

Chào mừng đến với Medical Oncology Associates of San Diego. Chúng tôi xin cảm ơn quý vị đã tin tưởng giao phó việc chăm sóc của quý vị cho chúng tôi. Sứ mệnh của chúng tôi là cung cấp dịch vụ chăm sóc tuyệt vời cho mọi bệnh nhân đến khám. Chúng tôi cung cấp phương pháp điều trị được cá nhân hóa bằng những tiến bộ mới nhất và có hiệu quả nhất trong việc chăm sóc bệnh ung thư, được lựa chọn kỹ lưỡng cùng với sự cảm thông. Quý vị hãy an tâm, bác sĩ và nhân viên của chúng tôi sẽ làm mọi cách có thể để hỗ trợ quý vị trong suốt quá trình này.

Trong phần đính kèm là Gói Đăng Ký Bệnh Nhân Mới bao gồm những thông tin sau:

- Giải Thích về Thủ Tục Giấy Tờ (Trang Này)
- Đăng Ký và Thông Tin Nhân Khẩu Học của Bệnh Nhân
- Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe
- Bệnh Sử
- Thông Báo về Thực Hành Quyền Riêng Tư

Vui lòng điền đầy đủ các mẫu đơn và mang theo khi đến buổi hẹn đầu tiên, cùng với thẻ bảo hiểm hiện tại và giấy tờ tùy thân có ảnh.

Quý vị nên đến văn phòng sớm hơn 30 phút ở buổi hẹn đầu tiên đã lên lịch để có đủ thời gian đăng ký và hoàn thành các mẫu đơn bổ sung. Buổi tư vấn đầu tiên với bác sĩ có thể kéo dài tới 1 giờ. Hãy lên kế hoạch phù hợp.

Quý vị sẽ nhận được lời nhắc tự động về buổi hẹn đã lên lịch qua điện thoại vào ba ngày trước buổi khám đã lên lịch. Vui lòng lắng nghe và trả lời các tùy chọn được đưa ra để xác nhận lịch hẹn của quý vị

Nếu quý vị cần hủy hoặc dời lịch hẹn, vui lòng thực hiện trước ít nhất 24 giờ để không ảnh hưởng đến những bệnh nhân khác đang chờ lịch hẹn. Nếu quý vị bị lỡ buổi hẹn đầu tiên hoặc hủy lịch hẹn dưới 24 giờ trước giờ khám, quý vị có thể phải trả phí \$50.

Các buổi tái khám thường kéo dài 15 phút. Nếu quý vị đến muộn hơn 10 phút, chúng tôi có thể sẽ không phục vụ quý vị vào ngày hôm đó. Việc không đến khám và/hoặc hủy lịch hẹn liên tục có thể dẫn đến chấm dứt mối quan hệ giữa nhà cung cấp và bệnh nhân.

Phòng khám của chúng tôi có cổng thông tin bệnh nhân Care Space cung cấp cho quý vị và người chăm sóc của quý vị quyền truy cập dễ dàng vào thông tin sức khỏe của quý vị. Care Space cho phép quý vị quản lý các lịch hẹn khám bệnh cũng như gửi tin nhắn cho bác sĩ của quý vị. Nếu quý vị muốn sử dụng Care Space, hãy trao đổi với nhân viên lễ tân của chúng tôi và họ sẽ sẵn lòng hỗ trợ quý vị.

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào liên quan đến thông tin nêu trên, vui lòng liên hệ với chúng tôi theo số (858)637-7888.

