

Pagpaparehistro ng Pasyente: Adulto

IMPORMASYON NG PASYENTE

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| Legal na Apelyido | Pangalan | M.I. | Ibang Pangalan | Petsa ng Kapanganakan |
| *Legal na Kasarian (Imarka ang isa) <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae <small>*Ang kasarian ay itinalaga sa kapanganakan (lalaki at babae). Mangyaring magkaroon ng kamalayan na ang pangalan at kasarian na iyong nakalista sa iyong insurance ay dapat gamitin sa mga dokumentong nauukol sa insurance, pagsingil at mga sulat.</small> | | Pagkakakilanlan ng Kasarian <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Transgender na lalaki/babae-sa-lalaki <input type="checkbox"/> Transgender na babae/lalaki-sa-babae <input type="checkbox"/> Iba <input type="checkbox"/> Ayaw sabihin | | Sekswal na Oryentasyon <input type="checkbox"/> Straight (hindi bakla o tomboy) <input type="checkbox"/> Tomboy, bakla o homosekswal <input type="checkbox"/> Bisekswal <input type="checkbox"/> Iba <input type="checkbox"/> Hindi ko alam <input type="checkbox"/> Ayaw sabihin |
| Address ng Bahay | | Lunsod | Estado | Zip Code |
| Mailing Address (Kung iba sa Adres sa Bahay) | | Lunsod | Estado | Zip Code |
| Kumpletuhin at ipahiwatig ang iyong gustong paraan ng pakikipag-ugnayan sa pamamagitan ng pagsuri sa isa sa mga kahon sa ibaba: <input type="checkbox"/> Telepono sa Bahay () <input type="checkbox"/> Cell Phone () <input type="checkbox"/> Pang-araw na telepono () Email Address | | | | SSN: - - |
| Marital Status: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Hiwalay. <input type="checkbox"/> Divored <input type="checkbox"/> Biyudo/Biyuda | | Kailangan mo ba ng Interpreter? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi | Pangunahin o Ginustong Wika: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Iba : _____ | |
| Etnisidad: <input type="checkbox"/> Hispanic / Latino <input type="checkbox"/> Hindi Hispanic / Latino | Lahi: Imarka ang lahat na angkop: __ African American/Black __ Caucasian __ Chamorro __ Intsik __ Chuukese __ Pilipino __ Hapon __ Koreano __ Kosraean __ Laotian __ Marshallese __ Katutubong Amerikano __ Katutubong Hawaiian __ Portuges __ Puerto Rican __ Samoan __ Tongan __ Vietnamese __ Ibang Asyano __ Ibang Pacific Islander __ Lahat ng Iba pa (ipaliwanag): _____ | | | |
| Laki ng pamilya: (Kasama ang sarili, asawa, at mga batang wala pang 18 taong gulang): _____ | Kabuuang Kita ng Pamilya: \$ _____ Buwanan Taunang | Katayuan ng Pabahay: Nagdodoble up Silungan Hindi naiulat Hindi Homeless <input type="checkbox"/> Homeless: <input type="checkbox"/> Kalye/Beach <input type="checkbox"/> Transitional | | |
| Katayuang Magsasaka: <input type="checkbox"/> N/A | Aktibong Militar o Beterano: | Employer: <input type="checkbox"/> Empleyado <input type="checkbox"/> Walang trabaho <input type="checkbox"/> Nagretiro na Hanapbuhay: _____ | | |

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Pana-panahon | <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi | Estudyante: <input type="checkbox"/> Buong Panahon <input type="checkbox"/> Part Time <input type="checkbox"/> Kaswal Pangalan ng Paaralan: _____ |
|---|--|--|

PATIENT PORTAL / ADVANCE DIRECTIVE

Ang paggamit ng patient portal ay pinakabagong teknolohiya ng Wahiawā Health Centers na nagbibigay-daan sa iyong mag-iskedyul at tingnan ang mga appointment, humiling ng mga refill ng gamot at makita ang mga resulta ng lab, access upang makipag-ugnayan sa iyong health care team at magtanong tungkol sa iyong bayarin at humiling ng mga rekord ng kalusugan.

Naka-enroll ka ba sa Patient Portal? Oo Hindi
 Kung Hindi, kailangan mo ba ng tulong para makapag-enroll? Oo Hindi

Mayroon ka bang Advance Directive? (Form na nagsasaad kung gaano karaming pangangalagang medikal ang gusto mong matanggap o pagtatalaga ng isang tao upang gumawa ng mga medikal na desisyon kung sakaling hindi ka makatugon): Oo Hindi

EMERGENCY CONTACT IMPORMASYON

| | | |
|---|-------------------|--|
| Pangalan ng Pang-emergency na Contact: | Kaugnayan: | Contact Impormasyon: <input type="checkbox"/> Bahay <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Trabaho Contact # _____ |
| Pangalan ng Pang-emergency na Contact: | Kaugnayan: | Contact Impormasyon: Bahay Cell Trabaho Contact # _____ |

PANGUNAHING MEDICAL INSURANCE NA IMPORMASYON

| | | | | |
|---|--------------------------------|--|----------------------------|-----------------------------------|
| Relasyon ng Pasyente sa Nakaseguro: (Imarka ang isa) Sarili Asawa Magulang Step-Child Anak Iba | | | | |
| Pangalan ng May-ari ng Insurance: | Petsa ng Kapanganakan: | <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Hindi Alam | | |
| Pangalan ng Plano: | Policy # / Subscriber # | Group #: | Petsa ng Pagkabisa: | Petsa ng pagkawalang bisa: |
| Address ng Bahay: | Lunsod: | Estado: | Zip Code | |
| Telepono Pambahay: | Telepono Pangtrabaho: | Cell Phone: | | |

IMPORMASYON NG SECONDARY MEDICAL INSURANCE

| | | | | |
|---|-------------------------------|--|--|--|
| Relasyon ng Pasyente sa Nakaseguro: (Imarka ang isa) Sarili Asawa Magulang Step-Child Anak Iba | | | | |
| Pangalan ng May-ari ng Insurance: | Petsa ng Kapanganakan: | <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Hindi Alam | | |

| | | | | |
|--------------------|-------------------------|-----------------------|---------------------|----------------------------|
| Pangalan ng Plano: | Policy # / Subscriber # | Group #: | Petsa ng Pagkabisa: | Petsa ng pagkawalang bisa: |
| Address ng Bahay: | | Lunsod: | Estado: | Zip Code |
| Telepono Pambahay: | | Telepono Pangtrabaho: | Cell Phone: | |

IMPORMASYON NG GUARANTOR

Relasyon ng Guarantor sa pasyente: Sarili Asawa Magulang Iba: _____

| | | | | |
|--------------------|-------------------------|-----------------------|---------------------|----------------------------|
| Legal na Apelyido: | Pangalan | | | |
| Pangalan ng Plano: | Policy # / Subscriber # | Group #: | Petsa ng Pagkabisa: | Petsa ng pagkawalang bisa: |
| Address ng Bahay: | | Lunsod: | Estado: | Zip Code |
| Telepono Pambahay: | | Telepono Pangtrabaho: | Cell Phone: | |

PAHINTULOT NA IBUNYAG ANG PRIBADONG IMPORMASYON SA KALUSUGAN

Sa paglagda sa seksyong ito sa ibaba, binibigyan ko ng pahintulot ang (mga) tao na nakalista sa talahanayan na nakadokumento sa ibaba upang makatanggap ng protektadong impormasyon sa kalusugan kabilang ngunit hindi limitado sa mga gamot, appointment at referral o kung hindi man ay nakalista sa seksyon ng mga komento. Maaari kong bawiin ang aking awtorisasyon anumang oras sa pamamagitan ng pagsusumite ng kahilingang baguhin, idagdag, o wakasan ang naturang pahintulot nang nakasulat.

