



Giấy Đăng Ký Bệnh Nhân

Tình trạng của quý vị có phải do tai nạn lao động gây ra không? ☐ Có ☐ Không

Hay do tai nạn giao thông? ☐ Có ☐ Không Ngày Bị Thương:: _____

1. THÔNG TIN CÁ NHÂN CỦA BỆNH NHÂN

Tên: _____ Viết Tắt Tên Đệm: _____ Họ: _____

Ngày Sinh: _____ Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ

Giấy Phép Lái Xe: _____ Số An Sinh Xã Hội: _____

Trạng Hôn Nhân: ☐ Độc Thân ☐ Đã Kết Hôn ☐ Bạn Đời (Không Đăng Ký Kết Hôn)

☐ Đã Ly Thân ☐ Đã Ly Hôn ☐ Góa Vợ/Chồng

Địa Chỉ Nhà: _____ Thành Phố: _____

Tiểu Bang: _____ Mã Bưu Chính: _____ Điện Thoại Di Động: _____

Điện Thoại Chính: _____ Điện Thoại Cơ Quan: _____

Email: _____ Hiệu Thuốc Ưu Tiên: _____

Tên Công Ty/Trường Học: _____

Ngôn Ngữ Chính: _____ Quý vị có cần thông dịch viên không? ☐ Có ☐ Không

2. TIN VỀ BẢO HIỂM CHÍNHH/BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM CHÍNHH

Tên Công Ty Bảo Hiểm CHÍNHH (Nếu không có, hãy ghi là “Không Có”) _____

Tên Người Được Bảo Hiểm: _____ Ngày Sinh của Người Được Bảo Hiểm: _____

Hiểm/Số Thẻ Bảo Hiểm: _____ Bên Chịu Trách Nhiệm: _____

Mã Số Bảo Mối Quan Hệ Với Bệnh Nhân: ☐ Bản Thân ☐ Vợ/Chồng ☐ Con ☐ Khác

Địa Chỉ Nhà Người Được Bảo Hiểm: _____

Thành Phố của Người Được Bảo Hiểm: _____

Tiểu Bang: _____ Mã Bưu Chính: _____



3. THÔNG TIN VỀ BẢO HIỂM PHỤ

Tên Công Ty Bảo Hiểm PHỤ (Nếu không có, hãy ghi là “Không Có”): _____

Tên Người Được Bảo Hiểm: _____

Ngày Sinh của Người Được Bảo Hiểm: _____

Thẻ Bảo Hiểm: _____

Bên Chịu Trách Nhiệm: _____

Mã Số Bảo Mỗi Quan Hệ Với Bệnh Nhân: ☐ Bản Thân ☐ Vợ/Chồng ☐ Con ☐ Khác

4. THÔNG TIN GIỚI THIỆU BỆNH NHÂN

Tên Người Giới Thiệu: _____ Mối Quan Hệ: _____

Tên của (các) bác sĩ khác chăm sóc quý vị:

5. NGƯỜI LIÊN HỆ KHẨN CẤP

Tên Người Liên Hệ Khẩn Cấp: _____ Mối quan hệ: _____

Số Điện Thoại Chính: _____

Số Điện Thoại Cơ Quan (nếu có): _____

Bệnh Nhân Chữ Ký: _____

Ngày: _____