3075 Health Center Drive Suite 102 San Diego, CA 92123
5555 Reservoir Drive Suite 306 San Diego, CA 92120
4060 4Th Avenue Suite 508 San Diego, CA 92103
230 Prospect Place Suite 210 Coronado, CA 92118
9850 Genesee Avenue Suite 400 La Jolla, CA 92037

Điện thoại: 858-637-7888 / 619-287-9910
Fax: 858-637-7887 / 619-287-3526
Email: faxes@oncologysandiego.com
trang web: oncologysandiego.com

Đăng Ký Bệnh Nhân

Ngày Hôm Nay: _____

Tên Bệnh Nhân (Họ và Tên): _____ Tên Ưa Dùng: _____

Ngày Sinh: ____/____/____ Số An Sinh Xã Hội (Social Security Number, SSN) _____

Giới tính (Khoanh tròn): Nam Nữ Phi Nhị Nguyên Giới Khác: _____

ĐỊA CHỈ Đường: _____ Thành Phố: _____ Mã Bưu Chính: _____

Tiểu Bang: _____

Điện Thoại Nhà Riêng: _____ Điện Thoại Cơ Quan: _____

Điện Thoại Di Động: _____

Địa Chỉ Email: _____ Quý vị có đồng ý nhận thông tin cập nhật qua email

không? Có Không

Ngôn Ngữ Chính: _____ Ngôn Ngữ Thứ Hai: _____

Chủng Tộc: _____ Dân Tộc: _____

Quý vị biết đến chúng tôi bằng cách nào? Khoanh Tròn Một Lựa Chọn Bên Dưới:

Yelp, Google, Trang Web, Mạng Xã Hội, Bác Sĩ Y Khoa (Medical Doctor, MD) hoặc Giới Thiệu Bệnh Nhân, Giới

Thiệu Bảo Hiểm

Quý vị có được bác sĩ nào khác ngoài bác sĩ chăm sóc chính giới thiệu đến chúng tôi không? Khoanh tròn

Có/Không Nếu có:

Tên MD Giới Thiệu: _____ Điện Thoại: _____ Fax: _____



THÔNG TIN BẢO HIỂM

Bảo Hiểm Chính: _____ Mã Định Danh (ID): _____ Nhóm #: _____

Chủ Hợp Đồng Bảo Hiểm: _____ Ngày Sinh: ___/___/_____

Mối Quan Hệ: _____

Bảo Hiểm Phụ: _____ ID: _____ Nhóm #: _____

Chủ Hợp Đồng Bảo Hiểm: _____ Ngày Sinh: ___/___/_____

Mối Quan Hệ: _____

Tôi ủy quyền cho Medical Oncology Associates of San Diego thanh toán các quyền lợi y tế thông qua công ty bảo hiểm hiện tại của tôi như đã nêu ở trên.

Cơ sở dữ liệu Open Payment (Thanh Toán Mở) là một công cụ liên bang được sử dụng để tìm kiếm các khoản thanh toán do công ty dược phẩm và thiết bị thanh toán cho bác sĩ và bệnh viện giảng dạy. Quý vị có thể xem cơ sở dữ liệu đó tại <https://openpaymentsdata.cms.gov>

Tên Bệnh Nhân: _____ Chữ Ký: _____

3075 Health Center Drive Suite 102 San Diego, CA 92123
5555 Reservoir Drive Suite 306 San Diego, CA 92120
4060 4Th Avenue Suite 508 San Diego, CA 92103
230 Prospect Place Suite 210 Coronado, CA 92118
9850 Genesee Avenue Suite 400 La Jolla, CA 92037

Điện thoại: 858-637-7888 / 619-287-9910
Fax: 858-637-7887 / 619-287-3526
Email: faxes@oncologysandiego.com
trang web: oncologysandiego.com

GIẤY CHO PHÉP SỬ DỤNG HOẶC TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

Việc hoàn tất tài liệu này đồng nghĩa với việc cho phép tiết lộ và sử dụng thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị. Nếu quý vị không cung cấp đầy đủ thông tin được yêu cầu, giấy cho phép này có thể sẽ mất hiệu lực. Bằng việc ký vào tài liệu này, phòng khám của chúng tôi có thể liên lạc và yêu cầu hồ sơ từ các bác sĩ khác về việc chăm sóc và chẩn đoán của quý vị. Chúng tôi sẽ không chia sẻ hoặc yêu cầu bất kỳ thông tin nào không liên quan cụ thể đến việc điều trị và chăm sóc của quý vị tại Hiệp Hội Ung Thư Y Khoa San Diego.

Tên Bệnh Nhân: _____ Ngày Sinh Của Bệnh Nhân: _____

SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE

Tôi ủy quyền cho: _____ tiết lộ cho:

Cá Nhân/Tổ Chức: **Medical Oncology Associates of San Diego**

Địa Chỉ: _____

Những thông tin sau:

- a. Tất cả thông tin sức khỏe liên quan đến bệnh sử, tình trạng tâm thần hoặc thể chất của tôi và các liệu pháp điều trị đã nhận HOẶC
- Chỉ những hồ sơ hoặc loại thông tin sức khỏe sau đây (bao gồm phạm vi về ngày):

b. Tôi đặc biệt cho phép tiết lộ những thông tin sau (đánh dấu vào ô thích hợp):

- Thông Tin Điều Trị Sức Khỏe Tâm Thần _____ (Ký Nháy Tại Đây)
- Kết Quả Xét Nghiệm HIV _____ (Ký Nháy Tại Đây)
- Thông tin điều trị nghiện rượu/ma túy _____ (Ký Nháy Tại Đây)

QUYỀN CỦA TÔI

- Tôi có thể từ chối ký giấy cho phép này. Việc tôi từ chối sẽ không ảnh hưởng đến khả năng được điều trị hoặc thanh toán hoặc tư cách hội đủ điều kiện hưởng trợ cấp.
- Tôi có thể nhận bản sao của giấy cho phép này.
- Tôi có thể kiểm tra hoặc nhận bản sao thông tin sức khỏe mà tôi được yêu cầu cho phép sử dụng hoặc tiết lộ.
- Tôi có thể thu hồi giấy cho phép này bất cứ lúc nào nhưng tôi phải thực hiện yêu cầu đó bằng văn bản và gửi đến địa chỉ sau:

3075 Health Center Drive # 102 San Diego, CA 92123

- Tôi có thể đặt ngày hết hạn cho giấy cho phép này ngay bây giờ: _____

CHỮ KÝ

Bằng việc ký vào tài liệu này, quý vị đồng ý rằng quý vị đã đọc, đã nhận và hiểu tất cả các phần của tài liệu này và đồng ý cho phép chúng tôi sử dụng và tiết lộ hồ sơ y tế của quý vị cho các bác sĩ để họ có thể phục vụ quý vị tốt hơn khi quý vị là bệnh nhân.

Tên In Hoa: _____ Chữ Ký: _____ Ngày: _____

Nếu người ký là người khác ngoài bệnh nhân, hãy ghi rõ mối quan hệ ở đây: _____

GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ CHO THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH

Việc hoàn tất tài liệu này đồng nghĩa với việc cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị. Theo yêu cầu của Đạo Luật về Khả Năng Chuyển Đổi và Trách Nhiệm Giải Trình Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), chúng tôi không được phép cung cấp thông tin này cho bất kỳ ai khi chưa có sự đồng ý của bệnh nhân. Nếu quý vị muốn chúng tôi tiết lộ thông tin y tế, bất kỳ kết quả xét nghiệm chẩn đoán nào và/hoặc thông tin tài chính cho bất kỳ thành viên gia đình/bạn bè nào, quý vị phải ký vào mẫu đơn này.

Tên Bệnh Nhân: _____ Ngày Sinh Của Bệnh Nhân: _____

SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE

Tôi ủy quyền cho: **Medical Oncology Associates of San Diego** tiết lộ hồ sơ của tôi và bất kỳ thông tin nào được yêu cầu cho những cá nhân sau:

- a. _____ Mối Quan Hệ: _____ Điện Thoại: _____
 _____ Mối Quan Hệ: _____ Điện Thoại: _____
 _____ Mối Quan Hệ: _____ Điện Thoại: _____

b. Cho Phép Về Việc Nhắn Tin (vui lòng đánh dấu chọn tất cả các mục thích hợp)

Tôi cho phép quý vị để lại tin nhắn chi tiết đến số điện thoại nhà riêng hoặc số điện thoại di động của tôi liên quan đến ngày hẹn của tôi

Tôi cho phép quý vị để lại tin nhắn chi tiết đến số điện thoại nhà riêng hoặc số điện thoại di động của tôi liên quan đến việc điều trị y tế, chăm sóc, kết quả xét nghiệm hoặc thông tin tài chính.

