



**NORTH EAST
MEDICAL SERVICES**
東北醫療中心

a california *health+* center

NEMS ID: _____

NAME: _____

DOB: _____

**REGISTRATION FORM
ĐƠN ĐĂNG KÝ**

Date | Ngày: _____ / _____ / _____

Name Tên:		Date of Birth Ngày Sinh:	
_____	_____	_____	_____
<small>Last Họ</small>	<small>First Tên</small>	<small>Middle Tên Lót</small>	
Address Địa Chỉ: _____			
City Thành Phố:	State Tiểu Bang:	Zip Mã Số Bưu Chính:	
_____	_____	_____	
Home Phone Số Điện Thoại Nhà:	Cell Phone Số Điện Thoại Di Động:	_____	
_____	_____		
Email Address Địa Chỉ Email:	Referred to NEMS by Giới Thiệu Đến NEMS Bởi:		
_____	_____		

Sex
Giới Tính:

Male / Nam Female / Nữ

English Level
Kỹ Năng Nói Tiếng Anh:

Good / Giỏi Fair / Khá Little / Kém None / Không biết

Dialect(s) Spoken
Phương Ngữ: _____

Ethnicity
Dân Tộc:

Non-Hispanic/Latino / Không phải Gốc Tây Ban Nha / Latino Hispanic/Latino / Gốc Tây Ban Nha / Latino

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
 - Vietnamese | Người Việt
 - Filipino | Người Philippines
 - Native Hawaiian | Người Hawaii Bản Địa
 - Other Pacific Islander | Người Đảo Thái Bình Dương
- Japanese | Người Nhật
- Korean | Người Hàn Quốc
- Burmese | Người Miến Điện
- Asian Indian | Người Ấn Độ
- Black/African American / Người Da Đen/Người Mỹ Gốc Phi
- American Indian/Alaskan Native / Người Da Đỏ/Alaska Bản Địa
- White / Người Da Trắng
- Other / Khác: _____



NEMS ID: _____

NAME: _____

DOB: _____

**REGISTRATION FORM
ĐƠN ĐĂNG KÝ**

Student Status

Học Sinh:

Marital Status

Tình Trạng Hôn Nhân:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Full-Time
Toàn Thời Gian | <input type="checkbox"/> Part-Time
Bán Thời Gian | <input type="checkbox"/> Not a student
Không Phải học Sinh |
| <input type="checkbox"/> Single
Độc thân | <input type="checkbox"/> Married
Đã kết hôn | <input type="checkbox"/> Divorced
Đã ly dị |
| <input type="checkbox"/> Widowed
Góa vợ/chồng | <input type="checkbox"/> Separated
Góa vợ/chồng | |

Medical Payment Status (Check all that apply) |

HÌNH THỨC TRẢ CHI PHÍ Y TẾ (Đánh dấu tất cả các ô thích hợp):

- Medicare Medi-Cal Self-pay
Bệnh nhân trả
- Private Insurance (Please provide copy of insurance card)
Bảo Hiểm Tư Nhân (Xin vui lòng cung cấp bản sao của Thẻ Bảo Hiểm)
- Other
Khác: _____

Written Documents in Alternative Formats

Tài liệu viết ở định dạng thay thế:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Large print
Bản in lớn | <input type="checkbox"/> Audio CD
CD Âm Thanh | <input type="checkbox"/> Data CD
CD Dữ Liệu | <input type="checkbox"/> Braille
Chữ Nổi |
| <input type="checkbox"/> Encrypted Audio CD
CD Âm Thanh được Mã Hóa | <input type="checkbox"/> Encrypted Data CD
Đĩa CD Dữ Liệu được Mã Hóa | | |
- I need a format not listed here
Tôi cần một định dạng không được liệt kê ở đây: _____

Parents' Information (Complete if patient is under 18)

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

Father's Name

Tên Cha: _____

Date of Birth

Ngày Sinh: ____ / ____ / ____

Mother's Name

Tên Mẹ: _____

Date of Birth

Ngày Sinh: ____ / ____ / ____

Person to be Contacted in Case of Emergency

Người cần Liên Lạc trong Trường hợp Khẩn Cấp:

Name

Tên: _____

Phone Number

Số Điện Thoại: _____

Relationship

Quan Hệ: _____



**NORTH EAST
MEDICAL SERVICES**
東北醫療中心

a california *health+* center

NEMS ID:

NAME:

DOB:

REGISTRATION FORM ĐƠN ĐĂNG KÝ

By signing below, I authorize North East Medical Services (NEMS) to provide medical and health care services as authorized by NEMS or its healthcare providers. I further authorize insurance benefits to be paid directly to NEMS. I understand that I am ultimately responsible for all charges incurred including, but not limited to, the following: i) any payments, coinsurance, or and deductibles required by my health insurance; ii) payments for any items or services not covered by my health insurance; or iii) as provided under NEMS' Sliding Fee Discount Program if I do not have health insurance.

