

Tên bệnh xá của trường: _____

Học kỳ: _____

ĐĂNG KÝ BỆNH NHÂN

Họ: _____ Tên đầu tiên: _____ TÔI: _____

Tên ưa thích: _____ DOB: _____ Tỉnh dục: _____ Giới tính ưa thích: _____

Tình trạng hôn nhân: Độc thân Cưới nhau Đã ly hôn Góa vợ Đối tác trong nước

Địa chỉ: _____ Tp.: _____ Tiểu bang: _____ Mã Bưu Chính: _____

Điện thoại nhà: _____ Điện thoại di động: _____ E-mail: _____

Tên hiệu thuốc: _____ Vị trí & Điện thoại Hiệu thuốc # _____

LIÊN LẠC KHẨN CẤP

mút _____ Mối quan hệ _____ Điện thoại: _____

BẢO HIỂM CHÍNH

Tên công ty bảo hiểm: _____

Địa chỉ: _____

Tp.: _____ Tiểu bang _____ Zip _____

Điện thoại # _____

Tên chủ hợp đồng: _____

Ngày sinh: _____ Mối quan hệ _____

Chính sách # _____

Nhóm # _____

BẢO HIỂM THỨ HAI

Tên công ty bảo hiểm: _____

Địa chỉ: _____

Tp.: _____ Tiểu bang _____ Zip _____

Điện thoại # _____

Tên chủ hợp đồng: _____

Ngày sinh: _____ Mối quan hệ _____

Chính sách # _____

Nhóm # _____

LỊCH SỬ Y TẾ BỆNH NHÂN

Vui lòng liệt kê bất kỳ loại thuốc hoặc thực phẩm chức năng nào bạn đang dùng: _____

Dị ứngLoại dị ứng: Thực phẩm (liệt kê các loại thực phẩm) _____ Côn trùng đốt (liệt kê côn trùng) _____

Phản ứng: Liệt kê ngày xuất hiện cuối cùng nếu có.

 Ho khan _____ Tổ ong _____ Phát ban _____ Khó thở _____ Sưng cục bộ _____ Thở khò khè _____ Sưng chung _____ Buồn nôn _____ Other _____

Thuốc kê đơn hiện tại:

 Thuốc kháng histamine uống Epi-pen Other: _____

Liệt kê bất kỳ thiết bị trợ giúp nào bạn đang sử dụng (nẹp, nạng, lót giày): _____

Bạn đã hoàn thành các chỉ thị y tế nâng cao chưa? (hay còn gọi là: "ý chí sống")

 Đúng Không

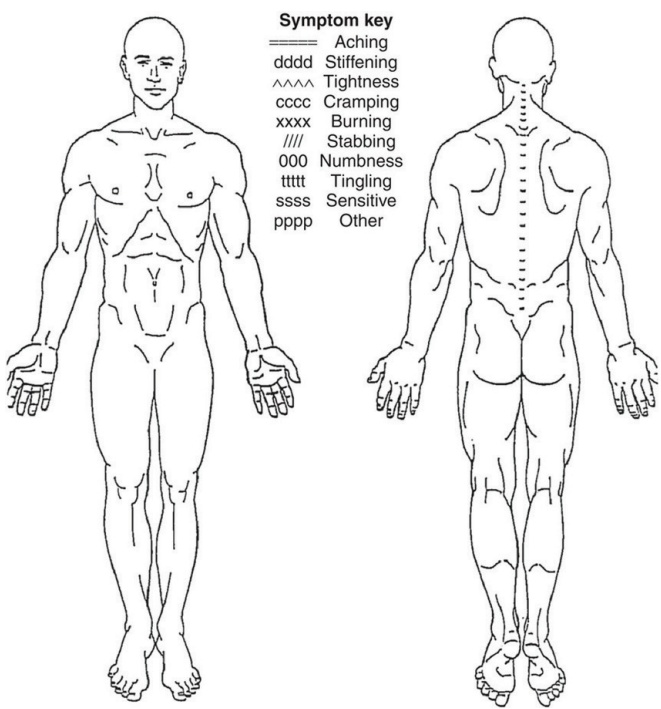
Bạn có gặp khó khăn với? (kiểm tra tất cả các câu phù hợp)

 Giao tiếp Tầm nhìn không ai Phát biểu Thính giác **Bệnh hen suyễn. Vui lòng kiểm tra các trình kích hoạt:** Môi trường (thuốc lá, bụi, phấn hoa, v.v.) Khác: _____

Triệu chứng: _____

 Rối loạn co giật. Vui lòng kiểm tra loại động kinh: Vắng mặt (nhìn chăm chăm, không phản hồi) Phần phức tạp Thuốc bổ tổng quát-Clonic (Grand Mal / Covulsive) Hạn chế về Giáo dục Thể chất: Đúng Không Khuyết tật thể chất (vui lòng giải thích) _____

Khoanh tròn vị trí đau trên biểu đồ và liệt kê loại bên dưới:



Type of pain:

Đánh giá mức độ đau của bạn trong 72 giờ qua. Khoanh tròn một.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Không đau Nỗi đau tồi tệ nhất có thể tưởng tượng được

Ý kiến khác:

Tiền sử bệnh

	Đúng	No	Yes	Không
Ung thư?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bệnh tiểu đường?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huyết áp cao?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bệnh tim?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viêm khớp dạng thấp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dz thần kinh (MS, Parkinsons)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loét / GERD / Trào ngược axit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bệnh thận / bệnh gan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Các cuộc phẫu thuật trước?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Khác: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trong 3 tháng qua, bạn có hay trải qua:

Thay đổi về sức khỏe chung của bạn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Đúng	Không
Sốt / ớn lạnh / Đổ mồ hôi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Đúng	Không
Thay đổi cân nặng không giải thích được (> 10lbs)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Đúng	Không
Tê hoặc ngứa ran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Đúng	Không
Són ruột / bàng quang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Đúng	Không
Khó ngủ do đau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Đúng	Không
Giảm / giảm thặng bằng không giải thích được?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Đúng	Không

Are you currently/do you have:

Mang thai / Có khả năng mang thai / Cho con bú?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Đúng	Không
Thường xuyên bị làm phiền bởi cảm giác xuống tinh thần, chán nản hoặc tuyệt vọng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Đúng	Không
Thường ít cảm thấy hứng thú hoặc thích thú khi làm mọi việc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Đúng	Không
Bị lạm dụng thể chất / tinh cảm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Đúng	Không
Mối quan tâm về chế độ ăn uống hoặc dinh dưỡng?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Đúng	Không
Bạn có sử dụng các sản phẩm thuốc lá?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Đúng	Không
Bạn có uống đồ uống có cồn không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Đúng	Không
Bạn có dùng chất cấm không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Đúng	Không

Đồng ý đối xử và tiết lộ thông tin

Bằng cách ký vào biểu mẫu đăng ký và đồng ý này, bạn đồng ý với những điều sau:

- Tôi ủy quyền cho CEH / CEH-CA khám và điều trị cho con tôi tại Phòng khám của Trường, và tôi hiểu rằng không có sự đảm bảo nào về kết quả khám và điều trị đó.
- Tôi cho phép CEH / CEH-CA kết hợp với CA và bất kỳ nhân viên nào được chứng nhận của CA đó liên lạc và chia sẻ thông tin để hỗ trợ CEH / CEH-CA điều trị cho con tôi, bao gồm nhưng không giới hạn ở gia đình và thông tin liên lạc khẩn cấp, hồ sơ tham dự và thông tin kỷ luật, lịch sử chủng ngừa, kết quả kiểm tra sức khỏe như thính giác và thị lực, đánh giá tâm lý, hồ sơ giáo dục đặc biệt (IEP-MDT), Kế hoạch chỗ ở Mục 504, và bất kỳ tình trạng sức khỏe nào như co giật hoặc hen suyễn.
- Tôi ủy quyền cho các nhân viên CEH / CEH-CA tiết lộ bất kỳ hồ sơ y tế nào mà công ty bảo hiểm hoặc người trả tiền khác yêu cầu để được thanh toán. Theo các yêu cầu pháp lý hiện hành, nhân viên CEH / CEH-CA có thể sử dụng và chia sẻ thông tin y tế của con tôi để: 1) điều trị tình trạng sức khỏe của con tôi và duy trì sự liên tục của việc chăm sóc con tôi, 2) thanh toán cho các dịch vụ y tế cung cấp cho con tôi, và 3) các hoạt động chăm sóc sức khỏe định kỳ bao gồm cải tiến chất lượng, công nhận, mục đích giáo dục hoặc các tiết lộ khác theo yêu cầu của pháp luật. Tài liệu Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư có sẵn cho tôi tại địa điểm con tôi nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình và trên trang web của CA.
- Sự Đồng Ý này sẽ hết hạn vào cuối năm học hoặc khi con tôi rời khỏi khu học chánh, tùy theo thời điểm nào sớm hơn.

Thu hồi
 Tôi hiểu rằng Mẫu chấp thuận này có thể bị thu hồi bằng văn bản bất cứ lúc nào và việc thu hồi sẽ có hiệu lực vào ngày CEH / CEH-CA nhận được tại Phòng khám của Trường. Việc thu hồi phải bằng văn bản và có chữ ký của tôi. Việc thu hồi sẽ không có hiệu lực trong phạm vi Người yêu cầu hoặc những người khác đã hành động dựa trên Sự đồng ý này để Điều trị Y tế và / hoặc Hành vi.

Nhìn nhận
 Tôi đã đọc kỹ Giấy chấp thuận Điều trị Y tế và / hoặc Hành vi ở trên và hiểu đầy đủ ý nghĩa của mẫu chấp thuận này. Tôi khẳng định rằng tôi đã tự nguyện ký vào giấy ủy quyền này.

Bằng việc ký tên vào sự đồng ý này, tôi xác nhận rằng tôi là phụ huynh / người giám hộ hợp pháp của học sinh được liệt kê ở trên và được ủy quyền để cung cấp điều này, tôi cũng cung cấp ủy quyền tiết lộ thông tin thích hợp giữa các nhân viên dịch vụ y tế, hành vi và xã hội để cung cấp dịch vụ chăm sóc toàn diện cho con tôi.

Chữ ký bệnh nhân _____ **Date** _____

Chữ ký của cha mẹ hoặc người Gaurd (nếu trẻ vị thành niên) _____ **Date** _____