



Biểu mẫu Đăng ký Bệnh nhân trưởng thành

Chỉ dẫn: Vui lòng điền đầy đủ **tất cả các trường áp dụng** ở bên dưới.

Thông tin của bệnh nhân		
Tên của bệnh nhân (Họ, Tên):		Ngày sinh (DOB):
Tình trạng hôn nhân:	Giới tính:	Số an sinh xã hội (SSN):
Địa chỉ nơi cư ngụ:		
Điện thoại nhà		Điện thoại di động:
Địa chỉ thư điện tử (email):		
Bạn thích dùng ngôn ngữ nào?		Bạn có cần thông dịch viên hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Bạn muốn nhận báo nhắc ngày giờ hẹn bằng cách nào? <input type="checkbox"/> Tin nhắn văn bản <input type="checkbox"/> Gọi điện <input type="checkbox"/> Không cần báo nhắc		Hiện tại bạn có việc làm hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Tên nhà cung cấp dịch vụ chính (PCP):		Nếu có, Tên hãng sò:
Tình trạng việc làm: <input type="checkbox"/> Toàn thời gian <input type="checkbox"/> Bán thời gian		

Liên hệ khi khẩn cấp	
Trong trường hợp khẩn cấp, vui lòng cho biết tên của những cá nhân (ví dụ: chồng/ vợ hoặc bạn) mà chúng tôi cần liên hệ ở bên dưới:	
(1) Tên để liên hệ khi khẩn cấp:	
Địa chỉ liên hệ khẩn cấp này có phải là cùng một địa chỉ của bệnh nhân hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Nếu không, vui lòng ghi địa chỉ ở đây:	
Số điện thoại nhà và/ hoặc điện thoại di động:	Quan hệ với Bệnh nhân: <input type="checkbox"/> Anh chị em <input type="checkbox"/> Thân nhân khác <input type="checkbox"/> Người săn sóc <input type="checkbox"/> Bạn <input type="checkbox"/> Mẹ/Cha <input type="checkbox"/> Chồng/Vợ <input type="checkbox"/> Người bạn đời <input type="checkbox"/> Cô, chú, bác/Dì, cậu
(2) Tên để liên hệ khi khẩn cấp:	
Địa chỉ liên hệ khẩn cấp này có phải là cùng một địa chỉ của bệnh nhân hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Nếu không, vui lòng ghi địa chỉ ở đây:	
Số điện thoại nhà và/ hoặc điện thoại di động:	Quan hệ với Bệnh nhân: <input type="checkbox"/> Anh chị em <input type="checkbox"/> Thân nhân khác <input type="checkbox"/> Người săn sóc <input type="checkbox"/> Bạn <input type="checkbox"/> Mẹ/Cha <input type="checkbox"/> Chồng/Vợ <input type="checkbox"/> Người bạn đời <input type="checkbox"/> Cô, chú, bác/Dì, cậu

Thông tin của Bảo hiểm chính	
Tên của chương trình bảo hiểm sức khỏe chính:	
Số ID Hợp đồng:	Số Nhóm:



UCSF Benioff Children's
Physicians

Người đăng ký bảo hiểm chính là ai?

Tôi (1) Liên hệ khẩn cấp (2) Liên hệ khẩn cấp Người khác

Nếu là 'Người khác' vui lòng cho biết **tên họ và địa chỉ** của người đó:

Quan hệ với Bệnh nhân: Mẹ/Cha Chồng/Vợ Người bạn đời Thân nhân khác

Số điện thoại nhà và/ hoặc điện thoại di động:

Người đăng ký bảo hiểm có đang còn đi làm hay không?

Có Không

Tên hãng sỡ của người đăng ký bảo hiểm:

Toàn thời gian Bán thời gian Hưu trí

Ngày sinh (DOB) của Người đăng ký bảo hiểm:

Giới tính:

Số an sinh xã hội (SSN):

Thông tin của Bảo hiểm phụ

Tên của chương trình bảo hiểm sức khỏe phụ:

Số ID Hợp đồng:

Số Nhóm:

Người đăng ký chính của bảo hiểm phụ này là ai?

Tôi (1) Liên hệ khẩn cấp (2) Liên hệ khẩn cấp Người khác

Nếu là 'Người khác' vui lòng cho biết **tên họ và địa chỉ** của người đó:

Quan hệ với Bệnh nhân: Mẹ/Cha Chồng/Vợ Người bạn đời Thân nhân khác

Số điện thoại nhà và/ hoặc điện thoại di động:

Người đăng ký bảo hiểm có đang còn đi làm hay không? Có Không

Tên hãng sỡ của người đăng ký bảo hiểm:

Toàn thời gian Bán thời gian Hưu trí

Ngày sinh (DOB) của Người đăng ký bảo hiểm:

Giới tính:

Số an sinh xã hội (SSN):

Làm sao bạn biết đến chúng tôi?

