



Association of Vietnamese American Dentists

ĐƠN ĐÓN CHÀO

Lý Lịch Bệnh Nhân

Tên Bệnh Nhân: _____
Họ *Tên* *Tên lót (Tất)*

Ngày Sinh: ____ / ____ / ____ Số An Sinh Xã Hội: ____ - ____ - ____
(Tháng) *(Ngày)* *(Năm)*

Phái: Nam Nữ Tình Trạng Gia Đình: Độc Thân Có gia đình Ly dị Ly thân

Địa chỉ: _____
(Số nhà, tên đường) *(Thành phố)* *(Tiểu Bang) (Zipcode)*

Tên người giới thiệu: _____

Điện thoại nhà: _____ Điện thoại di động: _____

Điện thoại sở: _____

Tên người liên lạc lúc khẩn cấp: _____ Số điện thoại: _____

Bảo Hiểm Y Tế

Tên người đứng bảo hiểm: _____ Quan hệ với bệnh nhân: _____

Ngày Sinh: ____ / ____ / ____ Số An Sinh Xã Hội: ____ - ____ - ____
(Tháng) *(Ngày)* *(Năm)*

Tên Sở làm: _____ Thời gian làm: _____

Điện thoại Sở: _____

Địa chỉ Sở: _____
(Số nhà, tên đường) *(Thành phố)* *(Tiểu Bang) (Zipcode)*

Tên bảo hiểm: _____ Nhóm (Group#) _____ Ký số (ID#) _____

Tên: _____

Chữ ký: _____ Ngày ký: _____

Đơn Xác Nhận Thông Báo về Thực Hành Bảo Mật

---- Quý vị có thể từ chối ký xác nhận đơn này ----

Tôi, _____, xin xác nhận rằng tôi đã nhận được một bản sao Thông báo
(Họ Tên)

về thực hành bảo mật.

Xin viết tên bằng chữ in

Chữ ký

Ngày ký

Thắc Mắc và Khiếu Nại

Nếu quý vị muốn biết rõ hơn về việc thực hành bảo mật của chúng tôi, hoặc có câu hỏi, hoặc quan tâm, xin vui lòng liên lạc với chúng tôi.

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi có thể đã vi phạm quyền riêng tư của quý vị, hoặc không đồng ý với quyết định của chúng tôi về truy cập thông tin sức khỏe của quý vị, hoặc đáp ứng sự yêu cầu quý vị thực hiện để sửa đổi hoặc hạn chế sử dụng, hoặc tiết lộ thông tin về sức khỏe của quý vị, hoặc chúng tôi giao tiếp với quý vị bằng các phương tiện thay thế hoặc tại các địa điểm thay thế, quý vị có thể khiếu nại với chúng tôi bằng cách sử dụng các thông tin liên lạc được liệt kê ở phần cuối của thông báo này. Quý vị cũng có thể gửi đơn khiếu nại bằng văn bản cho Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ. Chúng tôi sẽ cung cấp cho bạn địa chỉ để nộp đơn khiếu nại với Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ khi có sự yêu cầu.

Chúng tôi ủng hộ quyền riêng tư về thông tin sức khỏe của quý vị. Chúng tôi sẽ không trả đũa bằng bất kỳ hình thức nào nếu quý vị chọn để nộp đơn khiếu nại với chúng tôi hoặc với Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ.