



**NORTH EAST
MEDICAL SERVICES**

東北醫療中心

a california *health+* center

NEMS #:

NAME:

DOB:

REGISTRATION FORM - ĐƠN ĐĂNG KÝ

Please Use Black Ink / Vui lòng Viết hoa bằng Mực Đen

NAME: _____ BIRTHDATE: ____/____/____
Last / Họ First / Tên Middle / Tên Lót Ngày Sinh

ADDRESS: _____ CITY: _____ STATE: _____ ZIP: _____
Địa Chỉ Thành Phố Tiểu Bang Mã Số Bưu Chính

HOME PHONE Số Điện Thoại Nhà: _____ CELL PHONE Số Điện Thoại Di Động: _____

EMAIL ADDRESS: _____ REFERRED TO NEMS BY: _____
Địa Chỉ Email Được Giới Thiệu Đến Nems Bởi

SEX Giới Tính: Male / Nam Trans. Male / Chuyển Giới Nữ sang Nam
 Female / Nữ Trans. Female / Chuyển Giới Nam sang Nữ Other / Khác

SEXUAL ORIENTATION: Straight / Dị Tính Lesbian or Gay / Đồng Tính Bisexual / Song Tính Other / Khác

ENGLISH LEVEL: Good Fair Little None DIALECT(S) SPOKEN: _____
Kỹ năng nói tiếng Anh: Giỏi Khá Kém Không biết Phương Ngữ

ETHNICITY / Người Mỹ gốc Latinh và Tây Ban Nha: Yes / Phải No / Không Phải

RACE/ETHNIC GROUP (Check all that apply) / chủng Tộc / Nhóm Dân Tộc (Đánh dấu tất cả các ô thích hợp):

Asian (Please specify) / Người Châu Á (Xin Cho Biết cụ thể):

- Chinese / Người Trung Quốc Asian Indian / Người Ấn Độ
 Vietnamese / Người Việt Japanese / Người Nhật
 Filipino / Người Philippines Korean / Người Hàn Quốc
 Burmese / Người Miến Điện Other / Khác:

- Native Hawaiian / Người Hawaii Bản Địa
 Other Pacific Islander / Người Đảo Thái Bình Dương
 Black/African American / Người Da Đen/Người Mỹ Gốc Phi
 American Indian/Alaskan Native / Người Da Đỏ/Alaska Bản Địa
 White / Người Da Trắng

STUDENT STATUS / Học Sinh: Full-Time / Toàn Thời Gian Part-Time / Bán Thời Gian Not a Student / Không Phải học Sinh

MARITAL STATUS: Single Married Divorced Widowed Separated
Tình Trạng Hôn Nhân Độc thân Đã kết hôn Đã ly dị Góa vợ/chồng Đã ly thân

MEDICAL PAYMENT STATUS (Check all that apply) / HÌNH THỨC TRẢ CHI PHÍ Y TẾ (Đánh dấu tất cả các ô thích hợp):

- Self Pay / Bệnh nhân trả Medicare Medi-Cal Other / Khác: _____
 Private Insurance (Provide copy of insur. card) / Bảo hiểm tư nhân (Xin vui lòng cung cấp bản sao của Thẻ Bảo Hiểm)

PARENTS' INFORMATION (Complete if patient is under 18 years old)

THÔNG TIN VỀ PHỤ HUYNH (Xin điền nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi):

Father's Name / Tên Cha: _____ DOB / Ngày Sinh: _____

Mother's Name / Tên Mẹ: _____ DOB / Ngày Sinh: _____

PERSON TO BE CONTACTED IN CASE OF EMERGENCY / NGƯỜI CẦN LIÊN LẠC TRONG TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP:

Name / Tên: _____ Phone # / Số điện thoại: _____

Relationship / Quan hệ: _____

NEMS #:

NAME:

DOB:

