

PATIENT PRE-REGISTRATION FORM - VIETNAMESE
ĐƠN BỆNH NHÂN ĐĂNG KÝ TRƯỚC First Hill ☐ Cherry Hill ☐ Ballard ☐ Issaquah ☐ Edmonds ☐

Expected Date of Service: _____ Please select type of service: Diagnostic ☐ OB ☐ Surgery ☐ Clinic ☐
Ngày tháng Phục vụ chờ đợi: _____ Xin chọn loại phục vụ: Chẩn đoán ☐ Sản khoa ☐ Giải phẫu ☐ Bệnh khoa ☐

Patient Information / Tài liệu thông tin bệnh nhân

LAST NAME/ HỌ		FIRST NAME/ TÊN		MIDDLE NAME/ TÊN LỚT	
ALIAS OR MAIDEN NAME/ BÍ DANH HOẶC NHỮ DANH		SEX/ GIỚI TÍNH	BIRTHDAY DATE/ SINH NHẬT	SOCIAL SECURITY#/ SỐ AN SINH XÃ HỘI	MARITAL STATUS/ TÌNH TRẠNG HÔN NHÂN
STREET ADDRESS/ ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG		CITY/ THÀNH PHỐ		STATE/ BANG	ZIP CODE/ MÃ SỐ KHU VỰC
LANGUAGE/ NGÔN NGỮ		NEED INTERPRETER/ CẦN THÔNG DỊCH VIÊN?		ETHNICITY/ DÂN TỘC	RACE/ CHUNG TỘC
HOME PHONE/ ĐIỆN THOẠI NHÀ		WORK PHONE/ ĐIỆN THOẠI SỞ LÂM		CELL PHONE/ ĐIỆN THOẠI TAY	RELIGION/ TÔN GIÁO
EMPLOYER NAME/ TÊN SỞ LÂM		EMPLOYMENT STATUS/ TÌNH TRẠNG VIỆC LÀM		RETIREMENT DATE (IF APPLICABLE)/ NGÀY NGHỈ HƯU (NẾU THÍCH HỢP)	OCCUPATION/ NGHỀ NGHIỆP
PRIMARY CARE PROVIDER NAME/ TÊN (NHÀ CUNG CẤP) BÁC SĨ CHĂM SÓC CHÍNH		PROVIDER CARE PHONE# / ĐIỆN THOẠI BÁC SĨ CHĂM SÓC CHÍNH #		REFERRED?/ ĐƯỢC GIỚI THIỆU?	REFERRING PROVIDER NAME/#/ TÊN BÁC SĨ GIỚI THIỆU /#

Guarantor (Person Responsible for Bill) / Người bảo đảm (Người có trách nhiệm trả nợ) ☐ Self/ Tự mình

LAST NAME/ HỌ		FIRST NAME/ TÊN		MIDDLE NAME/ TÊN LỚT		RELATIONSHIP TO PATIENT/ MỐI QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN
ALIAS OR MAIDEN NAME/ BÍ DANH HOẶC NHỮ DANH		SEX/ GIỚI TÍNH	BIRTHDAY DATE/ SINH NHẬT	SOCIAL SECURITY#/ SỐ AN SINH XÃ HỘI	MARITAL STATUS/ TÌNH TRẠNG HÔN NHÂN	
STREET ADDRESS/ ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG		CITY/ THÀNH PHỐ		STATE/ BANG	ZIP CODE/ MÃ SỐ KHU VỰC	
EMPLOYER NAME/ TÊN SỞ LÂM		OCCUPATION/ NGHỀ NGHIỆP		EMPLOYMENT STATUS/ TÌNH TRẠNG VIỆC LÀM		

Insurance Information / Tài liệu thông tin Bảo hiểm
Primary Insurance / Bảo hiểm chính

INSURANCE COMPANY NAME/ TÊN CÔNG TY BẢO HIỂM	GROUP NUMBER/ SỐ NHÓM	SUBSCRIBER ID NUMBER/ SỐ ID NGƯỜI ĐĂNG KÝ MUA (BẢO HIỂM)	INS. ADDRESS / ĐỊA CHỈ HẰNG BẢO HIỂM	
SUBSCRIBER'S NAME/ TÊN NGƯỜI ĐĂNG KÝ MUA BẢO HIỂM	SOCIAL SECURITY #/ SỐ AN SINH XÃ HỘI #	BIRTH DATE/ SINH NHẬT	SEX/ GIỚI TÍNH	RELATIONSHIP TO PATIENT/ MỐI QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN
SUBSCRIBER'S EMPLOYER NAME/ TÊN SỞ LÀM CỦA NGƯỜI ĐĂNG KÝ MUA (BẢO HIỂM)	SUBSCRIBER EMPLOYMENT STATUS/ TÌNH TRẠNG VIỆC LÀM CỦA NGƯỜI ĐĂNG KÝ MUA	HOME PHONE/ ĐIỆN THOẠI NHÀ #	WORK PHONE/ ĐIỆN THOẠI SỞ LÀM #	