Gia đình/Bạn bè Nhà cung cấp dịch vụ giới thiệu Internet/TV/Radio Bảo hiểm sức khỏe Không rõ

Tên của Nhà cung cấp dịch vụ đã giới thiệu:

Nếu đang có thai, ngày dự sinh (EDD) của bạn là gì?

Sinh một Sinh đôi Sinh đa thai

Tên và địa chỉ của Nhà Thuốc và Phòng xét nghiệm y khoa bạn thường đến là gì?

Chữ ký của Bệnh nhân:

Ngày hôm nay:

Cám ơn bạn! Vui lòng trao đơn này lại cho nhân viên đăng ký tại quầy lễ tân.



Biểu mẫu Tin nhắn chi tiết về Thông tin Y tế

Bạn có quyền cho phép bác sĩ và ban nhân viên của Nhóm Bác sĩ Bệnh viện Nhi Benioff UCSF (UCSF Benioff Children's Physicians, UBCP) để lại tin nhắn thoại chi tiết liên quan đến các thông tin sức khỏe của bạn trên máy trả lời tự động hoặc một hệ thống ghi âm khác. Nếu bạn cho phép bác sĩ và ban nhân viên UBCP để lại tin nhắn thoại chi tiết, thì sự cho phép này cho quyền; các bệnh viện, các văn phòng bác sĩ, dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, v.v. được để lại lời nhắn chi tiết, trong đó có thể bao gồm các chẩn đoán y khoa, các thông tin giải phẫu, các dịch vụ y tế khác, các kết quả xét nghiệm, thông tin về thuốc và phép điều trị bất kỳ mọi căn bệnh hoặc tình trạng sức khỏe nào. Việc cho phép để lại lời nhắn chi tiết là tùy chọn, không bắt buộc. UBCP sẽ để lại lời nhắn chi tiết liên quan đến thông tin y tế chỉ trên số điện thoại được cho phép ở bên dưới và sẽ không để lại lời nhắn chi tiết trên bất kỳ số điện thoại nào khác có ghi trong hồ sơ. Sự cho phép để lại tin nhắn thoại chi tiết sẽ hợp lệ cho đến khi được rút lại bằng văn bản, trừ phi được quy định bởi một ngày hết hạn nhất định theo niên lịch. **Có những rủi ro liên quan đến việc để lại tin nhắn thoại chi tiết về các thông tin y tế của bạn, bao gồm, nhưng không giới hạn, tiềm năng tiết lộ cho một bên thứ ba. Bằng cách ký tên vào giấy cho phép này, bạn thừa nhận và chấp nhận các rủi ro liên quan đến cách tiết lộ thông tin này. Nếu thông tin y tế của bạn được tiết lộ cho một người nào đó và người này không có ràng buộc pháp lý phải bảo mật thông tin này, thì thông tin có thể không còn được các đạo luật về bảo mật của tiểu bang hoặc liên bang bảo vệ.**

Ngoài ra, bạn cũng có quyền cho phép các bác sĩ và ban nhân viên của UCSF Benioff Children's Physicians (UBCP) bàn thảo về các thông tin y tế chi tiết của bạn với những người được chỉ định. Các thông tin chi tiết đó có thể bao gồm chẩn đoán y khoa, các thông tin giải phẫu, các dịch vụ y tế khác, các kết quả xét nghiệm, thông tin về thuốc và phép điều trị bất kỳ mọi căn bệnh hoặc tình trạng sức khỏe nào. Sự cho phép này là tùy chọn và không bắt buộc. Sự cho phép bàn thảo về các thông tin y tế chi tiết của bạn sẽ hợp lệ cho đến khi được rút lại bằng văn bản, trừ phi được quy định bởi một ngày hết hạn nhất định theo niên lịch. Vui lòng hoàn tất Biểu mẫu Cho phép Tiết lộ Thông tin Y tế của UBCP để ủy quyền cho các nhân vật được chỉ định.

