góa)

EMERGENCY CONTACT (LIÊN HỆ KHẨN CẤP)

Emergency Contact Name*: _____
(Tên người liên hệ khẩn cấp)

Address*: _____
(Địa chỉ)

Relationship*: _____ **E-Mail:** _____
(Mối quan hệ)

Home Phone: _____ **Mobile Phone*:** _____
(Điện thoại nhà) (Điện thoại di động)

PREFERRED PHARMACY (NHÀ THUỐC)

Pharmacy Name: _____ **Phone:** _____

(Tên nhà thuốc)

(Điện thoại)

Street Address: _____

(Địa chỉ)

City: _____ **State:** _____ **ZIP Code:** _____

(Thành phố)

(Tiểu bang)

(Mã bưu điện)

PRIMARY INSURANCE POLICY (BẢO HIỂM CHÍNH)

Primary Insurance Company: _____

(Công ty bảo hiểm chính)

Member ID #: _____ **Group #:** _____

(Số ID bảo hiểm)

(Số Group)

Primary Insurance Type: ☐ HMO ☐ PPO ☐ Medicare ☐ Other: _____

(Loại bảo hiểm chính)

Insurance Policyholder: ☐ Self (Bản thân) ☐ Spouse (Vợ/Chồng) ☐ Child (con)

☐ Parent(Cha/Mẹ) ☐ Self Other (Khác) : _____

(Người đứng tên hợp đồng)

Policyholder Name: _____ **Date of Birth:** _____

(Tên người đứng tên hợp đồng)

(Ngày sinh người đứng tên)

SECONDARY INSURANCE POLICY (IF ANY) (BẢO HIỂM PHỤ (NẾU CÓ))

Secondary Insurance Company: _____

(Công ty bảo hiểm phụ)

Member ID #: _____ **Group #:** _____

(Số ID bảo hiểm)

(Số Group)

Insurance Type: ☐ HMO ☐ PPO ☐ Medicare ☐ Other: _____

(Loại bảo hiểm)

Policyholder Name: _____ **Date of Birth:** _____

(Họ và tên người đứng tên bảo hiểm phụ)

(Ngày sinh người đứng tên)

PATIENT CONSENT (ĐỒNG Ý CỦA BỆNH NHÂN)

By signing below, I hereby acknowledge, agree, and authorize all of the following:

- a) **Accurate Information.** I certify that the information provided on this form is accurate, complete, and up to date to the best of my knowledge.
- b) **Patient Rights and Responsibilities.** I understand that the healthcare facility maintains a Notice of Privacy Practices, which describes how my protected health information may be used and disclosed, and how I may access my health records. I understand that I have the right to review this healthcare facility's Notice of Privacy Practices prior to signing this form.

- c) **Release of Medical Information.** I authorize the release of my health information to the healthcare facility in accordance with the healthcare facility's Notice of Privacy Practices. This includes, but is not limited to, releasing medical information to my referring physician, primary care physician, and any physician(s) I may be referred to. The healthcare facility shall ensure all health information remains confidential, as required by HIPAA, and will not release any of my health information without my consent.
- d) **Consent for Treatment.** I grant the healthcare facility, including its affiliated providers, physicians, and other medical personnel, permission to use the health information provided for the purpose of my medical treatment as necessary.
- e) **Consent to Communication.** I consent to receiving communications from the healthcare facility regarding appointment reminders, test results, and other necessary healthcare-related information via phone, email, or channels.
- f) **Acknowledgment.** By signing below, I hereby acknowledge, agree, and authorize all of the above, and I authorize the healthcare facility to retrieve and review my medical history and authorize the healthcare facility to release the information required in obtaining procedure authorization or the processing of any insurance claims.

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi xác nhận, đồng ý và cho phép tất cả các điều sau:

- a) **Thông tin chính xác:** Tôi cam kết rằng tất cả thông tin cung cấp trong mẫu này là chính xác, đầy đủ và cập nhật theo kiến thức tốt nhất của tôi.
- b) **Quyền và Trách nhiệm của Bệnh nhân:** Tôi hiểu rằng cơ sở y tế này duy trì Thông báo về Quyền riêng tư, mô tả cách thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi có thể được sử dụng và tiết lộ, cũng như cách tôi có thể truy cập hồ sơ sức khỏe của mình. Tôi hiểu rằng tôi có quyền xem Thông báo về Quyền riêng tư của cơ sở y tế này trước khi ký mẫu này.
- c) **Giải phóng Thông tin Y tế:** Tôi cho phép cơ sở y tế sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi theo Thông báo về Quyền riêng tư của cơ sở y tế. Điều này bao gồm, nhưng không giới hạn, việc cung cấp thông tin y tế cho bác sĩ giới thiệu, bác sĩ chăm sóc chính và bất kỳ bác sĩ nào mà tôi có thể được giới thiệu đến. Cơ sở y tế sẽ đảm bảo tất cả thông tin sức khỏe được giữ bí mật, tuân thủ HIPAA, và sẽ không tiết lộ bất kỳ thông tin sức khỏe nào của tôi mà không có sự đồng ý của tôi.
- d) **Đồng ý điều trị:** Tôi cho phép cơ sở y tế, bao gồm các nhà cung cấp dịch vụ liên kết, bác sĩ và nhân viên y tế khác, sử dụng thông tin sức khỏe được cung cấp cho mục đích điều trị y tế của tôi khi cần thiết.
- e) **Đồng ý liên lạc:** Tôi đồng ý nhận các thông tin liên lạc từ cơ sở y tế về nhắc nhở cuộc hẹn, kết quả xét nghiệm và các thông tin liên quan đến chăm sóc sức khỏe khác qua điện thoại, email hoặc các kênh khác.
- f) **Xác nhận:** Bằng việc ký tên dưới đây, tôi xác nhận, đồng ý và cho phép tất cả các điều trên, đồng thời cho phép cơ sở y tế truy xuất và xem xét lịch sử y tế của tôi và cho phép cơ sở y tế tiết lộ thông tin cần thiết để được chấp thuận thủ tục hoặc xử lý bất kỳ yêu cầu bảo hiểm nào.

Disclaimer: Thank you for your interest in being a patient of Destination Care. This form is used to collect information about new patients and used for internal purposes only. The information you supply is confidential and will be treated accordingly.

Tuyên bố miễn trừ trách nhiệm: Chúng tôi trân trọng cảm ơn Quý vị đã quan tâm đến việc trở thành bệnh nhân của Destination Care. Mẫu đơn này được sử dụng nhằm thu thập thông tin của bệnh nhân mới và chỉ phục vụ cho mục đích quản lý nội bộ. Mọi thông tin quý vị cung cấp sẽ được bảo mật tuyệt đối và xử lý đúng theo các quy định về quyền riêng tư.

Patient Signature: _____ Date: _____

(Chữ ký của Bệnh nhân)

(Ngày ký)

Print Name: _____

(Ghi Họ và tên)