

PATIENT REGISTRATION FORM

All information listed is completely confidential. Please note, the form is double-sided.

ข้อมูลผู้ป่วย:		วันที่ (เดือน/วัน/ปี): ____ / ____ / ____	
ชื่อจริง (นามสกุล, ชื่อ, ชื่อกลาง):			
วันเกิด:		หมายเลขบัตรประชาชน:	
เพศเกิด ชาย ☐ ชาย ☐ หญิง ☐	อัตรลักษณ์ทางเพศ: ☐ เพศกำเนิด ☐ ชายข้ามเพศ ☐ หญิงข้ามเพศ ☐ อื่นๆ ☐ ปฏิเสธที่จะระบุ		
รสนิยมทางเพศ: ☐ รักทางเพศ ☐ รักเพศเดียวกัน ☐ รักสองเพศ ☐ อื่นๆ ☐ ไม่แน่นอน ☐ ปฏิเสธที่จะระบุ			
สถานภาพสมรส: ☐ โสด ☐ มีคู่ชีวิต ☐ สมรส ☐ แยกกันอยู่ ☐ หย่า ☐ หม้าย			
ทหารผ่านศึก: ☐ ใช่ ☐ ไม่ ☐ ปฏิเสธที่จะระบุ		ผู้พิการ: ☐ ใช่ ☐ ไม่	
ที่อยู่ (Address):			
เมือง(City):		รัฐ (State):	เลขไปรษณีย์:
ขนาดครอบครัว (รวมตัวเอง):		รายได้ครอบครัวต่อเดือน: \$	
ประเภทที่อยู่อาศัย: ☐ เป็นเจ้าของ/เช่า ☐ พักอาศัยกับเพื่อน ☐ ชั่วคราว ☐ ไร้ที่อยู่อาศัย ☐ อื่นๆ:			
ช่องทางการสื่อสาร: กรุณาเลือกวิธีการติดต่อทั้งหมดที่ท่านต้องการให้ใช้ในการติดต่อข้อมูลสุขภาพของท่าน			
☐ เบอร์โทรศัพท์บ้าน:		☐ เบอร์ โทรศัพท์ มือถือ:	
☐ อีเมล:			
☐ ฉันไม่ประสงค์ที่จะรับการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ (ข้อความและอีเมล) เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของฉัน			
เชื้อชาติ: กรุณาเลือกข้อที่เกี่ยวข้อง (ตามข้อกำหนดของรัฐบาล)			
☐ เกาหลี ☐ คนขาว ☐ คนดำ/แอฟริกัน ☐ บังกลาเทศ ☐ ไทย ☐ อินเดียเอเชีย ☐ จีน ☐ ฟิลิปปินส์ ☐ ญี่ปุ่น ☐ เวียดนาม ☐ เอเชียอื่นๆ ☐ ชาวฮิสแปนิก ☐ เกาเซแปซิฟิกกลุ่มอื่น ☐ กวม ☐ ซามัว ☐ ซามัว ☐ ชาวอเมริกันอินเดียน / ชาวพื้นเมืองอลาสกา ☐ อื่นๆ:			
ชาติพันธุ์: (ตามข้อกำหนดของรัฐบาล)			
☐ ไม่ใช่ชาวฮิสแปนิก ☐ เม็กซิกัน ☐ เม็กซิกัน-อเมริกัน(เกิดในสหรัฐอเมริกา) ☐ เปอร์โตริโก ☐ คิวบา ☐ ชาวฮิสแปนิกกลุ่มอื่น (ไม่ใช่เม็กซิกัน/เปอร์โตริโก/คิวบา) ☐ ปฏิเสธที่จะระบุ			

ภาษาที่ใช้:	คุณต้องการล่ามไหม? ☐ ใช่ ☐ ไม่
☐ อังกฤษ ☐ เกาหลี ☐ สเปน ☐ บังกลาเทศ ☐ ภาษาทาจิก ☐ ภาษาจีนกลาง ☐ ฮินดี ☐ อูรดู ☐ ภาษาไทย ☐ ตากาล็อก ☐ อื่นๆ	

ผู้ติดต่อกรณีฉุกเฉิน:	
ชื่อจริง:	ความสัมพันธ์ :
เบอร์โทรศัพท์: ช่วงวัน	เบอร์โทรศัพท์: ช่วงเย็น
ฉันอนุญาตให้ผู้ติดต่อกรณีฉุกเฉินของฉันเป็นผู้รับเอกสารประวัติการรักษาแทนฉัน: ☐ ใช่ ☐ ไม่	

หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	สนใจที่จะขอรับหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ☐ ใช่ ☐ ไม่
--	--

* หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล คือเอกสารทางกฎหมายที่บุคคลสามารถระบุล่วงหน้าได้ว่า ต้องการให้ดำเนินการด้านสุขภาพของตนอย่างไร ในกรณีที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองเนื่องจากอาการป่วยหรือภาวะไร้ความสามารถ

ร้านยาที่ต้องการ:	
ชื่อร้านยา:	เบอร์โทรศัพท์:
ที่อยู่:	เลขไปรษณีย์:

แบบยินยอมสำหรับการดูแลสุขภาพ

สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปหรือผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีซึ่งอาศัยอยู่กับผู้ให้กำเนิด/ผู้ปกครอง หรือเป็นผู้เยาว์ที่ได้รับการปลดปล่อยทางกฎหมายเพื่อวัตถุประสงค์ในการรับการวินิจฉัยและ/หรือการรักษาที่คลินิกKHEIRฉันให้ความยินยอมแก่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ได้รับใบอนุญาตเกี่ยวข้องกับคลินิกดังกล่าวในการรักษาหรือบุตรเยาว์ของฉันและในการแนะนำและ/หรือสั่งตรวจห้องปฏิบัติการหรือการตรวจพิเศษอื่นๆตามความเหมาะสมเพื่อการวินิจฉัยอาการของฉันหรือบุตรเยาว์ของฉัน ฉันเข้าใจว่าเอกสารประวัติการรักษาจะได้รับการเก็บรักษาอย่างเป็นความลับแต่ฉันเข้าใจว่าข้อมูลบางส่วนอาจต้องแบ่งปันระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับคลินิกตามปฏิบัติที่เหมาะสมและถูกต้องตามกฎหมาย

ผู้ใหญ่

ฉันอายุ 18 ปีขึ้นไปหรือเป็นผู้เยาว์ที่ได้รับการปลดปล่อยทางกฎหมาย

นามสกุล	ชื่อ	ชื่อกลาง
วันเกิด: _____ (เดือน) _____ (วัน) _____ (ปี)		
ลายเซ็น: _____	วันที่: _____ (เดือน) _____ (วัน) _____ (ปี)	

ผู้เยาว์

ฉันเป็นผู้ให้กำเนิดหรือผู้ปกครองของ:

นามสกุลเด็ก	ชื่อเด็ก	ชื่อกลางเด็ก
วันเกิด: _____ (เดือน) _____ (วัน) _____ (ปี)		
ชื่อจริงคุณแม่	ชื่อจริงคุณพ่อ	
เบอร์โทรศัพท์ :	เบอร์โทรศัพท์ :	
ลายเซ็น: _____	วันที่: _____ (เดือน) _____ (วัน) _____ (ปี)	

ฉันอนุญาตให้ดำเนินการรักษาบุตรเยาว์ของฉันหากฉันไม่สามารถอยู่ร่วมในขณะนั้นได้

☐ ใช่

☐ ไม่