



Shriners Hospitals
for Children®

PHIẾU YÊU CẦU ĐIỀU TRỊ ĐỐI VỚI BỆNH NHÂN QUỐC TẾ INTERNATIONAL PATIENT REQUEST FOR TREATMENT

Phụ huynh hoặc người giám hộ phải điền vào phiếu yêu cầu này. Xin vui lòng viết chữ in hoa
To be completed by parent or guardian (please print)

Ngày: -
(Date)

Họ của trẻ -
(Last name)

Tên của đứa trẻ -
(First name)

Tên lót của đứa trẻ -
(Middle name)

Ngày sinh của trẻ * (tháng/ngày/năm) -
(Child's Birthday; mm/dd/yyyy)

Giới tính -
(Gender/sex)

Trạng thái hôn nhân của phụ huynh -
(Parent's Marital Status)

Quyền nuôi con / Sống với? -
(Custody / Living with?)

Địa chỉ nhà của trẻ -
(Child's home address)

Thành phố -
(City)

Tiểu bang / Tỉnh -
(State / Province)

Zip / Mã bưu điện -
(Zip Code)

Quận – Việt Nam
(Country)

Số điện thoại chính / Số nhà -
(Primary / Home Number)

Số điện thoại thay thế -
(Alternate Phone Number)

Vấn đề hoặc chẩn đoán y tế của con bạn là gì? *(What is your child's medical problem or diagnosis:)*

Khởi phát vấn đề - (Trước khi sinh - Bẩm sinh - Phát triển gần đây - Thương tích, ngày không xác định -
Thương tích, ngày được biết như biết. Ngày: - Bắt đầu đi - Kể từ khi sinh - Khác)
(Onset of problem; Before Birth - Congenital - Developed recently - Injury, date unknown - Injury, Date Known, Date: - Onset of walking - Since Birth - Other)

Bạn đang tìm kiếm dịch vụ y tế hoặc dịch vụ nào từ Bệnh Viện Shriners dành cho trẻ?
(What medical care or services are you looking for from the Shriners Hospitals for Children?)

Những điều trị trước đây đã được cung cấp như thế nào * (Các điều trị và phẫu thuật, ngày, v.v.)
(*What previous treatments have been provided?*(Treatments and surgeries, dates etc.)*)

Tình trạng của trẻ; (Đi không cần hỗ trợ - Khung tập đi - Xe lăn - Nạng - Gậy - Khác, chỉ định
(*Child's ambulation status; Walk unassisted – Walker- Wheelchair - Crutches - Cane -Other, specify*)

X- quang có sẵn? (Không / Có) - Ngày chụp X-quang gần đây nhất -
(*X-Rays available? (No / Yes) - Date of most recent X-ray*)

Thông tin của mẹ; Họ - Tên - Tên đệm - Ngày sinh -
(*Mother last name / first name / middle name, birth date*)

Thông tin của cha; Họ - Tên - Tên đệm - Ngày sinh -
(*Father last name / first name / middle name, birth date*)

Xin lưu ý HEVY cố gắng giúp bạn với bất cứ điều gì chúng tôi có thể. Chúng tôi không quyết định chấp nhận hoặc từ chối bạn. Nếu bạn được chấp nhận hay không, không nằm trong sự kiểm soát của HEVY.

Nếu bạn

đồng ý cho HEVY giúp bạn thì khi bạn được chữa lành thì bạn phải trở về nước của bạn ngay lập tức nếu không bạn sẽ phải chịu trách nhiệm hoàn toàn.

(Please note HEVY try to help you with whatever we can. We do not decide whether to accept or reject you. If you are accepted or not, it is not under HEVY's control. If you HEVY agree to help you, then when you are healed, you must return to your country immediately or you will be fully responsible.)