

ĐƠN XIN KHÁM MẮT AINAK

Ngày và giờ hẹn mong muốn: _____

Người giới thiệu: _____ *

Khu học chánh (nếu là học sinh; nếu không, ghi "N/A"): _____ *

1. THÔNG TIN KHÁCH HÀNG*

Họ: _____

Tên: _____

Chữ lót: _____

Ngày sinh (MM-DD-YYYY): _____

Ngôn ngữ bạn sử dụng: _____

Số điện thoại di động: _____

Địa chỉ email: _____

Địa chỉ:

- Số nhà & Đường: _____
- Thành phố: _____
- Quận: _____
- Tiểu bang: _____
- Mã bưu điện: _____

Giới tính: (Khoanh tròn một lựa chọn)

Nam / Nữ / Khác

2. THÔNG TIN PHỤ HUYNH HOẶC NGƯỜI GIÁM HỘ*

(Nếu khách hàng dưới 18 tuổi; nếu không, gạch bỏ phần này.)

Họ: _____

Tên: _____

Chữ lót: _____

Số điện thoại di động: _____

Địa chỉ email: _____

Địa chỉ (nếu khác với địa chỉ trên):

- Số nhà & Đường: _____
- Thành phố: _____
- Quận: _____
- Tiểu bang: _____
- Mã bưu điện: _____

Lưu ý: Tất cả các mục được đánh dấu bằng dấu sao đỏ (*) phải được điền đầy đủ để đủ điều kiện khám mắt.

3. TÌNH TRẠNG CỰU CHIẾN BINH, BẢO HIỂM, THU NHẬP VÀ SẮC TỘC*

Bạn có phải là cựu chiến binh không? (Khoanh tròn một lựa chọn)

Có / Không

Bạn có bảo hiểm y tế không? (MediCal, Medicaid, hoặc khác?) (Khoanh tròn một lựa chọn)

Có / Không

Nếu "Khác", vui lòng ghi rõ tên bảo hiểm: _____

Thu nhập hàng năm của hộ gia đình bạn có dưới \$50,000 không? (Khoanh tròn một lựa chọn)

Có / Không

Hình thức nhà ở: (Khoanh tròn một lựa chọn)

Thuê / Sở hữu

SẮC TỘC (Chọn một hoặc nhiều ô bên dưới; nếu không có, vui lòng ghi vào mục "Khác")

- Người Mỹ bản địa hoặc thổ dân Alaska
- Châu Á
- Người da đen hoặc gốc Phi
- Gốc Tây Ban Nha hoặc Latino
- Người Trung Đông hoặc Bắc Phi
- Người Hawaii bản địa hoặc dân đảo Thái Bình Dương

Người da trắng

Khác: _____

4. THÔNG TIN BỔ SUNG

Bạn có đeo kính không? (Khoanh tròn một lựa chọn) **Có / Không**
(Nếu có, vui lòng mang kính đến buổi hẹn với bác sĩ nhãn khoa.)

Bạn có gặp bất kỳ vấn đề sức khỏe nào không? (Khoanh tròn một lựa chọn) **Có / Không**

Nếu "Có", vui lòng ghi rõ vấn đề sức khỏe:

Tên và địa chỉ của nơi làm việc chính:

(Nếu thất nghiệp hoặc là học sinh, ghi "N/A")


Chữ ký: _____ *

Ngày: _____ *

Lưu ý: Tất cả các mục được đánh dấu bằng dấu sao đỏ (*) phải được điền đầy đủ để đủ điều kiện khám mắt.

 Trang web: www.myainak.org

 Số điện thoại: 408-868-9428

 Email: submit@myainak.org

Vui lòng gửi đơn đã điền đầy đủ, bao gồm cả biểu mẫu HIPAA và chấp thuận chụp ảnh, đến:

 submit@myainak.org

THÔNG TIN VÀ BIỂU MẪU CHẤP THUẬN HIPAA

THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Họ: _____
Tên: _____
Tên đệm: _____
Ngày sinh: _____

ĐẠO LUẬT VỀ KHẢ NĂNG CHUYỂN ĐỔI VÀ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM Y TẾ (HIPAA)

Đạo luật HIPAA cung cấp các biện pháp bảo vệ nhằm bảo vệ quyền riêng tư của bạn. Việc thực thi các yêu cầu của HIPAA chính thức bắt đầu vào ngày 14 tháng 4 năm 2003.

Nội dung quan trọng:

Cụ thể, HIPAA đặt ra các quy tắc và hạn chế về việc ai có thể được thông báo về **Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ (PHI)** của bạn. Những hạn chế này không bao gồm việc trao đổi thông tin bình thường cần thiết để cung cấp dịch vụ y tế cho bạn. HIPAA cung cấp cho bạn quyền lợi và sự bảo vệ nhất định với tư cách là bệnh nhân. Chúng tôi cân bằng những nhu cầu này với mục tiêu cung cấp cho bạn dịch vụ chuyên nghiệp và chất lượng cao.

Thông tin bổ sung có sẵn từ **Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ** tại www.hhs.gov.

Chính sách bảo mật của chúng tôi:

- Thông tin bệnh nhân sẽ được giữ bí mật**, trừ khi cần thiết để cung cấp dịch vụ hoặc đảm bảo rằng tất cả các thủ tục hành chính liên quan đến việc chăm sóc của bạn được xử lý đúng cách. Điều này bao gồm việc chia sẻ thông tin với các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác, phòng thí nghiệm, hoặc công ty bảo hiểm y tế khi cần thiết.
 - Hồ sơ bệnh nhân có thể được lưu trữ ở khu vực hồ sơ mở, nhưng sẽ không có mã định danh nào tiết lộ tình trạng bệnh của bạn.
 - Hồ sơ bệnh nhân có thể được đặt tạm thời tại các khu vực hành chính như quầy tiếp tân hoặc phòng khám. Những hồ sơ này sẽ chỉ được tiếp cận bởi nhân viên có thẩm quyền.
- Chúng tôi có thể nhắc nhở bệnh nhân về lịch hẹn** thông qua điện thoại, email, thư tín hoặc các phương tiện khác theo yêu cầu của bạn.
 - Ngoài ra, chúng tôi có thể gửi thông báo về các thay đổi trong chính sách tổ chức hoặc cập nhật công nghệ có thể hữu ích cho bạn.
- Chúng tôi có thể hợp tác với một số nhà cung cấp dịch vụ** trong quá trình hoạt động. Các nhà cung cấp này có thể có quyền truy cập vào PHI của bạn nhưng phải tuân thủ các quy định bảo mật của HIPAA.

4. **Bạn đồng ý cho phép cơ quan chính phủ hoặc công ty bảo hiểm kiểm tra tài liệu** có thể bao gồm PHI trong quá trình thực hiện công việc của họ.
5. **Bạn có quyền khiếu nại hoặc bày tỏ mối quan tâm về quyền riêng tư** với người quản lý văn phòng hoặc bác sĩ của chúng tôi.
6. **Thông tin cá nhân của bạn sẽ không được sử dụng cho mục đích tiếp thị hoặc quảng cáo** sản phẩm, hàng hóa hoặc dịch vụ.
7. **Chúng tôi cam kết cung cấp cho bệnh nhân quyền truy cập vào hồ sơ y tế** theo quy định của tiểu bang và liên bang.
8. **Chúng tôi có thể thay đổi, bổ sung hoặc chỉnh sửa các điều khoản** để phù hợp với nhu cầu của bệnh nhân và cơ sở y tế.
9. **Bạn có quyền yêu cầu hạn chế việc sử dụng PHI của mình** hoặc thay đổi chính sách liên quan đến PHI. Tuy nhiên, chúng tôi không bắt buộc phải thay đổi chính sách nội bộ để phù hợp với yêu cầu của bạn.

Tôi, _____, đồng ý và xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu **THÔNG TIN HIPAA** cũng như bất kỳ thay đổi nào trong chính sách của văn phòng. Tôi hiểu rằng sự đồng ý này sẽ có hiệu lực từ bây giờ trở đi.

Chữ ký: _____

Ngày: _____

ĐƠN CHẤP THUẬN CHỤP ẢNH, QUAY PHIM, HOẶC GHI HÌNH CÁ NHÂN CHO MỤC ĐÍCH PHI LỢI NHUẬN

(Dành cho mục đích giáo dục, dịch vụ công cộng hoặc nâng cao nhận thức về sức khỏe)

Tên người thụ hưởng dịch vụ: _____

Tên trường học (nếu là học sinh): _____

Thỏa thuận chấp thuận

Vui lòng đánh dấu vào một trong các ô dưới đây, sau đó ký và ghi ngày vào biểu mẫu.

Tôi đồng ý

Tôi đồng ý tham gia các cuộc phỏng vấn, sử dụng trích dẫn và cho phép chụp ảnh, quay phim hoặc ghi hình cá nhân có tên trên. Tôi cũng đồng ý cho **AINAK** quyền chỉnh sửa, sử dụng và tái sử dụng những sản phẩm này cho mục đích phi lợi nhuận, bao gồm nhưng không giới hạn ở báo in, internet và các phương tiện truyền thông khác. Hơn nữa, tôi miễn trừ **AINAK**, các đại lý và nhân viên của tổ chức này khỏi bất kỳ khiếu nại, yêu cầu hoặc trách nhiệm pháp lý nào liên quan đến việc sử dụng những tài liệu trên.

Tôi không đồng ý

Tôi không đồng ý tham gia phỏng vấn, sử dụng trích dẫn hoặc chụp ảnh, quay phim, ghi hình cá nhân có tên trên.

Chữ ký

Nếu người thụ hưởng dưới 18 tuổi:

Chữ ký của phụ huynh/người giám hộ: _____

Ngày: _____

Nếu người thụ hưởng từ 18 tuổi trở lên:

Chữ ký của cá nhân: _____

Ngày: _____