**BCCHP ENROLLMENT FORM**

**BIỂU MẪU GHI DANH VÀO BCCHP**

|  |
| --- |
| Vui Lòng Điền **Mới tham gia BCCHP?** [ ]  **Có [ ]  Không Số Ủy Quyền**       |
| **Họ** | **Tên**  | **Chữ cái đầu tên đệm** | **Ủy quyền để:** [ ]  **Khám Vú** **[ ]  Pelvic** **[ ]  Pap** **[ ]  Chụp Quang Tuyến Vú**  |
| **Giới tính**: [ ]  **Nữ [ ]  Nam [ ]  Nam chuyển giới [ ]  Nữ chuyển giới** [ ]  **Không thể xác định giới tính [ ]  Phi nhị nguyên giới [ ]  Vô tính [ ]  \_\_\_\_\_\_\_****Các dịch vụ quan tâm:** [ ]  **Vú [ ]  Cổ tử cung**  | **Nhà Cung Cấp Chính** | **Ngày** |
| **Ngày sinh**  | **4 số cuối của số An Sinh Xã Hội (Không bắt buộc)**  | **Phòng Khám / Khu Khám Sàng Lọc** |
| **Địa chỉ**  | **Lịch Hẹn** **Ngày:** **Giờ:**  |
|  **Thành phố** | **Tiểu bang** | **Mã Zip** | **Quận** |  **Số Biểu Đồ Phòng Khám** |
| **Điện thoại: Để lại tin nhắn được không?** [ ]  **Có [ ]  Không**   **Thời gian phù hợp nhất để gọi: [ ]  sáng/trưa [ ]  chiều/tối** **Nhà riêng:       Di động:       Cơ quan:       Số thay thế:**  |
| **Điều Kiện Hội Đủ cho Chương Trình: phải hoàn thành hàng năm**  |
| **Thu nhập của hộ gia đình trước thuế?** **$** **Mỗi [ ]  Tháng** [ ]  **Năm** **Có bao nhiêu người sống dựa vào thu nhập này?**  |
| **Đã đánh giá điều kiện hội đủ cho Apple Health [ ]  Có [ ]  Không (lý do**      **) Ngày:****Hội đủ điều kiện cho Apple Health [ ]  Có [ ]  Không Đã ghi danh vào Apple Health [ ]  Có [ ]  Không Ngày:** |
| **Quý vị có?** (chọn tất cả các lựa chọn phù hợp) [ ]  **Không có Bảo Hiểm Y Tế & Không Hội Đủ Điều Kiện cho Apple Health (gửi kèm thư từ chối nếu có)**[ ]  **Medicare Phần B [ ]  Apple Health, Medicaid, Provider One #**[ ]  **Bảo hiểm Tên công ty:** **Khấu trừ: $****Số hợp đồng/ID #:**  |
| **Quý vị có gặp bất kỳ vấn đề nào với vú của mình không?** [ ]  **Có [ ]  Không Nếu có, vấn đề gì? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Ngôn ngữ chính?** (đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp, khoanh tròn vào ưu tiên) **[ ]  Tiếng Anh [ ]  Tiếng Tây Ban Nha [ ]  Tiếng Việt [ ]  Tiếng Trung [ ]  Tiếng Hàn** [ ]  **Tiếng Campuchia [ ]  Tiếng Nga [ ]  Khác (ghi rõ:****) Quý vị có cần thông dịch viên không?** [ ]  **Có [ ]  Không** |
| **Quý vị cho rằng mình thuộc chủng tộc nào?** (Đánh dấu một hoặc nhiều lựa chọn)[ ]  **Người Châu Á [ ]  Người Da Đen hay Người Mỹ Gốc Phi** [ ]  **Người Mỹ Bản Địa hay Người Alaska Bản Địa (ghi rõ bộ tộc:      )** [ ]  **Người Da Trắng [ ]  Người Hawaii Bản Địa hay Người Gốc Đảo Thái Bình Dương (ghi rõ:** **)**  [ ]  **Không rõ** |
| **Quý vị có xem chính mình là người gốc La-tinh hay người gốc Tây Ban Nha không?** [ ]  **Có [ ]  Không**  |
| **Cấp học cao nhất mà quý vị đã hoàn thành?** (số năm đi học)  |
| **Nếu quý vị MỚI tham gia BCCHP, quý vị biết về chương trình này từ đâu?** (chỉ chọn một) |
| [ ]  **Phòng khám**[ ]  **Tổ chức cộng đồng**[ ]  **Chủ lao động**[ ]  **Nhân viên tiếp cận cộng đồng** | [ ]  **Bạn bè hay họ hàng**[ ]  **Tìm kiếm trên Internet – Trang web của BCCHP**[ ]  **Thư**[ ]  **Áp phích, Tờ rơi hay Tờ Thông tin** | [ ]  **Đài**[ ]  **Khoa X-quang**[ ]  **TV**[ ]  **Khác (ghi rõ):     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Vui lòng FAX biểu mẫu cho Nhà Cung Cấp Chính của BCCHP qua số:**