

## 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

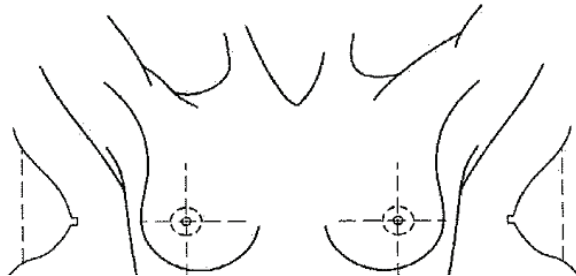
10. Các phẫu thuật vú khác:

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: