

Vui lòng điền vào tất cả các phần để xử lý mẫu đơn này.

Người điền mẫu đơn: \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_

Mối Quan hệ với Bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

- Khẩn cấp (khám trong 3 ngày làm việc kể từ khi được phê duyệt lâm sàng)  
 Định kỳ (khám trong 7 ngày làm việc kể từ khi được phê duyệt lâm sàng)

**Các chẩn đoán hoặc Vấn đề:** \_\_\_\_\_

**Phần 1 – Tên và thông tin bệnh nhân như trên ID**

Tên của bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Họ của bệnh nhân: \_\_\_\_\_

Ngày sinh: \_\_\_\_\_ Giới tính:  Nam  Nữ

Địa chỉ nơi bệnh nhân sẽ được khám (**phải ở Quận Harris**):

Số điện thoại: \_\_\_\_\_ Số An sinh Xã hội: \_\_\_\_\_

Bảo hiểm: \_\_\_\_\_ Số điện thoại Bảo hiểm: \_\_\_\_\_ Số ID Hội viên: \_\_\_\_\_

Liên hệ Khẩn cấp: \_\_\_\_\_ Mối quan hệ với bệnh nhân: \_\_\_\_\_

Số điện thoại Liên hệ Khẩn cấp: \_\_\_\_\_

**Phần 2 – Địa điểm Dịch vụ Chăm sóc Tại Nhà**

- LBJ House Call UT (Y học Giảm nhẹ, Lão khoa & Gia đình)  
 BT House Call Baylor (Lão khoa)

**Phần 3 – Lý do sử dụng dịch vụ Chăm sóc Tại Nhà**

(vui lòng đánh dấu tất cả các lý do)

- Quý vị không thể rời khỏi nhà (chỉ ở trong nhà)  
 Cần xe cấp cứu để rời khỏi nhà (nằm liệt giường)  
 Chăm sóc để kiểm soát các triệu chứng (Chăm sóc Giảm nhẹ)  
 Quý vị lo lắng vì thường xuyên bị té ngã ở nhà  
 Điều phối chăm sóc với cơ sở chăm sóc tại nhà  
 Khác: \_\_\_\_\_

**Phần 4 – Các trường hợp Loại trừ Lâm sàng của Dịch vụ Chăm sóc Tại nhà** (chúng tôi không chấp nhận những bệnh nhân sau đây):

*Bệnh nhân có Thiết Bị Hỗ Trợ Tâm Thất Trái (LVAD) - Bệnh nhân có Dinh Dưỡng Toàn Phần Qua Đường Tiêu Hóa (TPN)  
Bệnh nhân sử dụng máy thở – Bệnh nhân được đưa vào Cơ sở chăm sóc cuối đời, Cơ sở Điều dưỡng Chuyên môn hoặc Cơ sở Chăm sóc Cấp tính Dài hạn*

**Phần 5 – Đính kèm bản sao của tất cả thông tin lâm sàng và thông tin nhân khẩu học bên dưới:**

- Giấy phép Lái xe, ID, hoặc hộ chiếu có hình do tiểu bang cấp  
 Bản sao cả hai mặt thẻ bảo hiểm; bảng nhân khẩu học của bệnh viện  
 Tiền sử bệnh và Khám Thể chất, Các Kết quả Xét nghiệm, Bản Tóm tắt Xuất viện  
 Lần cuối cùng quý vị nhập viện là ở đâu/khi nào (tên cơ sở và địa điểm): \_\_\_\_\_

Thông tin Liên hệ của Bác sĩ Chăm sóc Chính:

Tên: \_\_\_\_\_

Số điện thoại: \_\_\_\_\_

Số Fax: \_\_\_\_\_

Tên viết bằng Chữ in hoa: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Chữ ký: \_\_\_\_\_ Số điện thoại: \_\_\_\_\_ nhận tin nhắn? **C/K**

*(Các cuộc hẹn và thông báo của nhà cung cấp dịch vụ được gửi qua tin nhắn văn bản)*

Số ID Bệnh Nhân:

**HARRISHEALTH**  
SYSTEM

**Yêu cầu Dịch vụ Chăm sóc Tại Nhà**

Thứ Hai - Thứ Sáu 8 am đến 4:30 pm

Số điện thoại: 713-814-4505 Số Fax: 713-440-5585

Email: [housecallprogram@harrishealth.org](mailto:housecallprogram@harrishealth.org)