Tôi cho phép quý vị để lại tin nhắn cho bất kỳ ai trả lời số điện thoại nhà riêng hoặc di động của tôi về ngày và giờ hẹn.

Tôi cho phép quý vị để lại tin nhắn cho bất kỳ ai trả lời số điện thoại nhà riêng hoặc số di động của tôi liên quan đến việc điều trị y tế, chăm sóc, kết quả xét nghiệm hoặc thông tin tài chính.

Chỉ có thể để lại tin nhắn cho _____

QUYỀN CỦA TÔI

- Việc điền và ký vào tài liệu này hoàn toàn không bắt buộc.
- Tôi có thể nhận bản sao của giấy cho phép này.
- Tôi có thể kiểm tra hoặc nhận bản sao thông tin sức khỏe mà tôi được yêu cầu cho phép sử dụng hoặc tiết lộ.
- Tôi có thể thu hồi giấy cho phép này bất kỳ lúc nào (trừ trường hợp chúng tôi đã tiết lộ thông tin dựa trên sự đồng ý trước đó của quý vị) nhưng tôi phải thực hiện yêu cầu thu hồi đó bằng văn bản và gửi đến địa chỉ sau:

3075 Health Center Drive #102 San Diego, CA 92123

- Tôi có thể đặt ngày hết hạn cho giấy cho phép này ngay bây giờ: _____

CHỮ KÝ

Bằng việc ký vào tài liệu này, quý vị đồng ý rằng quý vị đã đọc, đã nhận và hiểu tất cả các phần của tài liệu này và đồng ý tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho những người được liệt kê ở trên.

Tên In Hoa: _____ Chữ Ký: _____ Ngày: _____

Nếu người ký là người khác ngoài bệnh nhân, hãy ghi rõ mối quan hệ ở đây: _____

Bảng Câu Hỏi dành cho Bệnh Nhân Mới

3075 Health Center Drive Suite 102 San Diego, CA 92123
5555 Reservoir Drive Suite 306 San Diego, CA 92120
4060 4Th Avenue Suite 508 San Diego, CA 92103
230 Prospect Place Suite 210 Coronado, CA 92118
9850 Genesee Avenue Suite 400 La Jolla, CA 92037

Điện thoại: 858-637-7888 / 619-287-9910
Fax: 858-637-7887 / 619-287-3526
Email: faxes@oncologysandiego.com
trang web: oncologysandiego.com

Tên: _____ Ngày Sinh ____ / ____ / ____ Ngày _____

BÁC SĨ CHĂM SÓC CHÍNH

Tên MD: _____ Điện Thoại: (____) ____ - ____ Fax: (____) ____ - ____

THÔNG TIN NHÀ THUỐC

Nhà Thuốc Ừa Dùng: _____ Điện Thoại: _____

Địa Chỉ: _____ Thành Phố: _____ Mã Bưu Chính: _____ Tiểu Bang: _____

Vui lòng ghi rõ tất cả các loại thuốc dị ứng & phản ứng hoặc viết KHÔNG CÓ

TIỀN SỬ XÃ HỘI

Nghề Nghiệp: _____ Tình Trạng Hôn Nhân: _____

Ở Một Mình Đúng Không Ai ở với quý vị? _____

Hút Thuốc?

_____ Không Bao Giờ
_____ Trong Quá Khứ
_____ Hiện Tại
_____ Bao nhiêu gói/ngày?

Rượu Bia?

_____ Hằng Ngày
_____ Thỉnh Thoảng
_____ Không Có

Sử dụng Chất Kích Thích Khác?

_____ Có
_____ Không

THUỐC HIỆN TẠI (bao gồm thuốc không kê đơn, vitamin, thực phẩm bổ sung dinh dưỡng, v.v.)

Thuốc Kê Đơn, Vitamin và Thuốc Không Kê Đơn (Over The Counter, OTC)	LIỀU LƯỢNG – Dùng bao nhiêu lần mỗi ngày

Bảng Câu Hỏi dành cho Bệnh Nhân Mới

3075 Health Center Drive Suite 102 San Diego, CA 92123
5555 Reservoir Drive Suite 306 San Diego, CA 92120
4060 4Th Avenue Suite 508 San Diego, CA 92103
230 Prospect Place Suite 210 Coronado, CA 92118
9850 Genesee Avenue Suite 400 La Jolla, CA 92037

Điện thoại: 858-637-7888 / 619-287-9910
Fax: 858-637-7887 / 619-287-3526
Email: faxes@oncologysandiego.com
trang web: oncologysandiego.com

Tên: _____ Ngày Sinh _____ / _____ / _____ Ngày: _____

CÁC VẤN ĐỀ Y TẾ TRONG QUÁ KHỨ (như Bệnh tiểu đường, tăng huyết áp, v.v.)

NHẬP VIỆN VÀ PHẪU THUẬT TRƯỚC ĐÂY:

Nhập Viện/Phẫu Thuật	Ngày

TIỀN SỬ SỨC KHỎE PHÒNG NGỪA – Ghi rõ ngày khám sàng lọc cuối cùng: Tháng/Năm

Xét Nghiệm Pap: _____ Chụp Nhũ Ảnh: _____

Nội Soi Ruột Kết: _____ Đo Mật Độ Xương: _____

Bảng Câu Hỏi dành cho Bệnh Nhân Mới

Tên: _____ Ngày Sinh _____ / _____ / _____ Ngày: _____

3075 Health Center Drive Suite 102 San Diego, CA 92123
5555 Reservoir Drive Suite 306 San Diego, CA 92120
4060 4Th Avenue Suite 508 San Diego, CA 92103
230 Prospect Place Suite 210 Coronado, CA 92118
9850 Genesee Avenue Suite 400 La Jolla, CA 92037

Điện thoại: 858-637-7888 / 619-287-9910
Fax: 858-637-7887 / 619-287-3526
Email: faxes@oncologysandiego.com
trang web: oncologysandiego.com

TIỀN SỬ GIA ĐÌNH - Vui lòng điền vào thông tin tiền sử sau đây

chỉ bất kỳ tình trạng UNG THƯ hoặc RỐI LOẠN MÁU nào

BỆNH NHÂN	Thành viên gia đình	Loại Ung Thư hoặc Rối Loạn Máu	Độ tuổi khi được chẩn đoán	Còn sống	Đã qua đời
	Mẹ				
	Cha				
	Con				
	Anh/em trai				
	Chị/em gái				
BÊN NGOẠI CỦA GIA ĐÌNH	Thành viên gia đình	Loại Ung Thư hoặc Rối Loạn Máu	Độ tuổi khi được chẩn đoán	Còn sống	Đã qua đời
	Bà ngoại				
	Ông ngoại				
	Dì/Mợ				
	Bác/Cậu				
	Anh chị em họ				
BÊN NỘI CỦA GIA ĐÌNH	Thành viên gia đình	Loại Ung Thư hoặc Rối Loạn Máu	Độ tuổi khi được chẩn đoán	Còn sống	Đã qua đời
	Bà nội				
	Ông nội				
	Bác gái/Cô/Thím				
	Chú/Bác				
	Anh chị em họ				

Bảng Câu Hỏi dành cho Bệnh Nhân Mới

Tên: _____ Ngày Sinh _____ / _____ / _____ Ngày: _____

TIỀN SỬ TIÊM CHỦNG

VẮC-XIN	NGÀY TIÊM SAU CÙNG
Vắc-xin Cúm	
Vắc-xin Ngừa Phế Cầu Khuẩn (Viêm Phổi)	
Vắc-xin Ngừa COVID-19. Vui lòng nêu rõ loại Vắc-xin (J&J, Pfizer hoặc Moderna)	
Khác:	

NGƯỜI LIÊN HỆ KHẨN CẤP

Tên: _____ Mối Quan Hệ: _____ Điện Thoại: (____) ____ - _____

CHỈ THI TRƯỚC – Các văn bản pháp lý liên quan đến nguyện vọng của quý vị về việc chăm sóc y tế nếu quý vị không còn khả năng tự thực hiện.

- Quý vị có **di chúc sống** không?
 - Có Không **Nếu có, vui lòng cung cấp một bản sao.**
- Quý vị có **giấy ủy quyền dài hạn** không? (văn bản cho phép một người do quý vị chọn quản lý các vấn đề tài chính của quý vị nếu quý vị không có khả năng hoặc không muốn tự quản lý)
 - Có Không **Nếu có, vui lòng cung cấp một bản sao cho lễ tân hoặc nhà cung cấp.**
- Quý vị có người thân hoặc người nào sẽ đưa ra quyết định thay quý vị nếu cần không?
 - Có Không **Nếu có, vui lòng cung cấp tên, số điện thoại và mối quan hệ của người đó với quý vị:** _____
- Quý vị có muốn được hồi sức tim phổi (Cardiopulmonary Resuscitation, CPR) nếu tim quý vị ngừng đập hoặc khi quý vị ngừng thở không?
 - Có Không, DNR (Do not resuscitate, Không hồi sức)
- Quý vị có hoàn thành Lệnh Bác Sĩ Điều Trị Duy Trì Mạng Sống (Physician Orders for Life Sustaining Treatment, POLST) không?
 - Có Không

GIẤY CHO PHÉP LẦN ĐẦU VỀ VIỆC NHẬN THUỐC CỦA BÊN THỨ BA

PHẦN 1: THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Tên In Hoa: _____ Ngày: _____

3075 Health Center Drive Suite 102 San Diego, CA 92123
 5555 Reservoir Drive Suite 306 San Diego, CA 92120
 4060 4Th Avenue Suite 508 San Diego, CA 92103
 230 Prospect Place Suite 210 Coronado, CA 92118
 9850 Genesee Avenue Suite 400 La Jolla, CA 92037

Điện thoại: 858-637-7888 / 619-287-9910
 Fax: 858-637-7887 / 619-287-3526
 Email: faxes@oncologysandiego.com
 trang web: oncologysandiego.com



Địa Chỉ Thực Tế: _____

Số Điện Thoại: _____

PHẦN 2: THÔNG TIN CỦA BÊN THỨ 3 ĐƯỢC ỦY QUYỀN

Người Thứ 1

Tên In Hoa: _____ Số Điện Thoại: _____

Người Thứ 2

Tên In Hoa: _____ Số Điện Thoại: _____

Người Thứ 3

Tên In Hoa: _____ Số Điện Thoại: _____

PHẦN 3: CHO PHÉP BẰNG CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN

Việc tôi ký vào dưới đây cho phép bên thứ 3 được nêu trong mẫu đơn này lấy thuốc của tôi từ phòng khám của Nhà Cung Cấp và giao cho tôi. Tôi xác nhận thêm rằng một khi thuốc của tôi thuộc về bên thứ 3 được ủy quyền, tôi có trách nhiệm hoàn toàn trong việc đảm bảo rằng bên thứ 3 đó giao thuốc cho tôi.

Chữ Ký: _____ Ngày: _____

PHẦN 4: PHẦN DÀNH RIÊNG CHO VĂN PHÒNG

Tên Nhân Viên	Chữ Ký	Ngày
---------------	--------	------

Nhân viên phải xác nhận đã nhận được từng mục sau đây.

- Mẫu Đơn Cho Phép Hoàn Chính
- Chữ Ký Của Bệnh Nhân Đã Xác Minh

3075 Health Center Drive Suite 102 San Diego, CA 92123
5555 Reservoir Drive Suite 306 San Diego, CA 92120
4060 4Th Avenue Suite 508 San Diego, CA 92103
230 Prospect Place Suite 210 Coronado, CA 92118
9850 Genesee Avenue Suite 400 La Jolla, CA 92037

Điện thoại: 858-637-7888 / 619-287-9910
Fax: 858-637-7887 / 619-287-3526
Email: faxes@oncologysandiego.com
trang web: oncologysandiego.com