Thông tin của bệnh nhân

Tên của bệnh nhân (Họ, Tên):

Ngày sinh (DOB):

Số Hồ sơ y khoa (MRN):

Ngày hôm nay (Ngày cho phép):

(Các) Số điện thoại được cho phép nhận tin nhắn chi tiết

Số điện thoại

Loại

Nhà Di động Sở làm

Nhà Di động Sở làm

Nhà Di động Sở làm

(các) Ngày cụ thể (tùy chọn)

Từ

Đến

Chữ ký của Bệnh nhân hoặc Người làm chứng (bắt buộc nếu bệnh nhân không có khả năng ký) Ngày hôm nay

Quan hệ của Người làm chứng với Bệnh nhân



CHÚNG TÔI HỎI VÌ CHÚNG TÔI

Vui lòng hoàn tất bằng khảo sát này. Chúng tôi sử dụng thông tin này để xét duyệt sự điều trị mà các bệnh nhân được nhận và để bảo đảm là mọi người đều được nhận chất lượng chăm sóc cao nhất. Các câu trả lời cá nhân của bạn được giữ kín và sẽ không được chia sẻ ra ngoài hệ thống chăm sóc sức khỏe.

1. Bạn có cho rằng bạn là người gốc Bồ Đào Nha/Châu Mỹ La tinh hay không?
 Có Không Không muốn trả lời Không rõ
2. Bạn mô tả Chủng tộc của bạn là gì? Khi nói chủng tộc là chúng tôi muốn nói đến (các) nhóm chính trên thế giới mà tổ tiên của bạn phát sinh ra. *Xin đánh dấu tất cả các hạng mục mà bạn cần để mô tả bản thân bạn.*

<input type="checkbox"/> Mỹ bản địa/ Alaska bản địa	<input type="checkbox"/> Châu Á	<input type="checkbox"/> Không muốn trả lời
<input type="checkbox"/> Mỹ gốc châu Phi/ Mỹ đen	<input type="checkbox"/> Mỹ trắng	<input type="checkbox"/> Không rõ
<input type="checkbox"/> Bản xứ Hạ Uy Di/ Đảo Thái Bình Dương khác		<input type="checkbox"/> Khác _____
3. Bạn mô tả Sắc tộc của bạn là gì? Khi nói sắc tộc là chúng tôi muốn nói đến (các) nhóm mà bạn chia sẻ bản sắc văn hóa hoặc tập quán. *Xin đánh dấu tất cả các hạng mục mà bạn cần để mô tả bản thân bạn.*

<input type="checkbox"/> Châu phi	<input type="checkbox"/> Nhật
<input type="checkbox"/> Mỹ gốc châu Phi/ Mỹ đen	<input type="checkbox"/> Hàn
<input type="checkbox"/> Alaska bản địa	<input type="checkbox"/> Lào
<input type="checkbox"/> Mỹ bản xứ	<input type="checkbox"/> Mê-hi-cô
<input type="checkbox"/> A-rập/ Bắc Phi	<input type="checkbox"/> Trung Đông
<input type="checkbox"/> Ấn độ	<input type="checkbox"/> Mông Cổ
<input type="checkbox"/> Cam Bốt	<input type="checkbox"/> Bản xứ Hạ Uy Di
<input type="checkbox"/> Những quốc gia đầu tiên (Canada)	<input type="checkbox"/> Đảo Thái Bình Dương
<input type="checkbox"/> Caribe/ Tây Ấn	<input type="checkbox"/> Nga
<input type="checkbox"/> Trung Mỹ	<input type="checkbox"/> Xa-mô-a/ Mỹ gốc Xa-mô-a
<input type="checkbox"/> Trung Hoa	<input type="checkbox"/> Nam Mỹ
<input type="checkbox"/> Châu Âu/ Gốc Châu Âu	<input type="checkbox"/> Thái
<input type="checkbox"/> Phi Luật Tân	<input type="checkbox"/> Tây Tạng
<input type="checkbox"/> Guam	<input type="checkbox"/> Tongan
<input type="checkbox"/> H'Mông	<input type="checkbox"/> Việt
<input type="checkbox"/> Indigena - Maya	
<input type="checkbox"/> Không muốn trả lời <input type="checkbox"/> Không rõ <input type="checkbox"/> Khác _____	
4. Bạn sinh ra ở tiểu bang và/ hoặc quốc gia nào? _____

Vui lòng trao đơn này lại cho nhân viên quầy lễ tân một khi đã hoàn tất. Xin cảm ơn bạn.

