



BIỂU MẪU ĐĂNG KÝ BỆNH NHÂN – DENTAL CLINICS

(Vui Lòng Viết Hoa Rõ Ràng)

THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Họ:		Tên:		Tên Đệm:		Giới Tính: <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Chuyển giới	
Ngày Sinh: / /		Số An Sinh Xã Hội: - -		Tình Trạng Kết Hôn: <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Đã kết hôn <input type="checkbox"/> Ly dị <input type="checkbox"/> Ly thân <input type="checkbox"/> Góa bụa		Tùy chọn liên hệ cho lời nhắc cuộc hẹn (có thể chọn nhiều phương án): <input type="checkbox"/> Điện thoại <input type="checkbox"/> Tin nhắn <input type="checkbox"/> E-mail (ghi địa chỉ e-mail bên dưới) Email:	
Địa chỉ đường phố:				Căn hộ/Số nhà:		Điện thoại nhà: () <input type="checkbox"/> Chính	
Thành phố:		Tiểu bang:		Mã ZIP:		Điện thoại nơi làm việc: () <input type="checkbox"/> Chính	
Chủ lao động:			Thành phố & Tiểu bang			Điện thoại di động: () <input type="checkbox"/> Chính	
Dân tộc: <input type="checkbox"/> Người Gốc Tây Ban Nha/Bồ Đào Nha hoặc Latinh <input type="checkbox"/> Không Phải Người Gốc Tây Ban Nha/Bồ Đào Nha hoặc Latinh <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời		Chủng tộc: <input type="checkbox"/> Châu Á <input type="checkbox"/> Người Mỹ Da Đỏ hoặc Người Alaska Bản Địa <input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi <input type="checkbox"/> Người Hawaii Bản Địa hoặc Người Dân Đảo Thái Bình Dương Khác <input type="checkbox"/> Người Da Trắng <input type="checkbox"/> Đa Chủng Tộc <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời				Quý Vị Cần Thông Dịch Viên? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu Có, cần cho Ngôn ngữ:	
Thông Tin Liên Hệ Khẩn Cấp		Họ:		Tên:		Điện thoại: ()	
Quan Hệ với Bệnh Nhân: <input type="checkbox"/> Vợ/Chồng/Bạn Tình <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Cha/mẹ <input type="checkbox"/> Anh chị em ruột <input type="checkbox"/> Ông bà <input type="checkbox"/> Người giám hộ hợp pháp <input type="checkbox"/> Khác							

CÁ NHÂN CHỊU TRÁCH NHIỆM VỀ HÓA ĐƠN (CHỈ TRONG TRƯỜNG HỢP KHÔNG PHẢI BỆNH NHÂN)

<input type="checkbox"/> Người này là một bệnh nhân ở đây		Họ:		Tên:		Tên Đệm:		Giới Tính: <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Chuyển giới	
Địa chỉ đường phố:				Căn hộ/Số nhà:		Điện thoại nhà: ()			
Thành phố:		Tiểu bang:		Mã ZIP:		Số điện thoại thay thế: ()			
Ngày Sinh: / /		Số An Sinh Xã Hội: - -		Quan Hệ với Bệnh Nhân: <input type="checkbox"/> Vợ/Chồng/Bạn Tình <input type="checkbox"/> Cha/mẹ <input type="checkbox"/> Ông bà <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Người giám hộ hợp pháp <input type="checkbox"/> Anh chị em ruột				Tên của chủ lao động:	
						Thành phố:		Tiểu Bang:	

THÔNG TIN BẢO HIỂM (Yêu cầu phải có bản sao thẻ bảo hiểm của quý vị)

Bệnh nhân này có được Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Minnesota bao trả không?		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Số ID		Số Nhóm			
Chủ Hợp Đồng Bảo Hiểm: <input type="checkbox"/> Bệnh Nhân là Chủ Hợp Đồng Bảo Hiểm		Tên:		Tên Đệm:		Giới Tính: <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Chuyển giới			
Địa chỉ đường phố: <input type="checkbox"/> Chính là bệnh nhân				Căn hộ/Số nhà:		Điện thoại nhà: ()			
Thành phố:		Tiểu bang:		Mã ZIP:		Số điện thoại thay thế: ()			
Ngày Sinh: / /		Số An Sinh Xã Hội: - -		Quan Hệ với Bệnh Nhân: <input type="checkbox"/> Vợ/Chồng/Bạn Tình <input type="checkbox"/> Cha/mẹ <input type="checkbox"/> Ông bà <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Người giám hộ hợp pháp <input type="checkbox"/> Anh chị em ruột				Tên của chủ lao động:	
						Thành phố:		Tiểu bang:	
Tên bảo hiểm:				<input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Medical		Số điện thoại nhóm:		Chủ Hợp Đồng Bảo Hiểm/ ID người đăng ký:	
Địa chỉ gửi hóa đơn bảo hiểm:				Thành phố		Tiểu bang		Ngày bắt đầu bảo hiểm: Tháng / Năm	

THÔNG TIN BẢO HIỂM THỨ HAI

Chủ Hợp Đồng Bảo Hiểm: <input type="checkbox"/> Bệnh Nhân là Chủ Hợp Đồng Bảo Hiểm		Tên:		Tên Đệm:		Giới Tính: <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Chuyển giới			
Địa chỉ đường phố: <input type="checkbox"/> Chính là bệnh nhân				Căn hộ/Số nhà:		Điện thoại nhà: ()			
Thành phố:		Tiểu bang:		Mã ZIP:		Số điện thoại thay thế: ()			
Ngày Sinh: / /		Số An Sinh Xã Hội: - -		Quan Hệ với Bệnh Nhân: <input type="checkbox"/> Vợ/Chồng/Bạn Tình <input type="checkbox"/> Cha/mẹ <input type="checkbox"/> Ông bà <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Người giám hộ hợp pháp <input type="checkbox"/> Anh chị em ruột				Tên của chủ lao động:	
						Thành phố:		Tiểu bang:	
Tên bảo hiểm:				<input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Medical		Số điện thoại nhóm:		Chủ Hợp Đồng Bảo Hiểm/ ID người đăng ký:	
Địa chỉ gửi hóa đơn bảo hiểm:				Thành phố		Tiểu bang		Ngày bắt đầu bảo hiểm: Tháng / Năm	