Bằng việc ký tên bên dưới, tôi cho phép Dịch Vụ Y Tế Đông Bắc (NEMS) cung cấp các dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe đã được NEMS hoặc các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình phê chuẩn. Ngoài ra, tôi cũng cho phép các phúc lợi bảo hiểm được chi trả trực tiếp cho NEMS. Tôi hiểu rằng tôi phải chịu trách nhiệm cuối cùng đối với tất cả các chi phí phát sinh bao gồm, nhưng không giới hạn với, những điều sau: i) bất kỳ khoản thanh toán, đồng bảo hiểm, hoặc/và khoản khấu trừ nào mà bảo hiểm y tế của tôi yêu cầu; ii) các khoản thanh toán cho bất kỳ hạng mục hoặc dịch vụ nào mà bảo hiểm y tế của tôi không bao trả; hoặc iii) được cung cấp theo Chương Trình Giảm Giá Theo Thang Dịch Vụ của NEMS nếu tôi không có bảo hiểm y tế.

I understand that NEMS does not provide on-site emergency services.

Tôi hiểu rằng NEMS không cung cấp các dịch vụ cấp cứu tại chỗ.

Patient initial

Tên viết tắt của bệnh nhân

I understand that NEMS is required by law to report any assault, abuse, and worker's injury to the proper authorities.

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.

Patient initial

Tên viết tắt của bệnh nhân

I understand that psychosocial information will be shared with my NEMS provider as needed to maintain total care.

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.

Patient initial

Tên viết tắt của bệnh nhân

I understand that my photo will be placed on the NEMS Member Identification (ID) Card.

Tôi hiểu rằng ảnh của tôi sẽ được đưa vào Thẻ Căn Cứơc Hội Viên NEMS (ID).

Patient initial

Tên viết tắt của bệnh nhân



NEMS ID:

NAME:

DOB:

REGISTRATION FORM ĐƠN ĐĂNG KÝ

Patient initial
Tên viết tắt của bệnh
nhân

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 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.

Patient initial
Tên viết tắt của bệnh
nhân

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 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.

Patient initial
Tên viết tắt của bệnh
nhân

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.

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.

Patient initial
Tên viết tắt của bệnh
nhân

The Open Payments database is a federal tool used to search payments made by drug and device companies to physicians and teaching hospitals. It can be found at <https://openpaymentsdata.cms.gov>.

Cơ sở dữ liệu Open Payments là một công cụ của liên bang được dùng để tìm kiếm những thanh toán do các công ty thuốc và thiết bị y tế trả cho các bác sĩ và các bệnh viện thực hành. Có thể xem tại <https://openpaymentsdata.cms.gov>.



NORTH EAST
MEDICAL SERVICES
東北醫療中心

a california *health+* center

NEMS ID:

NAME:

DOB:

REGISTRATION FORM ĐƠN ĐĂNG KÝ

Patient initial
Tên viết tắt của bệnh
nhân

NEMS participates in an electronic health information exchange ("HIE"), called, "Care Everywhere," which allows other health care providers that use Care Everywhere to access information from your electronic medical record for continuity and coordination of your care. All information contained in your electronic medical record will be shared through Care Everywhere, including information related to sensitive services, unless we are required to restrict such information. Psychotherapy notes, information related to drug and alcohol abuse, diagnosis or treatment, and information related to sensitive services that NEMS is required to restrict will not be shared without a separate authorization from you. For more information on how we share your information through HIEs, please see our Notice of Privacy Practices. You may opt-out of Care Everywhere and any other HIEs that NEMS participates in by contacting NEMS Health Information Services at (415) 391-9686 or submitting a Health Information Exchange Opt-Out form.

NEMS tham gia một hệ thống trao đổi thông tin y tế điện tử ("HIE"), gọi là, "Care Everywhere," cho phép các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác có sử dụng Care Everywhere được tiếp cận thông tin từ bệnh án điện tử của quý vị để tiếp tục và điều phối chăm sóc cho quý vị. Tất cả các thông tin có trong bệnh án điện tử sẽ được chia sẻ thông qua Care Everywhere, kể cả thông tin liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm, trừ khi chúng tôi được yêu cầu hạn chế những thông tin đó. Các ghi chép chữa bệnh tâm lý, thông tin liên quan đến lạm dụng ma túy và rượu, các chẩn đoán hay điều trị, và thông tin liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm mà NEMS được yêu cầu hạn chế sẽ không được chia sẻ mà không có một giấy ủy quyền riêng biệt khác của quý vị. Để biết thêm thông tin về cách chúng tôi chia sẻ thông tin của quý vị qua các HIE như thế nào, vui lòng xem Thông Báo Thực Hành Quyền Riêng Tư của chúng tôi. Quý vị có thể rút khỏi Care Everywhere và bất kỳ HIE nào khác mà NEMS có tham gia bằng cách liên hệ với Phòng Thông Tin Y Tế NEMS theo số (415) 391-9686 hoặc gửi một giấy Rút Khỏi Hệ Thống Trao Đổi Thông Tin Y Tế.



**NORTH EAST
MEDICAL SERVICES**
東北醫療中心

a california *health+* center

NEMS ID:

NAME:

DOB:

**REGISTRATION FORM
ĐƠN ĐĂNG KÝ**

Signature of Patient or Legal Representative*
Chữ Ký của Nhân Hoặc Người Đại Diện Hợp Pháp

Date
Ngày

Name of Legal Representative
Tên của Người Đại Diện Hợp Pháp

Relationship of Legal Representative
Mối Quan Hệ của Người Đại Diện Hợp Pháp

Signature of Witness (Required if patient is unable to sign)
Chữ Ký của Người Làm Chứng (Bắt buộc nếu bệnh nhân không thể ký tên)

Date
Ngày

Notes:

*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.

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.

** Standard text message, data, and minute usage rates from your mobile or internet service provider may apply.

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.

STAFF USE ONLY: If the patient refused to sign or initial all the acknowledgement statements, please check box, initial, and date:

REFUSAL TO SIGN Staff Initials: _____ Date: ____ / ____ / ____

North East Medical Services (NEMS) complies with applicable Federal civil rights laws and does not differentiate, exclude, or discriminate against any individual on the basis of race, color, creed, religion (e.g., religious dress and grooming practices), age (e.g., those over 40), sex/gender (e.g., sex characteristics, intersex traits, pregnancy, childbirth, breastfeeding and/or related medical conditions), gender identity, gender expression, sexual orientation, sex stereotypes, marital status, medical condition (e.g., genetic characteristics, cancer or a record or history of cancer), military or veteran status, national origin (e.g., limited English proficiency, language use and possession of a driver's license issued to persons unable to prove their presence in the United States is authorized under federal law), ancestry, disability (e.g., mental and physical, including HIV/AIDS, cancer, and genetic characteristics), genetic information, retaliation for reporting patient abuse in tax-supported institutions, enrollment in a Health Benefit Plan, state of health, need for health services, status as a litigant, status of a Medicare or Medicaid beneficiary, source of payment for care, or any other basis prohibited by law.

NEMS:

- Provides people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (e.g., large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance services, contact NEMS Member Services Department at 415-391-9686 ext. 8160.

How to file a grievance with NEMS

If you believe that NEMS has failed to provide these services or discriminated in another way based on any of the characteristics listed above, you can file a grievance with NEMS Member Services. If you need help filing a grievance, NEMS Member Services Department is available to help you.

- **By phone:** Call 415-391-9686 ext. 8160
- **By mail:** Call us at 415-391-9686 ext. 8160 and ask to have a form sent to you.
- **In Person:** Visit the NEMS Member Services Department.

You may also contact the NEMS Civil Rights Coordinator

Attn: NEMS Section 1557 Coordinator
North East Medical Services
1520 Stockton Street
San Francisco, CA 94133
NEMSSection1557@nems.org

How to file a grievance with U.S. Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights

- **By phone:** Call 1-800-368-1019 (TTY 711 or 1-800-537-7697)
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Complaint forms are available at:
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- **Online:** Visit the Office of Civil Rights Complaint Portal at:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

This notice is available at: nems.org

Spanish ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) o hable con su proveedor.

Chinese 注意: 如果您說中文，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) 或與您的提供者討論。

Vietnamese LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 415-391-9686 ext. 8160 (Người khuyết tật: 1-800-735-2929) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn."

Korean 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오."

Persian توجه: کمک رایگان خدمات، کنیدی صحبت فارسی زبان به اگر ارائه برای مناسب کمکی خدمات و ها کمک همچنین، شماست دسترس در زبانی با است دسترس در رایگان صورت به دسترس قابل های قالب در اطلاعات تماس (415-391-9686 داخلی 8160 (TTY: 1-800-735-2929) کنید صحبت خود دهنده ارائه یا بگیرد.

Japanese 注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

Armenian ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններից: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրելու համապատասխան օժանդակ միջոցներն ու ծառայությունները Նույնպես տրամադրվում են անվճար: Չանգահարեք 415-391-9686 ext. 8160 հեռախոսահամարով (TTY` 1-800-735-2929) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ:

Arabic تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجاناً. اتصل على الرقم 415-391-9686 ext. 8160 (1-800-735-2929) أو تحدث إلى مقدم الخدمة."

Thai หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ"

Tagalog PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libheng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyong upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) o makipag-usap sa iyong provider.

Punjabi ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।"

Hindi ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।"

Hmong LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkaug cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob."

Khmer សូមកម្មិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសាភាគតិចត្រូវតែមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយនិងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានភាសាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បានក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។"

Russian ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) или обратитесь к своему поставщику услуг.