Điều khoản và điều kiện đăng ký, các dịch vụ y khoa và thoả thuận tài chính

1. UCSF Benioff Children's Physicians (UBCP) là một bộ phận của Đại học và gồm (các) bệnh viện, (các) trung tâm y khoa, các phòng khám tại bệnh viện và Trường Y UCSF (UCSF School of Medicine).
2. **CHẤP THUẬN Y KHOA:** Tôi chấp thuận cho thực hiện các phép điều trị hoặc thủ thuật, khám bệnh bằng quang tuyến X, lấy máu để xét nghiệm, dùng thuốc, tiêm chích, chụp hình y khoa, quay video và làm các thủ tục phòng thí nghiệm.
3. **TIẾT LỘ THÔNG TIN Y KHOA:** Sắc luật Thực hành Thông tin của Tiểu bang California đòi hỏi UBCP phải cung cấp các thông tin sau đây cho các cá nhân đã cho thông tin về bản thân họ. Là bệnh nhân của UBCP, tôi sẽ được yêu cầu nộp một số thông tin cá nhân, như là địa chỉ và số điện thoại, số an sinh xã hội (SSN), thông tin bảo hiểm, lược sử sức khỏe và việc điều trị cho tôi. Mục đích chính khi yêu cầu những thông tin này là để đảm bảo sự nhận dạng chính xác, sự chăm sóc y khoa tiếp tục và sự thanh toán hóa đơn cho việc chăm sóc đó. Theo quy định của Sắc luật Liên bang Bảo vệ quyền Riêng tư năm 1974, Điều khoản IX, Mục 9 của Hiến pháp California, Sắc luật Thực hành Thông tin của Tiểu bang California (Bộ luật Dân sự 1798 và các điều sau), Bộ Quy điều California, Tiêu đề 22, Mục 70749, UBCP có thẩm quyền duy trì các thông tin này. Theo quy định bắt buộc của UBCP, việc cung cấp tất cả các thông tin được yêu cầu là điều bắt buộc trừ khi có thông báo khác hơn. Tôi hiểu rằng không cung cấp các thông tin này có thể ảnh hưởng đến sự chăm sóc y khoa và/ hoặc các quyền lợi bảo hiểm của tôi và phần bảo hiểm bao trả cho tôi. UBCP sẽ thu nhận sự cho phép bằng văn bản của tôi để tiết lộ thông tin về việc điều trị cho tôi, ngoại trừ trong những trường hợp mà UBCP được phép tiết lộ hoặc phải tiết lộ thông tin theo quy định của pháp luật (xem Thông báo về Thủ tục Bảo vệ Quyền Riêng tư của UBCP về nội dung mô tả các trường hợp cụ thể mà theo đó UBCP có thể tiết lộ thông tin này). Ví dụ: UBCP có thể cung cấp bản sao hồ sơ bệnh nhân của tôi cho các nhà chăm sóc sức khỏe, các bảo hiểm sức khỏe, các cơ quan chính quyền và các bảo hiểm bồi thường lao động. Ngoài ra, tôi cũng hiểu rằng nếu bác sĩ chẩn đoán là tôi mắc phải một căn bệnh phải báo cáo tại California, theo quy định của pháp luật UBCP bắt buộc phải báo cáo căn bệnh đã được chẩn đoán của tôi với Sở Y tế Tiểu bang.
4. **THỎA THUẬN TÀI CHÍNH:** Tôi hiểu rằng ngay cả khi tôi có bảo hiểm, tôi có thể phải chịu trách nhiệm tài chính đối với một số hoặc tất cả các dịch vụ y khoa của tôi. Ví dụ: nếu tôi có phần đồng trả, đồng bảo hiểm hoặc phần khấu trừ, tôi đồng ý trả số tiền mà tôi thiếu. Nếu tôi không có bảo hiểm bao trả cho dịch vụ tôi nhận, tôi đồng ý thanh toán cho UBCP đối với các dịch vụ chuyên nghiệp và các dịch vụ của cơ sở y tế. Nếu tôi không có khả năng trả, tôi hiểu rằng tôi có thể đủ tiêu chuẩn để xin trợ cấp công cộng, được thu xếp cách trả tiền đặc biệt và/ hoặc nhận dịch vụ chăm sóc từ thiện. Tôi cũng hiểu rằng khi chồng/ vợ, cha/ mẹ hoặc người bảo đảm tài chính của tôi ký tên vào thỏa thuận này, thì chồng/ vợ, cha/ mẹ hoặc người đảm bảo tài chính của tôi sẽ liên đới và riêng rẽ chịu trách nhiệm thanh toán hóa đơn với tôi, bao gồm cả các chi phí truy thu (phí luật sư, kinh phí và chi phí truy thu), cộng thêm bất kỳ món tiền nào khác phải trả. Tài khoản không được thanh toán và đã được chuyển ra cơ quan truy thu bên ngoài sẽ bị tính lãi suất theo mức quy định hợp pháp hiện hành.
5. **CHUYÊN NHƯỢNG QUYỀN LỢI (KÈ CẢ QUYỀN LỢI MEDICARE):** Tôi cho phép và chỉ định thanh toán trực tiếp cho UBCP về mọi quyền lợi bảo hiểm, bao gồm bảo hiểm bệnh viện và quyền lợi bệnh tật bồi thường thất nghiệp, mà nếu không sẽ được trả cho hoặc thay mặt tôi đối với UBCP, gồm các dịch vụ cấp cứu, theo mức phí không vượt quá mức phí thực của UBCP. Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm tài chính đối với những phí tổn chưa được thanh toán theo quy định tại thỏa thuận này. Hơn nữa, tôi cũng đồng ý là mọi số dư tài khoản tín dụng nào, kết quả của việc bảo hiểm thanh toán hoặc những nguồn khác thanh toán, có thể được áp dụng cho mọi số tiền tài khoản nào khác mà tôi còn thiếu UBCP.

