

TỜ THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Điền vào các phần thích hợp với quý vị.

Họ
Tên
Địa chỉ phố 1
Địa chỉ phố 2
Thành phố
Giới tính
Bác sĩ giới thiệu
Địa chỉ của bác sĩ giới thiệu
Chủ lao động

Tên đệm
Bang
Zip
Tình trạng hôn nhân M S W

Trường hợp khẩn cấp báo tin cho:

Số điện thoại

Số điện thoại nhà riêng
Số điện thoại cơ quan
Số điện thoại di động
Ngày sinh
Số an sinh xã hội

Nghề nghiệp:

THÔNG TIN BẢO HIỂM

CÔNG TY BẢO HIỂM CHÍNH

SỐ ĐIỆN THOẠI: SỐ ID:
ĐỊA CHỈ:

TÊN NHÓM/SỐ:

TÊN CỦA CHỦ HỢP ĐỒNG:

NGÀY SINH CỦA CHỦ HỢP ĐỒNG:

QUAN HỆ CỦA BỆNH NHÂN VỚI CHỦ HỢP ĐỒNG:

BẢN THÂN VỢ/CHỒNG CON CHA MẸ KHÁC

CHỦ LAO ĐỘNG CÓ CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM? (CHỌN MỘT)
CÓ KHÔNG

QUAN HỆ NẾU KHÔNG PHẢI BỆNH NHÂN

CÔNG TY BẢO HIỂM PHỤ

SỐ ĐIỆN THOẠI: SỐ ID:
ĐỊA CHỈ:

TÊN NHÓM/SỐ:

TÊN CỦA CHỦ HỢP ĐỒNG:

NGÀY SINH CỦA CHỦ HỢP ĐỒNG:

QUAN HỆ CỦA BỆNH NHÂN VỚI CHỦ HỢP ĐỒNG:

BẢN THÂN VỢ/CHỒNG CON CHA MẸ KHÁC

CHỦ LAO ĐỘNG CÓ CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM? (CHỌN MỘT)
CÓ KHÔNG

BẢO HIỂM LIÊN QUAN

TÔI **ĐỒNG Ý KHÔNG ĐỒNG Ý** ỦY QUYỀN CHO TRUNG TÂM QUANG TUYẾN PHỤ NỮ THAY MẶT TÔI NỘP ĐƠN YÊU CẦU BẢO HIỂM CHO CÁC DỊCH VỤ ĐƯỢC BAO TRẢ ĐÃ CUNG CẤP. TÔI CHỨNG NHẬN RẰNG THÔNG TIN TÔI ĐÃ BÁO CÁO LIÊN QUAN ĐẾN CHẾ ĐỘ BẢO HIỂM CỦA TÔI LÀ ĐÚNG. TÔI CŨNG ỦY QUYỀN TIẾT LỘ THÔNG TIN CẦN THIẾT, BAO GỒM THÔNG TIN Y TẾ CHO YÊU CẦU BẢO HIỂM NÀY HAY MỌI YÊU CẦU BẢO HIỂM LIÊN QUAN, VỚI CÔNG TY BẢO HIỂM CỦA TÔI, (HOẶC, TRONG TRƯỜNG HỢP QUYỀN LỢI MEDICARE PHẦN B, VỚI CƠ QUAN AN SINH XÃ HỘI VÀ CƠ QUAN TÀI CHÍNH Y TẾ). BẢN SAO GIẤY ỦY QUYỀN CÓ THỂ ĐƯỢC SỬ DỤNG THAY CHO BẢN GỐC.

TÔI HOẶC CÔNG TY BẢO HIỂM CỦA TÔI CÓ THỂ THU HỒI ỦY QUYỀN NÀY BẤT KỲ LÚC NÀO **BẰNG VĂN BẢN**.

CHUYỂN NHƯỢNG QUYỀN LỢI

TÔI **ĐỒNG Ý KHÔNG ĐỒNG Ý** ỦY QUYỀN KHOẢN THANH TOÁN TẤT CẢ CÁC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM Y TẾ ĐƯỢC TRẢ CHO TÔI THEO CÁC ĐIỀU KHOẢN HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM CỦA TÔI SẼ ĐƯỢC TRẢ TRỰC TIẾP CHO TRUNG TÂM QUANG TUYẾN PHỤ NỮ CHO CÁC DỊCH VỤ ĐÃ CUNG CẤP. TÔI CŨNG ỦY QUYỀN TIẾT LỘ THÔNG TIN CẦN THIẾT ĐỂ XỬ LÝ ĐƠN YÊU CẦU BẢO HIỂM CỦA TÔI. BẢN SAO GIẤY ỦY QUYỀN NÀY CÓ THỂ ĐƯỢC SỬ DỤNG THAY CHO BẢN GỐC.

TÔI HIỂU VÀ ĐỒNG Ý RẰNG TÔI CHỊU TRÁCH NHIỆM TÀI CHÍNH CHO CÁC PHÍ TỒN MÀ CÔNG TY BẢO HIỂM CỦA TÔI CHƯA THANH TOÁN.

TIẾT LỘ HỒ SƠ

TÔI **ĐỒNG Ý KHÔNG ĐỒNG Ý** CHO PHÉP TRUNG TÂM QUANG TUYẾN PHỤ NỮ TIẾT LỘ PHIM CHỤP, BÁO CÁO, V.V. CỦA TÔI CHO BÁC SĨ GIỚI THIỆU, VỢ HOẶC CHỒNG TÔI, BÁC SĨ KHÁC, NHÓM QUANG TUYẾN KHÁC, CÔNG TY BẢO HIỂM, LUẬT SƯ, V.V. ỦY QUYỀN TIẾT LỘ PHIM CHỤP X-QUANG, BÁO CÁO, V.V. NÀY SẼ CÓ HIỆU LỰC CHO ĐẾN KHI TÔI THU HỒI **BẰNG VĂN BẢN**.

◦ TÔI ĐÃ NHẬN ĐƯỢC DỰ LUẬT NHÂN QUYỀN CỦA BỆNH NHÂN VÀ THÔNG BÁO VỀ THÔNG LỆ QUYỀN RIÊNG TƯ.

Chữ ký của bệnh nhân

Ngày

Cảm ơn quý vị đã đến đúng hẹn ngày hôm nay và chúng tôi đánh giá cao cơ hội cung cấp cho quý vị các dịch vụ chăm sóc sức khỏe chuyên nghiệp.

Tên:

Ngày sinh:

Tiền sử vú

Vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi bên dưới.

Thông tin mô hình Gail:

Tuổi của bạn?

Tuổi bắt đầu có kinh nguyệt:

Tuổi sinh nở lần đầu:

Nguồn gốc dân tộc:

Tổ tiên là người Do Thái Ashkenazi?

Tiền sử gia đình về ung thư vú?

Liệt kê mối quan hệ và tuổi chẩn đoán:

Sinh thiết vú: (Tổng số lần)

Chọc hút u nang? Phải Trái số lần

Sinh thiết dùng ống dò? Phải Trái số lần

Sinh thiết giải phẫu? Phải Trái số lần

Chẩn đoán quá sản không điển hình? CÓ KHÔNG

Chẩn đoán quá sản thùy? Nếu có, tuổi?

1. Ung thư buồng trứng:

Bạn đã từng bị ung thư buồng trứng? CÓ KHÔNG
Tiền sử gia đình có ai bị ung thư buồng trứng?

2. U bạch huyết/Hodgkins:

Bạn có xạ trị ngực khi 10 đến 30 tuổi không? CÓ KHÔNG

3. Lịch sử cá nhân khác về ung thư?

Cổ tử cung? CÓ KHÔNG
Tử cung? CÓ KHÔNG
Tuyến giáp? CÓ KHÔNG
Khác?

4. Xét nghiệm BRCA:

Bạn đã từng xét nghiệm chưa? CÓ KHÔNG
Nếu có, bạn có dương tính không? CÓ KHÔNG
Người thân có BRCA dương tính?

5. Hóc-môn:

Hiện tại bạn có sử dụng hóc-môn, estrogen hay progesterone không? CÓ KHÔNG

6. Tamoxifen hoặc Arimedex:

Đang uống hay đã từng uống? CÓ KHÔNG

7. Chụp quang tuyến vú trước?

Khi nào/ở đâu?
Bạn có mang chúng không?

8. Bạn có đang mang thai không? CÓ KHÔNG

9. Người sống sót sau ung thư vú:

Cắt bỏ khối u? Cắt bỏ vú? Phải Trái
Xạ trị hay hóa trị? CÓ KHÔNG

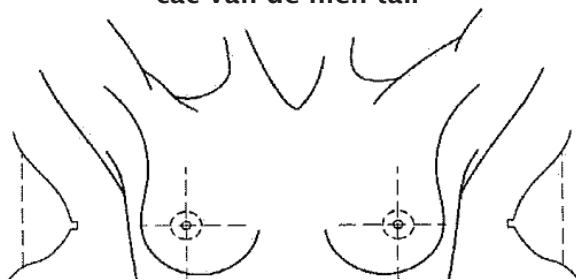
10. Các phẫu thuật vú khác:

Giảm cỡ? CÓ KHÔNG Khi nào?
Cấy ghép? Silicon Túi nước biển
Bạn đã từng tháo vật cấy ghép chưa?
Nếu có, Khi nào?

