

등록 양식

정자로 기입하십시오 BCCHP 에 처음이십니까? ☐ 예 ☐ 아니요 여자 ☐ 남자 ☐ Authorization #

성	이름	중간 이름 이니셜	Authorized for: ☐ CBE ☐ Pelvic ☐ Pap ☐ Mammogram ☐ FOBT/FIT ☐ Colonoscopy	
종전 이름			Prime Contractor	Date
생년월일	사회보장번호(SSN)		Clinic / Screening Site	
주소			Appointment Date: Time:	
시	주	우편번호	Clinic Chart #	

전화번호: 메시지를 남겨도 괜찮습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 전화하기 좋은 시간: ☐ 오전 ☐ 오후
집: 휴대전화: 직장: 다른 번호:

프로그램 자격: 일년에 한번 작성해야 함

세금 공제 전 가계 소득? \$ _____ 매 ☐ 월 ☐ 년 이 소득으로 부양되는 식구 수? _____

애플헬스(Apple Health) 가입 자격 확인 ☐ 예 ☐ 아니요 (이유 _____) 날짜:

애플헬스 가입 자격 ☐ 예 ☐ 아니요 애플헬스 가입 여부 ☐ 예 ☐ 아니요 날짜:

보험이 있습니까? (해당 사항을 모두 선택하십시오) ☐ 건강 보험 없음 그리고 애플헬스 가입 자격 없음(거부서 첨부)

☐ 메디케어 파트 B ☐ 애플헬스, 메디케이드, 프로바이더원 또는 의료 쿠폰 # _____

☐ 일반 보험 보험회사명: _____ 공제금: \$ _____ 증서번호/ID #: _____

증상이 있습니까? ☐ 유방에 대한 증세 ☐ 대장에 대한 증세 ☐ 대장암 또는 대장 용종에 대한 가족력
대장내시경 검사를 받아 본 적이 있습니까? ☐ 아니요 ☐ 예, 그 시기는? _____

출생국: ☐ 미국: 주: _____ ☐ 기타(명시하십시오: _____)

주로 사용하는 언어? (해당 사항을 모두 선택하고 선호 언어에 동그라미 하십시오) ☐ 영어 ☐ 스페인어

☐ 베트남어 ☐ 중국어 ☐ 한국어 ☐ 캄보디아어 ☐ 러시아어 ☐ 기타(명시하십시오: _____)

본인이 무슨 인종이라고 생각하십니까? (하나 또는 그 이상 선택)

☐ 아시아인 ☐ 흑인 또는 아프리카계 미국인 ☐ 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민(종족 명시: _____)

☐ 백인 또는 코카시안 ☐ 하와이 원주민 또는 기타 태평양 제도민(명시하십시오: _____) ☐ 모름

라티노 또는 히스페닉입니까? ☐ 예 ☐ 아니요

최종 학력을 말씀해 주십시오. (학년 수) _____

BCCHP에 처음이시라면, 이 프로그램을 어떻게 아셨습니까? (하나만 선택)

☐ 안내자료

☐ 병원

☐ 커뮤니티 기관

☐ 행사

☐ 광고지

☐ 친구 또는 친척

☐ 고용주

☐ 인터넷 검색 - BCCHP 웹사이트

☐ Komen for the Cure

☐ 우편

☐ 신문

☐ 봉사활동자

☐ 포스터

☐ 라디오

☐ 방사선과

☐ TV

☐ 기타 (구체적으로 기입): _____

Please FAX form to BCCHP Prime Contractor at: 206-296-0208