Tôi đã đọc, đồng ý và đã nhận một bản sao của tờ Điều khoản và Điều kiện của Dịch vụ này:

Tên bệnh nhân, viết chữ in	Ngày hôm nay
Chữ ký của Bệnh nhân hoặc Người làm chứng (bắt buộc nếu bệnh nhân không có khả năng ký)	Ngày hôm nay
Quan hệ của Người làm chứng với Bệnh nhân	
Chữ ký của thông dịch viên (nếu có)	Ngày hôm nay
Ngôn ngữ sử dụng	



UCSF: Benioff Children's
Physicians

Chứng nhận việc đã nhận Thông báo về Thủ tục Bảo vệ Quyền Riêng tư

Tên họ và chữ ký của bạn trên trang giấy này chỉ định rằng bạn đã tiếp nhận một bản sao Thông báo về Thủ tục Bảo vệ Quyền Riêng tư của UCSF (Thông báo) vào ngày đã ghi trên giấy. Nếu bạn có thắc mắc gì về nội dung Thông báo về Thủ tục Bảo vệ Quyền Riêng tư, xin hãy liên hệ với đại diện cơ sở y tế. Chúng tôi cũng có đăng một bản trên mạng của chúng tôi tại www.UBCP.org.

Tên của bệnh nhân, viết chữ in

Ngày sinh (DOB)

Nếu bệnh nhân là vị thành niên, Tên Cha hoặc Mẹ/ Người giám hộ hoặc Người bảo đảm tài chính, viết chữ in

Quan hệ với Bệnh nhân

Chữ ký của Bệnh nhân hoặc Cha hay Mẹ/ Người giám hộ Ngày hôm nay (Ngày nhận Thông báo)



Biểu mẫu Lược sử sức khỏe của Bệnh nhân trưởng thành – Y học Bào thai và Sản khoa

Chỉ dẫn: Vui lòng điền đầy đủ **tất cả các trường áp dụng** ở bên dưới.

Thông tin của bệnh nhân	
Tên của bệnh nhân (Họ, Tên):	Ngày sinh (DOB):
Lý do đến thăm khám ngày hôm nay?	