Secondary ContactNgười liên lạc thứ nhì

INSURANCE COMPANY NAME/TÊN CÔNG TY BẢO HIỂM	GROUP NUMBER/ SỐ NHÓM	SUBSCRIBER ID NUMBER/ SỐ ID NGƯỜI ĐĂNG KÝ MUA	INS. ADDRESS/ ĐỊA CHỈ HẰNG BẢO HIỂM	
SUBSCRIBER'S NAME/ TÊN NGƯỜI ĐĂNG KÝ MUA	SOCIAL SECURITY #/ SỐ AN SINH XÃ HỘI	BIRTH DATE/ SINH NHẬT	SEX/ GIỚI TÍNH	RELATIONSHIP TO PATIENT/ MỐI QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN
SUBSCRIBER'S EMPLOYER NAME/ TÊN SỞ LÀM CỦA NGƯỜI ĐĂNG KÝ MUA	SUBSCRIBER EMPLOYMENT STATUS/ TÌNH TRẠNG VIỆC LÀM CỦA NGƯỜI ĐĂNG KÝ MUA	HOME PHONE/ ĐIỆN THOẠI NHÀ #	WORK PHONE/ ĐIỆN THOẠI SỞ LÀM #	

Emergency ContactLiên lạc trường hợp khẩn cấp

PRIMARY CONTACT/ NGƯỜI LIÊN LẠC CHÍNH		RELATIONSHIP TO PATIENT/ MỐI QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN	
HOME PHONE/ ĐIỆN THOẠI NHÀ #		EMERGENCY/ TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP #	
SECONDARY CONTACT/ NGƯỜI LIÊN LẠC THỨ NHỊ		RELATIONSHIP TO PATIENT/ MỐI QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN	
HOME PHONE/ ĐIỆN THOẠI NHÀ #		EMERGENCY/ TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP #	
CONTACT YOUR PCP OR INSURANCE COMPANY IF YOU ARE UNSURE ABOUT REFERRAL/AUTHORIZATION REQUIREMENTS HÃY LIÊN LẠC VỚI BÁC SĨ (NHÀ CUNG CẤP) HOẶC HẰNG BẢO HIỂM CỦA QUÝ VỊ NẾU QUÝ VỊ KHÔNG CHẮC CHẮN VỀ NHỮNG YÊU CẦU CHUYÊN VIỆN / CHÍNH THỨC CHẤP NHẬN			

Medicare Bảo hiểm Medicare	
Medicare Number: _____ Part A ☐ Part B ☐	
Thẻ Medicare số: _____ Phần A ☐ Phần B ☐	
MEDICARE QUESTIONNAIRE- Required for all Medicare Patients BẢNG CÂU HỎI CHO MEDICARE – Yêu cầu cho tất cả các Bệnh nhân có Medicare	
Yes ☐ No ☐ Are you receiving Black Lung Benefits? Có ☐ Không ☐ Quý vị có phải đang nhận Quyền lợi bệnh Bụi Phổi (<i>black lung</i>) không?	
Yes ☐ No ☐ Are services to be paid by a Government Program (I.E. Research grant)? Có ☐ Không ☐ Những dịch vụ có phải là được trả tiền bởi một Chương Trình của Chính phủ (Thí dụ Quỹ tài trợ Nghiên cứu) không?	
Yes ☐ No ☐ Has the Department of Veterans Affairs authorized care at this facility? Có ☐ Không ☐ Có phải là Bộ Cựu chiến binh Sự Vụ (<i>Department of Veteran Affairs</i>) cho phép chăm sóc ở tại cơ sở/bệnh viện này không?	
Yes ☐ No ☐ Is your illness or injury due to a work-related accident or condition? Có ☐ Không ☐ Bệnh hoặc thương tích của quý vị có phải là do bởi điều kiện hoặc tai nạn có liên	

Yes ☐ No ☐ Is your illness or injury due to a non-work related accident or condition?

Yes ☐ No ☐ Do you receive group medical coverage based on you or your spouse's current employment?
(Note: this does not include retirement benefits that are secondary to Medicare)

Are you entitled to Medicare based on: Yes ☐ No ☐ Age

Yes ☐ No ☐ Disability

Yes ☐ No ☐ End Stage Renal Disease (ESRD)

Have you been admitted to a hospital overnight in the last 60 days? Yes ☐ No ☐

If Yes, provide name of facility and date:

This sheet is intended for prescreening purposes only. If you have answered yes to any of the above questions or are receiving Medicare benefits due to Disability or ESRD more information will be required to process your registration.

Accident/Injury Claim● Tuyên bố Tai nạn/Thương tích

Claim #/ Tuyên bố #:

Date of Injury / Ngày tháng bị Thương tích:

* Employer/ * **Sở làm:**

Phone/ **Điện thoại:**

Briefly describe how injury occurred/ **Mô tả sơ lược việc thương tích xảy ra như thế nào:**