Cho biết các vấn đề hiện tại:

U trong vú? Phải Trái
Tiết dịch ở núm vú? Phải Trái
Đau? Phải Trái
Lo ngại khác?

Cho biết vị trí của các vấn đề hiện tại:



Ghi chú kỹ thuật (Dành cho văn phòng):

MÔ HÌNH GAIL _____%

Tôi chứng nhận rằng những câu trả lời tôi đã cung cấp cho các câu hỏi trên biểu mẫu này là chính xác với hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi đã đọc và hiểu toàn bộ nội dung của biểu mẫu này và đã có cơ hội đặt câu hỏi

Ký tên (Cha mẹ hoặc người giám hộ)

Ngày ký:

ĐƠN CHẤP THUẬN CỦA BỆNH NHÂN VỀ SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ LIÊN QUAN ĐẾN HỒ SƠ Y TẾ

Các tấm phim kèm theo là tài sản của Trung Tâm X Quang Phụ Nữ, PA theo quy định của Luật Pháp Tiểu Bang Florida, 455.667, và phải được duy trì tối thiểu là bảy năm.

Khi ký tên vào giấy ủy quyền này, tôi ủy quyền cho Trung Tâm X Quang Phụ Nữ sử dụng và/hoặc thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI) nhất định về tôi để thực hiện các hoạt động điều trị, thanh toán và chăm sóc sức khỏe (TPO).

Giấy ủy quyền này cho phép Trung Tâm X Quang Phụ Nữ sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe có thể nhận dạng cá nhân sau đây (cụ thể là mô tả thông tin sẽ được tiết lộ, như ngày hoặc dịch vụ, mức độ chi tiết sẽ được tiết lộ, nguồn gốc thông tin, v.v.)

Với sự chấp thuận của tôi, Trung Tâm X Quang Phụ Nữ có thể gọi điện đến nhà tôi hoặc địa điểm đã được chỉ định khác và để lại tin nhắn vào hộp thư thoại hoặc qua người nào đó liên quan đến bất kỳ mục nào hỗ trợ việc thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe, như nhắc nhở cuộc hẹn, các mục bảo hiểm và bất kỳ cuộc gọi nào liên quan đến chăm sóc sức khỏe lâm sàng của tôi, bao gồm kết quả xét nghiệm. Trung Tâm X Quang Phụ Nữ cũng có thể gửi thư đến nhà tôi hoặc địa điểm đã được chỉ định bất kỳ mục nào hỗ trợ việc thực hiện TPO như giấy nhắc nhở và tờ khai của bệnh nhân.

Trung Tâm X Quang Phụ Nữ có quyền sửa đổi Thông Báo về Quy Tắc Bảo Mật bất kỳ lúc nào. Có thể nhận bản sửa đổi Thông Báo về Quy Tắc Bảo Mật bằng cách chuyển tiếp yêu cầu bằng văn bản đến Trung Tâm X Quang Phụ Nữ, 1621 N. Mills Ave., Orlando, Florida 32803.

Khi thông tin của tôi được sử dụng hoặc tiết lộ theo giấy ủy quyền này, người nhận có thể được tiết lộ lại và thông tin có thể không còn được bảo vệ bởi luật liên bang Quy Tắc Bảo Mật HIP AA. Tôi có quyền thu hồi giấy ủy quyền này bằng văn bản, ngoại trừ trong phạm vi mà Trung Tâm X Quang Phụ Nữ đã hành động một cách đáng tin cậy đối với giấy ủy quyền này. Đơn yêu cầu thu hồi của tôi phải được gửi cho Trung Tâm X Quang Phụ Nữ tại 1621 N. Mills Ave., Orlando, Florida 32803 hoặc quý vị có thể gửi fax yêu cầu của mình đến (407) 841-0411.

YÊU CẦU BÁC SĨ/CƠ SỞ Y TẾ

CHỮ KÝ

NGÀY

TÊN VIẾT HOA

Trung Tâm X Quang Nữ Xuất Sắc Đã Được ACR Chứng Nhận

THÔNG TIN CHO BỆNH NHÂN VỀ TẠO ẢNH NGỰC

Khi tôi yêu cầu được kiểm tra ngực bằng chụp quang tuyến vú, siêu âm hoặc phương pháp tạo ảnh vú khác, hoặc thủ thuật sinh thiết, tôi chấp nhận những điều sau đây:

GIỚI HẠN CỦA CHỤP QUANG TUYẾN VÚ

Tôi hiểu và chấp nhận rằng không phép kiểm tra nào có hiệu quả 100% trong việc phát hiện ung thư vú. Không có đảm bảo nào rằng tôi không bị ung thư khi kết quả kiểm tra là bình thường. Mô vú dày, sẹo sau chấn thương hoặc phẫu thuật, nhiễm trùng, viêm, cấy ghép vú, khối u vú không phải ung thư và các tình trạng khác có thể hạn chế khả năng phát hiện ung thư vú bằng chụp quang tuyến vú.

CHỤP QUANG TUYẾN VÚ VÀ BÁO CÁO TRƯỚC ĐÂY TỪ CƠ SỞ Y TẾ KHÁC

Nếu các lần chụp quang tuyến vú trước đây của tôi không được thực hiện tại Trung Tâm X Quang Phụ Nữ, tôi chịu trách nhiệm tìm và mang các tấm phim chụp quang tuyến vú và báo cáo trước đây của tôi đến cuộc hẹn chụp quang tuyến vú của tôi. Nếu hôm nay tôi không mang theo các tấm phim trước đây, tôi đồng ý mang chúng đến sớm nhất có thể để trung tâm có thể so sánh chúng với ảnh quang tuyến vú hiện tại của tôi, tôi hiểu rằng việc chậm trễ mang phim của tôi đến để so sánh sẽ dẫn đến việc chậm trễ chẩn đoán.

KHÁM BÊN NGOÀI VÚ

Một số bệnh ung thư chỉ có thể được phát hiện trong khi khám bên ngoài hoặc tự kiểm tra. Chụp quang tuyến vú không thay thế cho việc khám bên ngoài bởi bác sĩ của tôi. Nếu tôi đã không được khám bên ngoài vú trong vòng một tháng qua, tôi sẽ yêu cầu bác sĩ của tôi thực hiện. Tôi sẽ thực hiện tự kiểm tra vú hàng tháng. Bác sĩ hoặc chuyên viên kỹ thuật chụp x quang sẽ không thực hiện khám sức khỏe.

PHIẾU TIỀN SỬ CHỤP QUANG TUYẾN VÚ

Nếu hiện tại tôi có một vấn đề như u cục, chảy dịch, da lõm và nhăn, thay đổi ở núm vú hoặc đau ngực ở một điểm hoặc có bất kỳ vấn đề nào khác với ngực của tôi, tôi sẽ mô tả những gì tôi cảm thấy và/hoặc xem Phiếu Tiền Sử Chụp Quang Tuyến của tôi. Tôi sẽ ký tên và để ngày vào Phiếu Tiền Sử Vú để lưu lại nhận xét và sự chấp nhận nội dung của tôi.

CHỤP QUANG TUYẾN VÚ SÀNG LỌC

Chụp quang tuyến vú sàng lọc chỉ dành cho các bệnh nhân hiện không có bất kỳ vấn đề nào ở vú. Nếu tôi dự kiến sẽ chụp quang tuyến vú sàng lọc và tôi có một vấn đề như là tôi nghĩ rằng tôi cảm thấy có một khối u, hoặc bác sĩ của tôi đã cảm thấy có một khối u, tôi sẽ thông báo cho chuyên viên kỹ thuật trước khi cô ấy chụp quang tuyến vú cho tôi.

THÔNG BÁO KẾT QUẢ

Trung tâm X Quang Phụ Nữ sẽ gửi báo cáo cho bác sĩ của quý vị, tên bác sĩ này đã được ghi vào hồ sơ y tế của tôi trong quá trình đăng ký, tôi sẽ liên lạc với bác sĩ đó để được giải thích về kết quả và để sắp xếp mọi xét nghiệm bổ sung cần thiết. Tôi sẽ không mặc nhiên cho rằng kết quả là bình thường nếu tôi không nghe bác sĩ giải thích.

NẾU BÁO CÁO CHỤP QUANG TUYẾN VÚ CỦA TÔI LÀ BÌNH THƯỜNG VÀ TÔI VẪN LO LẮNG

Tôi chịu trách nhiệm yêu cầu bác sĩ của tôi giới thiệu phẫu thuật nếu kết quả chụp quang tuyến vú là bình thường và tôi vẫn lo lắng.

Nếu bác sĩ của tôi nói rằng kết quả khám bên ngoài của tôi là bất thường và kết quả chụp quang tuyến vú là bình thường, tôi sẽ hỏi bác sĩ của tôi để biết sinh thiết và/hoặc xét nghiệm khác có cần thiết hay không.

Tôi đã đọc và hiểu thông tin ở trên. Tôi đã được đọc cho nghe đơn này bằng ngôn ngữ tôi hiểu. Tôi hiểu rằng chụp quang tuyến vú và tạo ảnh vú có những giới hạn. Những câu hỏi về trách nhiệm của tôi đã được trả lời thỏa đáng. Tôi đã được cung cấp một bản sao của đơn này để tham khảo trong tương lai.