



**Client Label**  
(Clinic use only-Leave Blank)

MỌI THÔNG TIN TRÊN MẪU ĐƠN NÀY ĐỀU ĐƯỢC GIỮ KÍN  
THÔNG TIN CỦA THÂN CHỦ ĐƯỢC GIỮ KÍN THEO ĐẠO LUẬT DÂN QUYỀN 56,10

**ĐƠN GHI DANH CỦA BỆNH NHÂN**

**Hoàn thành toàn bộ mẫu**

Họ \_\_\_\_\_ Tên \_\_\_\_\_ Tên Lót \_\_\_\_\_

Ngày Sinh \_\_\_\_\_ Giới Tính  Nữ  Nam  Chuyển Giới từ Nam sang Nữ  Chuyển Giới từ Nữ Sang Nam

Địa Chỉ \_\_\_\_\_ Thành phố \_\_\_\_\_

Khu Bru Chính \_\_\_\_\_ Số Điện Thoại \_\_\_\_\_ Thư điện tử: \_\_\_\_\_

Nơi Sinh \_\_\_\_\_ Tên Thời Con Gái của Mẹ \_\_\_\_\_

Châu Mỹ La Tinh  Có  Không  Không Biết

Sắc Tộc	<input type="checkbox"/> Người An-Giê-Ri	<input type="checkbox"/> Người Phi	<input type="checkbox"/> Người Hàn Quốc	<input type="checkbox"/> Người So-Ma-Lia
	<input type="checkbox"/> Người Mỹ Da Đỏ	<input type="checkbox"/> Người Đảo Guam	<input type="checkbox"/> Người Lào	<input type="checkbox"/> Nam Mỹ/Trung Mỹ
	<input type="checkbox"/> Da Đen/Mỹ gốc Phi Châu	<input type="checkbox"/> Người Ha-Wai-I bản xứ	<input type="checkbox"/> Người Lê-Ban-Ni	<input type="checkbox"/> Người Tây Ban Nha
	<input type="checkbox"/> Người Cam-Pu-Chia	<input type="checkbox"/> Người Châu Mỹ La Tinh-Người Dân Tộc Khác	<input type="checkbox"/> Người Mễ	<input type="checkbox"/> Người Thái Lan
	<input type="checkbox"/> Người Gốc Da Trắng/Da Trắng	<input type="checkbox"/> Người Ấn Độ (Á Châu)	<input type="checkbox"/> Người Mỹ Da Đỏ/Người Da Đỏ	<input type="checkbox"/> Người Việt
	<input type="checkbox"/> Người Trung Hoa	<input type="checkbox"/> Người I-Ran	<input type="checkbox"/> Người Đảo Thái Bình Dương	<input type="checkbox"/> Lưu giữ
	<input type="checkbox"/> Người Cu Ba	<input type="checkbox"/> Người I-Rắc	<input type="checkbox"/> Người Pa-Les-Tin	<input type="checkbox"/> Không Biết
	<input type="checkbox"/> Người Ai Cập	<input type="checkbox"/> Người Nhật	<input type="checkbox"/> Người Puerto Rico	<input type="checkbox"/> Dân Tộc
		<input type="checkbox"/> Người Sa-moan	<input type="checkbox"/> Khác _____	

Chủng Tộc	<input type="checkbox"/> Người Da Đỏ Alaska	<input type="checkbox"/> Á Châu	<input type="checkbox"/> Người Đảo Thái Bình Dương	<input type="checkbox"/> Không Biết
	<input type="checkbox"/> Người Mỹ Da Đỏ	<input type="checkbox"/> Da Đen	<input type="checkbox"/> Người Da Trắng	<input type="checkbox"/> Khác _____

Ngôn Ngữ Chính	<input type="checkbox"/> Am. Ngôn Ngữ Cầm	<input type="checkbox"/> Tiếng Đức	<input type="checkbox"/> Tiếng Lào	<input type="checkbox"/> Tiếng Sa-moan
	<input type="checkbox"/> Tiếng Ai Cập	<input type="checkbox"/> Tiếng Hy Lạp	<input type="checkbox"/> Tiếng Phổ Thông	<input type="checkbox"/> Tiếng Tây Ban Nha
	<input type="checkbox"/> Tiếng Ac-mê-ni	<input type="checkbox"/> Tiếng Do Thái Cận Đại	<input type="checkbox"/> Tiếng Miên	<input type="checkbox"/> Tiếng Phi
	<input type="checkbox"/> Tiếng Cam-Pu-Chia	<input type="checkbox"/> Tiếng Hin Di (Ấn Độ)	<input type="checkbox"/> Tiếng Ba Tư	<input type="checkbox"/> Tiếng Thái
	<input type="checkbox"/> Tiếng Quảng Đông	<input type="checkbox"/> Tiếng Hmong	<input type="checkbox"/> Tiếng Ba Lan	<input type="checkbox"/> Tiếng Thổ Nhĩ Kỳ
	<input type="checkbox"/> Tiếng Anh	<input type="checkbox"/> Tiếng Ý	<input type="checkbox"/> Tiếng Bồ Đào Nha	<input type="checkbox"/> Tiếng Việt
	<input type="checkbox"/> Tiếng Far-si	<input type="checkbox"/> Tiếng Nhật	<input type="checkbox"/> Tiếng Ru Ma Ni	<input type="checkbox"/> Ngôn Ngữ
	<input type="checkbox"/> Tiếng Pháp	<input type="checkbox"/> Tiếng Hàn Quốc	<input type="checkbox"/> Tiếng Nga	<input type="checkbox"/> Khác _____

**Liên Lạc Trong Trường Hợp Khẩn Cấp**

Họ \_\_\_\_\_ Tên \_\_\_\_\_ Điện Thoại \_\_\_\_\_