Lược sử Sức khỏe Sản Phụ khoa	
Ngày kinh nguyệt lần chót:	Ngày xét nghiệm PAP lần chót:
Hiện tại bạn có những triệu chứng nào sau đây hay không? <input type="checkbox"/> Đau vùng chậu <input type="checkbox"/> Chảy máu <input type="checkbox"/> Co cứng <input type="checkbox"/> Buồn nôn <input type="checkbox"/> Ói mửa <input type="checkbox"/> Sốt <input type="checkbox"/> Ớn lạnh	
Trong 6 tháng vừa qua, bạn hoặc người bạn đời của bạn có đã đi đến vùng nào bị vi rút Zika hoành hành hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Nếu đang mang thai, Ngày dự sinh (EDD):	<input type="checkbox"/> Sinh một <input type="checkbox"/> Sinh đôi <input type="checkbox"/> Sinh đa thai
Nếu đang mang thai, thai nhi của bạn có đang được hai bác sĩ chuyên khoa khác nhau đồng quản lý hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, vui lòng cho biết tên của nhà cung cấp dịch vụ:
Bạn có đã được làm siêu âm trước đó hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, siêu âm được làm khi nào và ở đâu?
Ngày kết quả mang thai lần 1:	
<input type="checkbox"/> Sinh đủ tháng <input type="checkbox"/> Sinh non <input type="checkbox"/> Sảy thai <input type="checkbox"/> Phá thai <input type="checkbox"/> Thai ngoài tử cung <input type="checkbox"/> Mang thai giả	<input type="checkbox"/> Sinh một <input type="checkbox"/> Sinh đôi <input type="checkbox"/> Sinh đa thai
Tình trạng sống hiện tại: <input type="checkbox"/> Sống <input type="checkbox"/> Chết <input type="checkbox"/> Chết sơ sinh <input type="checkbox"/> Thai chết lưu	Cách sinh đẻ: <input type="checkbox"/> Sinh ngã âm đạo <input type="checkbox"/> Sinh mổ
Trọng lượng khi sinh (nếu có):	Giới tính (nếu có):
Ngày kết quả mang thai lần 2:	
<input type="checkbox"/> Sinh đủ tháng <input type="checkbox"/> Sinh non <input type="checkbox"/> Sảy thai <input type="checkbox"/> Phá thai <input type="checkbox"/> Thai ngoài tử cung <input type="checkbox"/> Mang thai giả	<input type="checkbox"/> Sinh một <input type="checkbox"/> Sinh đôi <input type="checkbox"/> Sinh đa thai
Tình trạng sống hiện tại: <input type="checkbox"/> Sống <input type="checkbox"/> Chết <input type="checkbox"/> Chết sơ sinh <input type="checkbox"/> Thai chết lưu	Cách sinh đẻ: <input type="checkbox"/> Sinh ngã âm đạo <input type="checkbox"/> Sinh mổ
Trọng lượng khi sinh (nếu có):	Giới tính (nếu có):
Ngày kết quả mang thai lần 3:	
<input type="checkbox"/> Sinh đủ tháng <input type="checkbox"/> Sinh non <input type="checkbox"/> Sảy thai <input type="checkbox"/> Phá thai <input type="checkbox"/> Thai ngoài tử cung <input type="checkbox"/> Mang thai giả	<input type="checkbox"/> Sinh một <input type="checkbox"/> Sinh đôi <input type="checkbox"/> Sinh đa thai
Tình trạng sống hiện tại: <input type="checkbox"/> Sống <input type="checkbox"/> Chết <input type="checkbox"/> Chết sơ sinh <input type="checkbox"/> Thai chết lưu	Cách sinh đẻ: <input type="checkbox"/> Sinh ngã âm đạo <input type="checkbox"/> Sinh mổ
Trọng lượng khi sinh (nếu có):	Giới tính (nếu có):
Ngày kết quả mang thai lần 4:	
<input type="checkbox"/> Sinh đủ tháng <input type="checkbox"/> Sinh non <input type="checkbox"/> Sảy thai <input type="checkbox"/> Phá thai <input type="checkbox"/> Thai ngoài tử cung <input type="checkbox"/> Mang thai giả	<input type="checkbox"/> Sinh một <input type="checkbox"/> Sinh đôi <input type="checkbox"/> Sinh đa thai
Tình trạng sống hiện tại: <input type="checkbox"/> Sống <input type="checkbox"/> Chết <input type="checkbox"/> Chết sơ sinh <input type="checkbox"/> Thai chết lưu	Cách sinh đẻ: <input type="checkbox"/> Sinh ngã âm đạo <input type="checkbox"/> Sinh mổ
Trọng lượng khi sinh (nếu có):	Giới tính (nếu có):



UCSF Benioff Children's Physicians

Ngày kết quả mang thai lần 5:	
<input type="checkbox"/> Sinh đủ tháng <input type="checkbox"/> Sinh non <input type="checkbox"/> Sảy thai <input type="checkbox"/> Phá thai <input type="checkbox"/> Thai ngoài tử cung <input type="checkbox"/> Mang thai giả	<input type="checkbox"/> Sinh một <input type="checkbox"/> Sinh đôi <input type="checkbox"/> Sinh đa thai
Tình trạng sống hiện tại: <input type="checkbox"/> Sống <input type="checkbox"/> Chết <input type="checkbox"/> Chết sơ sinh <input type="checkbox"/> Thai chết lưu	Cách sinh đẻ: <input type="checkbox"/> Sinh ngã âm đạo <input type="checkbox"/> Sinh mổ
Trọng lượng khi sinh (nếu có):	Giới tính (nếu có):
Bạn có bao giờ có những điều sau đây hay không?	
Kết quả xét nghiệm phết tế bào cổ tử cung (PAP) không bình thường? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, ngày và hình thức điều trị là gì?
Bệnh lây truyền qua đường tình dục (STD)? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, cách và hình thức điều trị là gì?
Liệu pháp thay thế hormone? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Kinh nguyệt không bình thường? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Hiện tại bạn có hoạt động tình dục tích cực hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Số bạn tình trong suốt đời:
Số bạn tình trong năm vừa qua:	Giới tính của những người bạn tình: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nam và nữ
Phương pháp tránh thai: <input type="checkbox"/> Bao cao su <input type="checkbox"/> Màng chắn âm đạo <input type="checkbox"/> Nắp cổ tử cung <input type="checkbox"/> IUD/Miếng cấy/Cao dán <input type="checkbox"/> Thuốc ngừa thai <input type="checkbox"/> Không dùng	
Bạn có bị đau khi giao cấu hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	

Lược sử Sức khỏe Tổng quát			
Hiện tại bạn có đang được điều trị bất kỳ bệnh nào hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Vui lòng đánh dấu nếu hiện tại bạn đang có hoặc đã có bất kỳ những bệnh/điều nào sau đây: <input type="checkbox"/> Đột quy <input type="checkbox"/> Bệnh/Rối loạn thận <input type="checkbox"/> Bệnh gan <input type="checkbox"/> Hen suyễn <input type="checkbox"/> Bệnh thiếu máu <input type="checkbox"/> Bệnh tự miễn <input type="checkbox"/> Rối loạn máu <input type="checkbox"/> Truyền máu <input type="checkbox"/> Khuyết tật tim bẩm sinh <input type="checkbox"/> Đái tháo đường <input type="checkbox"/> Bệnh tim <input type="checkbox"/> Cao huyết áp <input type="checkbox"/> Bạo hành trong quan hệ <input type="checkbox"/> Nhiễm khuẩn tiết niệu (UTI) <input type="checkbox"/> Thủy đậu <input type="checkbox"/> Hiếm muộn <input type="checkbox"/> U xơ <input type="checkbox"/> Thiếu máu lưỡi liềm <input type="checkbox"/> Bệnh tuyến giáp <input type="checkbox"/> Lao <input type="checkbox"/> Rối loạn co giật <input type="checkbox"/> Rối loạn nghẽn mạch huyết khối <input type="checkbox"/> Bệnh viêm vùng chậu (PIO) <input type="checkbox"/> Rối loạn tâm thần/Trầm cảm/Lo âu <input type="checkbox"/> Khác (xin ghi rõ):			
<input type="checkbox"/> Ung thư	Loại ung thư:	<input type="checkbox"/> Tiểu đường	Loại tiểu đường:
Ngày và kết quả nội soi đại tràng:		Ngày và kết quả chụp X quang tuyến vú:	
Giải phẫu trong quá khứ (gồm loại và ngày):			
Nằm viện hoặc truyền máu trong quá khứ (gồm loại và ngày):			
Dị ứng hiện có:			
Thuốc theo đơn hiện tại (gồm liều và tần suất dùng, nếu cần <u>thêm trang viết</u>, xin dùng mặt sau của TRANG 3):			



Lược sử sức khỏe gia đình

Vui lòng hoàn tất nếu có thành viên nào trong gia đình bạn hiện đang có hoặc đã có một biến chứng, căn bệnh hoặc rối loạn y khoa nào:

Thành viên gia đình	Loại biến chứng, Bệnh hoặc rối loạn (ví dụ: ung thư đại tràng, rối loạn cảm xúc lưỡng cực, trầm cảm, v.v.)
Mẹ	
Cha	
Chị/Em gái	
Anh/Em trai	
Di/Cô/Bác	
Cậu/Chú/Bác	
Bà ngoại	
Ông ngoại	
Bà nội	
Ông nội	

Xin đánh dấu nếu bạn hoặc người bạn đời HOẶC các thành viên trong gia đình của bạn đang có hoặc đã có bất kỳ điều nào sau đây:

- Di tật bẩm sinh Chậm phát triển tâm thần Khuyết tật tim bẩm sinh Hội chứng Down Mất thính lực/thị lực
 Bệnh nứt đốt sống/Bệnh não phẳng Nang xơ cứng D Bệnh loạn dưỡng cơ Bệnh/Đặc tính hồng cầu lưỡi liềm
 Bệnh hoại huyết Rối loạn chuyển hoá Dân tộc Địa Trung Hải/Châu Á/Ashkenazi/Pháp Canada/Cajun

Lược sử xã hội

Nghề nghiệp hiện tại hoặc trong quá khứ:

Bạn sống với ai (kể cả thú nuôi trong nhà nếu có)?

Vui lòng đánh dấu nếu hiện tại bạn đang dùng hoặc đã dùng bất kỳ thứ nào sau đây:

- Thuốc lá điếu Thuốc lá nhai Xi gà Bia rượu Chất nghiện (xin cho biết loại): _____

Liên quan đến phần trên, mức thường xuyên?

- Không bao giờ Hiếm khi Khi gặp bạn bè Vừa vừa Rất thường xuyên

Bạn có thường xuyên tập thể dục hay không?

- 0-3 lần một tuần 4+ lần một tuần

Cho bao lâu?

- 10-30 phút mỗi lần 30+ phút mỗi lần

Có điều gì khác mà bạn muốn bác sĩ biết hay không?

Cám ơn bạn! Vui lòng trao đơn này lại cho nhân viên y khoa một khi bạn đã được đưa vào phòng.



UCSF Benioff Children's Physicians

Y học Bào thai và Sản khoa

Tên: _____

Ngày hôm nay: _____

Ngày sinh: _____

Điện thoại: _____

Vì bạn đang mang thai hoặc vừa mới sinh con, chúng tôi muốn biết bạn cảm thấy như thế nào. Vui lòng đánh dấu câu trả lời mô tả sát nhất cảm xúc của bạn **TRONG 7 NGÀY VỪA QUA**, không chỉ cảm xúc của bạn trong ngày hôm nay.

VÍ DỤ: Tôi đã cảm thấy hạnh phúc.

- Có, luôn luôn
- Có, hầu như luôn luôn:** điều này có nghĩa là: "Hầu như lúc nào tôi cũng đã cảm thấy hạnh phúc" trong tuần vừa qua.
- Không, không thường xuyên lắm
- Không, không chút nào

1. Tôi đã có thể cười và nhận thấy khía cạnh thú vị của sự việc.

- Càng nhiều càng có thể luôn luôn
- Không thật nhiều lắm
- Chắc chắn không nhiều lắm
- Không chút nào

2. Tôi đã háo hức mong chờ mọi việc.

- Càng nhiều càng có thể luôn luôn
- Có lẽ ít hơn là thông thường
- Chắc chắn ít hơn là thông thường
- Rất ít khi

3. Tôi đã vô ích tự trách móc mình khi sự việc không ổn.

- Có, hầu như luôn luôn
- Có, thỉnh thoảng
- Không thường xuyên
- Không, không bao giờ

4. Tôi đã cảm thấy lo âu hoặc phiền muộn mà không có lý do chính đáng.

- Không, không chút nào
- Rất hiếm khi
- Có, thỉnh thoảng
- Có, rất thường xuyên

5. Tôi đã cảm thấy sợ hãi hoặc hốt hoảng mà không có lý do thật chính đáng.

- Có, khá thường xuyên
- Có, thỉnh thoảng
- Không, hiếm khi
- Không, không chút nào



UCSF Benioff Children's Physicians

Y học Bào thai và Sản khoa

6. **Tôi cảm thấy choáng ngợp vì mọi việc.**
- Có, hầu như luôn luôn tôi hoàn toàn không thể đối phó được
 - Có, thỉnh thoảng tôi không thể đối phó tốt như thông thường được
 - Không, hầu như luôn luôn tôi đã đối phó khá tốt
 - Không, tôi đã đối phó tốt hơn bao giờ hết
7. **Tôi đã cảm thấy không vui chút nào nên bị khó ngủ.**
- Có, hầu như luôn luôn
 - Có, thỉnh thoảng
 - Không thường xuyên lắm
 - Không, không chút nào
8. **Tôi đã cảm thấy buồn hoặc khổ sở.**
- Có, hầu như luôn luôn
 - Có, khá thường xuyên
 - Không thường xuyên lắm
 - Không, không chút nào
9. **Tôi đã cảm thấy không vui chút nào nên hay khóc.**
- Có, hầu như luôn luôn
 - Có, khá thường xuyên
 - Chỉ thỉnh thoảng
 - Không, không bao giờ
10. **Tôi đã có ý nghĩ tự hại mình.**
- Có, khá thường xuyên
 - Thỉnh thoảng
 - Rất hiếm khi
 - Không bao giờ

Cám ơn bạn! Vui lòng trao lại cho nhân viên sau khi đã hoàn tất.

Thực hiện/ Xem xét bởi: _____

Ngày hôm nay: _____