



**CHƯƠNG TRÌNH SHOW ME HEALTHY WOMEN (SMHW) CỦA SỞ Y TẾ
VÀ DỊCH VỤ DÀNH CHO NGƯỜI CAO TUỔI MISSOURI**

TIỀN SỬ CỦA BỆNH NHÂN

(DO KHÁCH HÀNG ĐIỀN VÀ ĐƯỢC XEM LẠI HÀNG NĂM)

P. O. BOX 570
JEFFERSON CITY, MO 65102-0570
(573) 522-2845

ĐỊA ĐIỂM GHI DANH/PHÒNG KHÁM VỆ TINH (NẾU CÓ)		NGÀY THĂM KHÁM (MM/DD/YYYY)	
A. TIỂU SỬ CÁ NHÂN			
TÊN (HỌ, TÊN, TÊN ĐỆM)		NHŨ DANH	
ĐỊA CHỈ EMAIL	SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ	SỐ ĐIỆN THOẠI NƠI LÀM VIỆC	SỐ ĐIỆN THOẠI DI ĐỘNG
ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG	THÀNH PHỐ/TIỂU BANG	MÃ ZIP	HẠT
NGÀY SINH (MM/DD/YYYY)	SỐ AN SINH XÃ HỘI (KHÔNG BẮT BUỘC)	VUI LÒNG CHO BIẾT NGÔN NGỮ CHÍNH ĐƯỢC NÓI TRONG GIA ĐÌNH QUÝ VỊ LÀ GÌ? <input type="checkbox"/> Tiếng Anh <input type="checkbox"/> Tiếng Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Khác _____	
SỐ THÀNH VIÊN TRONG HỘ GIA ĐÌNH	CHI TRẢ BẢO HIỂM: <input type="checkbox"/> Không có <input type="checkbox"/> Mo HealthNet <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Tự Nhân	MEDICAID DCN/MÃ SỐ MEDICARE	
Chủng tộc: (phải trả lời, chọn tất cả các trường hợp phù hợp) <input type="checkbox"/> (1) Người da trắng <input type="checkbox"/> (2) Người Da Đen hoặc Mỹ Gốc Phi <input type="checkbox"/> (3) Người Châu Á <input type="checkbox"/> (4) Người Hawaii Bản Xứ hoặc người Đảo Thái Bình Dương Khác <input type="checkbox"/> (5) Người Da Đỏ hoặc Alaska Bản Xứ <input type="checkbox"/> (6) Khác _____ <input type="checkbox"/> (7) Không biết (vui lòng tránh sử dụng)		Sắc tộc: (phải trả lời.) Quý vị có phải là Người Gốc Tây Ban Nha không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
		Trình độ học vấn cao nhất đã hoàn thành (khoanh tròn một chỗ) (tương đương với Hoa Kỳ nếu học ở một nước khác) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	
Quý vị đã nghe đến chương trình Show Me Healthy Women bằng cách nào? (vui lòng chỉ chọn một) <input type="checkbox"/> (1) Bác sĩ <input type="checkbox"/> (2) Phòng khám <input type="checkbox"/> (3) Tivi <input type="checkbox"/> (4) Radio <input type="checkbox"/> (5) Quảng Cáo Trên Báo Chí <input type="checkbox"/> (6) Bảng quảng cáo <input type="checkbox"/> (7) Biển Hiệu Xe Buýt <input type="checkbox"/> (8) Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe <input type="checkbox"/> (9) Hội Chợ Chăm Sóc Sức Khỏe <input type="checkbox"/> (10) Hiệp Hội Chăm Sóc Sức Khỏe <input type="checkbox"/> (11) Công Tác Viên Tiếp Ngoại <input type="checkbox"/> (12) Người Thân/Bạn Bè <input type="checkbox"/> (13) Địa Điểm Khác (nêu rõ) _____		Quý vị đã sử dụng loại phương tiện gì để đến buổi hẹn tại phòng khám? (vui lòng chỉ chọn một) <input type="checkbox"/> (1) Xe buýt <input type="checkbox"/> (2) Xe Van ACT <input type="checkbox"/> (3) Xe Buýt OATS <input type="checkbox"/> (4) Taxi <input type="checkbox"/> (5) Xe Cá Nhân <input type="checkbox"/> (6) Người Thân/Bạn Bè <input type="checkbox"/> (7) SMTS <input type="checkbox"/> (8) Khác _____	
NGÀY KHÁM TẾ BÀO CỐ TỬ CUNG GẦN NHẤT		NGÀY CHỤP X QUANG VÚ GẦN NHẤT	
HIỆN NAY QUÝ VỊ CÓ HÚT THUỐC KHÔNG? <input type="checkbox"/> Mỗi ngày <input type="checkbox"/> Một số ngày <input type="checkbox"/> Hoàn toàn không <input type="checkbox"/> Không biết			
TÊN VÀ SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA 2 NGƯỜI CÓ THỂ LUÔN LIÊN LẠC VỚI QUÝ VỊ:			
TÊN	SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ CÓ MÃ VÙNG	ĐIỆN THOẠI NƠI LÀM VIỆC	
TÊN	SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ CÓ MÃ VÙNG	ĐIỆN THOẠI NƠI LÀM VIỆC	