REGISTRATION FORM 登記表

Please Use Black Ink 請用黑色筆填寫這份表格

Theo đây tôi cho phép Trung tâm Y tế Đông Bắc (NEMS) cung cấp dịch vụ y tế cho cá nhân có tên nêu trên và cho phép các khoản tiền bảo hiểm được thanh toán trực tiếp cho NEMS, Tôi hiểu rằng tôi là người cuối cùng có trách nhiệm thanh toán mọi chi phí dịch vụ, bao gồm mọi khoản thanh toán và khoản khấu trừ theo yêu cầu của bảo hiểm y tế của tôi hoặc theo quy định trong chương trình lệ phí thấp của NEMS nếu tôi không có bảo hiểm y tế. Tôi hiểu rằng NEMS không cung cấp các dịch vụ cấp cứu tại trung tâm. Ngoài ra, theo đây tôi cho phép NEMS tiết lộ những thông tin y tế có liên quan với các công ty bảo hiểm, nếu cần. *I hereby authorize North East Medical Services (NEMS) to provide health services to the above-named person and authorize insurance benefits to be paid directly to NEMS. I understand that I am ultimately responsible for all charges incurred, including any payments and deductibles required by my health insurance or as provided under NEMS' Sliding Fee Discount Program if I do not have health insurance. I understand that NEMS does not provide on-site emergency services. Furthermore, I hereby authorize the release of pertinent medical information to insurance carriers, if applicable.*

Tôi hiểu rằng theo yêu cầu pháp luật, NEMS phải báo cáo mọi hành vi tấn công, sự lạm dụng, và trường hợp nhân viên bị tổn thương cho các cơ quan chức năng thích hợp. *I understand that NEMS is required by law to report any assault, abuse, and worker's injury to the proper authorities.*

Tôi hiểu rằng các thông tin tâm lý xã hội sẽ được chia sẻ với nhà cung cấp dịch vụ y tế của tôi tại NEMS khi cần nhằm duy trì sự chăm sóc sức khỏe toàn vẹn. *I understand that psychosocial information will be shared with my NEMS provider as needed to maintain total care.*

Tôi hiểu rằng hình của cá nhân có tên nêu trên sẽ được in trên Thẻ hội viên NEMS. *I understand that the picture of the above-named person will be placed on the NEMS Member Identification (ID) Card.*

Tôi thừa nhận rằng tôi đã nhận được một bản sao của giấy Thông báo về Quyền riêng tư trong Quy trình Sử dụng Thông tin của Trung tâm Y tế Đông Bắc (NEMS). Tôi hiểu rằng tôi có thể áp dụng các quyền pháp lý của tôi như được mô tả trong thông báo này. *I acknowledge that I have received a copy of NEMS' Notice of Privacy Practices. I understand that I may exercise my rights as described in the notice.*

Tôi hiểu rằng NEMS có thể sẽ liên lạc với tôi như được giải thích trong Thông báo về Chính sách Quyền riêng tư và gửi các thông điệp liên quan đến việc điều trị, phương pháp điều trị thay thế hoặc các lợi ích và dịch vụ liên quan đến sức khỏe khác mà tôi có thể quan tâm đến. Tôi hiểu rằng tôi có thể thay đổi những cách liên hệ này hoặc từ chối phần liên hệ kể trên bất kỳ lúc nào bằng cách gọi cho NEMS theo số (415) 391-9686. *I understand that NEMS may contact me as described in its Notice of Privacy Practices and send messages related to treatment, treatment alternatives or other health-related benefits and services that may be of interest. I understand that I may change how NEMS contacts me or opt-out of certain communications at any time by calling NEMS at (415) 391-9686.*

Tôi xác nhận rằng tôi đã nhận được một cuốn cẩm nang hội viên của NEMS và đã đọc, hiểu và đã có cơ hội đặt câu hỏi về nội dung của cuốn cẩm nang. *I acknowledge that I have received a copy of the NEMS Member Handbook and have read, understand, and had the opportunity to ask questions about the contents of the handbook.*

Signature of Patient or Legal Representative

Chữ ký Bệnh nhân hoặc Người đại diện Hợp pháp

Relationship to Patient

Quan hệ với Bệnh nhân

Signature of Witness / Chữ ký của Nhân chứng

Date / Ngày

Notes / Chú ý:

* Các Tin nhắn không được mã hóa và có thể bị người khác đọc hoặc chặn. Nếu ai đó sử dụng điện thoại của quý vị, họ có thể đọc được tin nhắn của quý vị.
Text messages are not encrypted and may be read or intercepted by someone else. If someone has your phone, they may be able to read your messages.

** Bên cung cấp dịch vụ điện thoại di động hoặc internet của quý vị có thể áp dụng các cước phí tiêu chuẩn cho tin nhắn, dữ liệu và thời gian gọi điện thoại.
Standard text message, data, and minute usage rates from your mobile or internet service provider may apply.

STAFF USE ONLY / Chỉ dành cho nhân viên sử dụng: If patient refuses to sign, please check box, initial and date:

REFUSAL TO SIGN

Staff Initials: _____

Date: _____