| Petsa ng Pahintulot | Pangalan ng indibidwal | Relasyon | Telepono # | Mga Komento | Petsa na binawi ang Pahintulot |
|---------------------|------------------------|----------|------------|-------------|--------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Itinalaga ko ang indibidwal na ito kung kanino maaaring talakayin ng WHC ang impormasyon sa pagsingil tulad ng para sa akin. Maaari kong bawiin ang aking awtorisasyon anumang oras sa pamamagitan ng pagsusumite ng kahilingang baguhin, idagdag, o wakasan ang naturang pahintulot nang nakasulat. Pakisaad ang impormasyon ng mga indibidwal sa ibaba.

| Petsa ng Pahintulot | Pangalan ng indibidwal | Kaugnayan | Telepono # | Mga Komento | Petsa na binawi ang Pahintulot |
|---------------------|------------------------|-----------|------------|-------------|--------------------------------|
| | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Mangyaring suriin at mga paunang kahon sa ibaba.

| | |
|---------|--|
| Inisyal | Sumasang-ayon ako na ang lahat ng mga singil na hindi direktang binabayaran ng aking kompanya ng insurance ay magiging aking responsibilidad. Sa pamamagitan nito, pinahihintulutan ko ang Wahiawā Health Center (WHC) na maglabas ng impormasyon sa aking insurance carrier o organisasyon upang maproseso ang mga claim sa ngalan ko. Pinapahintulutan ko ang pagbabayad ng mga medikal na benepisyong sa WHC para sa mga serbisyong ibinigay. |
| Inisyal | Pinatutunayan ko na ang impormasyong ibinigay ko ay totoo at tama sa abot ng aking kaalaman. Alam kong isang krimen na punan ang form na ito ng mga katotohanang alam kong mali o iwanan ang mga katotohanang alam kong Mahalaga. |
| Inisyal | Pinapahintulutan ko ang WHC na tawagan ang aking tirahan at/o cellular phone para sa paalala sa appointment. Kung hindi ako available, pinapahintulutan ko rin ang WHC na ipaalam ang paalala sa pamamagitan ng pag-iwan ng mensahe na tutukuyin ang tawag na nagmumula sa WHC at isasama ang petsa at oras ng aking appointment. |
| Inisyal | Nabasa ko at naunawaan ko ang Patakaran sa Walang Pagpapakita ng appointment sa WHC at nauunawaan ko ang aking responsibilidad na mag-iskedyul ng mga appointment nang naaayon at aabisuhan ang WHC nang naaangkop kung hindi ko mapanatili ang oras ng appointment ko hanggang 5pm isang araw ng negosyo bago ang nakatakdang oras ng appointment. |
| Inisyal | Nabasa ko at naiintindihan ko ang HIPAA / Patakaran sa Privacy para sa The Wahiawā Center para sa Community Health. Naiintindihan ko na kung ako o sinuman sa mga miyembro ng aking pamilya ay hindi sumunod sa mga patakaran, maaaring hindi ako makatanggap ng pangangalaga sa health center na ito. |
| Inisyal | Dito ko itinatalaga ang aking mga benepisyong sa insurance na direktang babayaran sa tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan. |
| Inisyal | Nabasa at naunawaan ko ang Patakaran sa Pinansyal para sa The Wahiawā Center para sa Kalusugan ng Komunidad. |
| Inisyal | Sumasang-ayon ako na ang Wahiawā Center for Community Health ay maaaring humiling at gumamit ng aking kasaysayan ng inireresetang gamot mula sa ibang mga tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan o mga third-party na nagbabayad ng benepisyong sa parmasya para sa mga layunin ng paggamot. |
| Inisyal | Pinapahintulutan ko ang Wahiawā Center para sa Kalusugan ng Komunidad na makakuha/magkaroon ng access sa aking kasaysayan ng medikal/medikasyon. |

PARA SA OPISINA LAMANG

Serbisyong Medikal – Record # _____ Kinolekta ni: _____ Petsa: _____ Itinala ni: _____
Petsa: _____

PT Uri ng Katayuan: Naka-iskedyul

Tunay na ID:

Insurance:

Hindi-aktibo Non-WHC Aktibo

Scan ID Update NG pt Picture

Scan Card Updated Info / Card