

DOH 342-054 February 2018-Khmer

ទម្រង់បែបបទសម្រាប់ចុះឈ្មោះ BCCHP

សូមបោះពុម្ព		ថ្ងៃចំពោះ BCCHP មែនទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ		Authorization #	
នាមត្រកូល		នាមខ្លួន		Authorized for: ☐ CBE ☐ Pelvic ☐ Pap ☐ Mammogram ☐ FOBT/FIT ☐ Colonoscopy	
ភេទ: ☐ ស្រី ☐ ប្រុស ☐ ប្រុសអន្តរភេទ ☐ ស្រីអន្តរភេទ ☐ ភេទស្នេហាប្រុស ឬស្រីស្រី ☐ ភេទមិនមែនប្រុស ឬស្រី ☐ គ្មានភេទ ☐ _____		សេវាកម្មដែលត្រូវបានបោះពុម្ព: ☐ សុខដំបូង ☐ មាត់ស្បូន ☐ ពោះវៀនធំ		Prime Contractor	
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត		លេខប័ណ្ណសន្តិសុខសង្គម 4 ខ្ទង់ចុងក្រោយ (ខាត់ក៏បានមិនខាត់ក៏បាន)		Date	
អាសយដ្ឋាន				Clinic / Screening Site	
ទីក្រុង		រដ្ឋ	ប្រទេស	Appointment Date: Time:	
				Clinic Chart #	
លេខទូរស័ព្ទ: យល់ព្រមផ្ញើសារទូរស័ព្ទដែរឬទេ? ☐ យល់ព្រម ☐ ទេ ពេលល្អបំផុតសម្រាប់ការហៅទូរស័ព្ទ: ☐ ព្រឹក ☐ ល្ងាច ទូរស័ព្ទនៅផ្ទះ: ទូរស័ព្ទនៅការងារ: ទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ:					
ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី: ត្រូវតែបំពេញជាមួយរាល់ឆ្នាំ					
ប្រាក់ចំណូលក្រុមគ្រួសារមុនពេលបង់ពន្ធ? \$ _____ ក្នុងមួយ ☐ ខែ ☐ ឆ្នាំ តើមានមនុស្សប៉ុន្មាននាក់ដែលរស់នៅលើប្រាក់ចំណូលនេះ?					
គូសយកក្នុងប្រអប់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី Apple Health ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ (ហេតុផល _____) កាលបរិច្ឆេទ: មានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី Apple Health ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ត្រូវបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងកម្មវិធី Apple Health ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ កាលបរិច្ឆេទ:					
តើអ្នកមានអ្វីដូចតទៅនេះដែរឬទេ? (ជ្រើសរើសយកទាំងអស់ឱ្យត្រឹមត្រូវចំពោះអ្នក) ☐ មិនមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងមិនមាន សិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី Apple Health (សូមភ្ជាប់ជាមួយនូវការបដិសេធមិនផ្តល់ជូន ប្រសិនបើមាន) ☐ កម្មវិធី Medicare Part B ☐ Apple Health, Medicaid, លេខប័ណ្ណអ្នកផ្តល់សេវាកម្មទីមួយ _____ ☐ ការធានារ៉ាប់រង ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន: _____ ប្រាក់កាត់កង: \$ _____ លេខគោលនយោបាយ/សម្គាល់អត្តសញ្ញាណ: _____					
តើអ្នកមានអ្វីដូចតទៅនេះដែរឬទេ? ☐ ហាតសញ្ញានៅសុខដំបូង ☐ ហាតសញ្ញានៅពោះវៀនធំ ☐ ប្រវត្តិក្រុមគ្រួសារមានជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ ឬជំងឺដទៃទៀតព្រោះវៀនធំ តើអ្នកមានបានធ្វើការឆ្លុះពោះវៀនធំកាលពីមុនដែរឬទេ? ☐ ទេ ☐ មាន បើមាន នៅពេលណា? _____					
ភាសាបឋម? (សូមគូសយកទាំងអស់ដែលត្រឹមត្រូវចំពោះអ្នក គូសរង្វង់ជុំវិញភាសាមួយដែលអ្នកចូលចិត្តជាងគេ) ☐ ភាសាអង់គ្លេស ☐ ភាសាអេស៉្បាញ ☐ ភាសាវៀតណាម ☐ ភាសាចិន ☐ ភាសាកូរ៉េ ☐ ភាសាខ្មែរ ☐ ភាសាស្ប៉ូរី ☐ ភាសាផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់: _____) តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដែរឬទេ? ☐ ទេ ☐ ត្រូវការ					
តើអ្នកគិតថាខ្លួនឯងមានជាតិសាសន៍អ្វីដែរ? (គូសសញ្ញាសម្គាល់យកមួយ ឬលើសពីមួយ) ☐ ជនជាតិអាស៊ី ☐ ជនជាតិអាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកដើមកំណើតអាហ្វ្រិក ☐ ជនជាតិឥណ្ឌូស្បែកក្រហមអាមេរិក ឬជនជាតិកំណើតដើមអាឡាស្កា (សូមបញ្ជាក់ក្នុងសម្ព័ន្ធ: _____) ☐ ជនជាតិស្បែកស ឬជនជាតិកៅកាស៊ីន ☐ ជនជាតិកំណើតដើមកោះហាវ៉ៃ ឬអ្នកកោះក្នុងមហាសមុទ្រប៉ាស៊ីហ្វិកដទៃទៀត (សូមបញ្ជាក់: _____) ☐ មិនដឹង តើអ្នកជាជនជាតិដែលមានដើមកំណើតអាមេរិកឡាទីន ឬអេស៉្បាញមែនទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ					
តើអ្នកបានបញ្ចប់ថ្នាក់ខ្ពស់ត្រឹមថ្នាក់ទីប៉ុណ្ណា? (ចំនួនឆ្នាំសិក្សា) _____					
ប្រសិនបើអ្នកចង់ចំពោះ BCCHP តើអ្នកស្វែងយល់អំពីកម្មវិធីនេះដោយរបៀបណា? (ជ្រើសរើសយកចម្លើយមួយ) ☐ មន្ទីរសម្រាកព្យាបាល ☐ មិត្តភក្តិ ឬសាច់ញាតិ ☐ វីឡូ ☐ អង្គការសហគមន៍ ☐ ការស្វែងរកតាមអ៊ិនធើណិត - គេហទំព័ររបស់ BCCHP ☐ ផ្នែកវិទ្យាសាស្ត្រ ☐ និយោជក ☐ ការផ្ញើសំបុត្រតាមប្រៃសណីយ៍ ☐ ទូរទស្សន៍ ☐ បុគ្គលិកការងារចម្បងផ្សាយសហគមន៍ ☐ ផ្ទាំងផ្សព្វផ្សាយ ឱក្ខប័ណ្ណ ឬកូនសៀវភៅផ្សព្វផ្សាយ ☐ ផ្សេងៗទៀត (សូមបញ្ជាក់: _____)					

សូមផ្ញើទម្រង់បែបបទតាមទូរសារទៅកាន់អ្នកជាប់កិច្ចសន្យាផ្ទាល់មាត់របស់ BCCHP តាមរយៈ: