

## Bảng câu hỏi về Thông tin Bệnh Nhân và Thai Kỳ

### THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN

Họ (Last): \_\_\_\_\_ Tên (First): \_\_\_\_\_ Ngày sinh (Tháng/Ngày/Năm): \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_  
Địa chỉ: \_\_\_\_\_ Thành phố: \_\_\_\_\_  
Tiểu Bang: \_\_\_\_\_ Mã Zip: \_\_\_\_\_ Quận (riêng tiểu bang CA): \_\_\_\_\_ Nghề nghiệp: \_\_\_\_\_

### THÔNG TIN VỀ NGƯỜI CHỒNG

Họ (Last): \_\_\_\_\_ Tên (First): \_\_\_\_\_ Ngày sinh (Tháng/Ngày/Năm): \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_  
Nghề nghiệp: \_\_\_\_\_ Chồng của quý vị có phải cha đẻ của thai nhi không? KHÔNG CÓ  
Nếu không, quý vị đã sử dụng tinh trùng được hiến tặng? KHÔNG CÓ

### THÔNG TIN LIÊN HỆ CỦA BỆNH NHÂN VÀ SỰ CHO PHÉP

Số điện thoại di động: \_\_\_\_\_ Số điện thoại nhà riêng: \_\_\_\_\_ Số điện thoại nơi làm việc: \_\_\_\_\_

Chúng tôi có được phép để lại tin nhắn thoại chi tiết có chứa **thông tin y tế bảo mật và kết quả xét nghiệm** không? CÓ  
KHÔNG

Nếu CÓ, vui lòng đánh dấu tất cả các ô thích hợp:  Điện thoại di động  Điện thoại nhà riêng  Điện thoại nơi làm việc

Nếu chúng tôi không thể liên lạc với quý vị, còn người nào khác để chúng tôi có thể để lại tin nhắn thoại có chứa **thông tin y tế bảo mật và kết quả xét nghiệm** hay không? KHÔNG CÓ Nếu CÓ, vui lòng điền các thông tin dưới đây:

Tên: \_\_\_\_\_ Mối quan hệ với bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Số điện thoại: \_\_\_\_\_

• Bệnh nhân có quyền thu hồi sự cho phép để lại tin nhắn thoại bảo mật. • Bệnh nhân chịu trách nhiệm với thông tin trên hộp thư thoại bảo mật.

### THÔNG TIN VỀ BÁC SĨ HOẶC PHÒNG KHÁM GIỚI THIỆU

Tên: \_\_\_\_\_ Số điện thoại: \_\_\_\_\_  
Địa chỉ: \_\_\_\_\_ Thành phố: \_\_\_\_\_ Tiểu bang: \_\_\_\_\_

### THÔNG TIN VỀ THAI KỲ VÀ PHỐI NHIỄM

Quý vị có bị hoặc đã từng bị những chứng bệnh sau đây không?

Bệnh tiểu đường? KHÔNG CÓ  
Bệnh động kinh? KHÔNG CÓ  
Bệnh Lupus? KHÔNG CÓ  
Bệnh Graves hoặc Viêm Tuyến Giáp  
Hashimoto hoặc ung thư tuyến giáp? KHÔNG CÓ

Quý vị có đang mang thai không? KHÔNG CÓ

Ngày dự sinh: \_\_\_\_\_

Quý vị hoặc cha đẻ của thai nhi có phải con nuôi không?

KHÔNG CÓ Nếu có, hãy ghi rõ: \_\_\_\_\_

Quý vị có thường xuyên sử dụng loại thuốc nào không? KHÔNG CÓ

Nếu có, vui lòng nêu rõ. Nếu quý vị đang mang thai, vui lòng liệt kê bất kỳ loại thuốc nào quý vị đã sử dụng kể từ khi thụ thai (ngoại trừ vitamin tiền sản và Tylenol): \_\_\_\_\_

Từ khi thụ thai, quý vị có sử dụng hay bị:

Thuốc lá KHÔNG CÓ \_\_\_\_\_  
Rượu bia KHÔNG CÓ \_\_\_\_\_  
Chất tiêu khiển KHÔNG CÓ \_\_\_\_\_  
Sốt (cao hơn 101° F) KHÔNG CÓ \_\_\_\_\_  
Chụp X quang (trừ nha khoa) KHÔNG CÓ \_\_\_\_\_

**TẤT CẢ CÁC THÔNG TIN TRÊN LÀ CHÍNH XÁC THEO TẤT CẢ SỰ HIỂU BIẾT CỦA TÔI.**

**CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN:** \_\_\_\_\_ **NGÀY:** \_\_\_\_\_

## Quyền và Nghĩa Vụ của Bệnh Nhân Tư Vấn Về Di Truyền

### Tư Vấn Về Di Truyền Trong Sinh Sản

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị đã giới thiệu quý vị tới Integrated Genetics/Esoterix Genetic Laboratories để được tư vấn về di truyền. Ngoài cung cấp các dịch vụ tư vấn về di truyền, Integrated Genetics/Esoterix Genetic Laboratories cũng thực hiện xét nghiệm về di truyền. Cố vấn di truyền sẽ hỗ trợ bệnh nhân và bác sĩ của bệnh nhân xác định các nguy cơ về di truyền, giải thích về các lựa chọn xét nghiệm di truyền thích hợp, trao đổi về ý nghĩa của các kết quả xét nghiệm và giúp bệnh nhân đưa ra quyết định có hiểu biết về việc chăm sóc sức khỏe.

Trong buổi tư vấn về di truyền, cố vấn di truyền sẽ hỏi quý vị các câu hỏi chi tiết về tiền sử sinh sản của cá nhân quý vị cũng như tiền sử sức khỏe của cá nhân và gia đình quý vị. Dựa trên thông tin được cung cấp trong buổi tư vấn, cố vấn di truyền sẽ xác định và trao đổi về các yếu tố nguy cơ về di truyền đã được xác định mà có thể ảnh hưởng đến quý vị hoặc thai nhi của quý vị. Cố vấn di truyền sẽ giải thích về mọi lựa chọn xét nghiệm và thủ thuật hiện có, ví dụ như chọc màng ối, bao gồm cả những lợi ích và hạn chế của các lựa chọn này. Căn cứ vào mong muốn và đánh giá của mình, quý vị sẽ quyết định có thực hiện xét nghiệm di truyền hoặc thực hiện bất kỳ thủ thuật nào hay không. Quyết định này hoàn toàn do quý vị đưa ra.

Điều quan trọng quý vị cần hiểu là cố vấn di truyền sẽ chỉ sử dụng thông tin mà quý vị và văn phòng của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị cung cấp để đánh giá các nguy cơ cụ thể về di truyền. Quý vị có trách nhiệm đảm bảo rằng thông tin cung cấp cho cố vấn di truyền là chính xác và đầy đủ nhất có thể. Nếu vào thời điểm tư vấn về di truyền mà chưa có các kết quả xét nghiệm di truyền liên quan, cố vấn di truyền sẽ không thể cung cấp cho quý vị đánh giá nguy cơ xác đáng nhất về những kết quả xét nghiệm này cũng như (các) tình trạng di truyền tiềm ẩn. Quý vị có trách nhiệm liên hệ với các văn phòng của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hiện tại và trước đây của mình để gửi bất kỳ kết quả xét nghiệm có liên quan nào cho cố vấn di truyền và liên hệ với cố vấn di truyền để lên lịch cố vấn tiếp theo nếu quý vị muốn có thêm đánh giá nguy cơ liên quan đến các kết quả xét nghiệm này. Nếu quý vị biết thêm thông tin nào mới hoặc thông tin khác về tiền sử của gia đình hoặc tiền sử sinh sản của mình, quý vị cũng có trách nhiệm liên hệ lại với cố vấn di truyền sau cuộc hẹn tư vấn về di truyền. Nếu quý vị chọn việc gửi thư điện tử các kết quả xét nghiệm cần thiết hoặc các thông tin hoặc các hồ sơ y tế khác đến cố vấn di truyền của quý vị, thì quý vị sẽ chịu toàn bộ trách nhiệm về sự bảo mật của việc gửi thư điện tử và bất cứ rủi ro tiềm ẩn nào đối với việc thư điện tử của quý vị có thể bị chuyển đến bất cứ người nhận không chủ đích nào.

Chính sách của chúng tôi cấm ghi âm/ghi hình buổi tư vấn về di truyền hoặc chụp ảnh/quay video các tài liệu hoặc cố vấn di truyền.

Quý vị có quyền quyết định tiến hành xét nghiệm di truyền mà quý vị đã trao đổi với cố vấn di truyền của Integrated Genetics. Quý vị có trách nhiệm đảm bảo rằng xét nghiệm mà quý vị đã yêu cầu được thực hiện. Bác sĩ của quý vị chịu trách nhiệm đặt xét nghiệm và chọn phòng thí nghiệm sẽ thực hiện xét nghiệm đó.

Cố vấn di truyền sẽ trao đổi với quý vị về cách nhận kết quả xét nghiệm của quý vị. Kết quả của đa số các xét nghiệm về di truyền sẽ có trong khoảng từ 2 tới 3 tuần. Nếu quý vị muốn cố vấn di truyền hoặc văn phòng của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ liên hệ với quý vị về kết quả xét nghiệm và quý vị chưa nhận được thông tin gì sau khi xét nghiệm từ 2 tới 3 tuần, thì quý vị nên liên hệ với văn phòng của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc cố vấn di truyền của quý vị.

Cố vấn di truyền sẽ tư vấn về di truyền theo yêu cầu của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Các chi phí tư vấn di truyền và bất kỳ xét nghiệm di truyền nào đều tách riêng với các chi phí siêu âm hoặc thăm khám của bác sĩ trong thai kỳ. Integrated Genetics/Esoterix Genetic Laboratories sẽ gửi hóa đơn cho công ty bảo hiểm của quý vị nếu quý vị cung cấp thông tin bảo hiểm cho chúng tôi. Quý vị có trách nhiệm thanh toán mọi khoản còn lại, bao gồm bất kỳ khoản khấu trừ, đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm nào.

Cảm ơn quý vị đã xem xét tài liệu này và chúng tôi hy vọng quý vị thấy thông tin này là hữu ích để hiểu được vai trò của tư vấn di truyền. Vui lòng ký tên dưới đây để xác nhận quý vị đã nhận và xem thông tin ở trên.

Tên Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_ Ngày sinh (Tháng/Ngày/Năm): \_\_\_\_\_

Chữ Ký Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Cố Vấn Di Truyền: \_\_\_\_\_ Điện Thoại: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

#### **Tư vấn Về Di truyền Integrated Genetics ♦ Điện thoại 855-GC CALLS (855-422-2557)**

Integrated Genetics is a business unit of Esoterix Genetics Laboratories, LLC, a wholly-owned subsidiary of Laboratory Corporation of America Holdings.  
© 2017 Laboratory Corporation of America® Holdings. All rights reserved.

**PATIENT INFORMATION** (Please print legibly/Escribir legible)

Name/Nombre: last/apellido first/nombre				<input type="checkbox"/> Male Masculino	<input type="checkbox"/> Female Femenino	Patient #:
Address/Domicilio: Número y calle				Home Phone/Teléfono de la casa		Work Phone/No. de Teléfono del trabajo
				Referring Physician Name (First and Last)/Médico Remitente (nombre y apellido)		
City/ Ciudad	State/Estado	Zip/Zona Postal	Genetic Counselor		Date of Appointment	

**CLIENT INFORMATION**

CLIENT# 184506 SUBCLIENT# 184507  
 Obstetrix Medical Group  
 900 East Hamilton Avenue  
 Suite 220  
 Campbell, CA 95008 Phone: (408) 371-7111

**BILLING/INSURANCE INFORMATION / INFORMACIÓN DE SEGURO PARA COBRO**

(Complete Section 1 if you are paying by cash OR Section 2 to have your insurance company billed.)  
 (Llenar sección 1 si pago es en dinero efectivo. Llenar sección 2 si quiere que su cuenta sea enviada a su seguro médico.)

<b>SECTION 1:</b>  <input type="checkbox"/> Physician or Institution/Doctór ó Institución <input type="checkbox"/> Medicare: (Copy of card required/Copia de la tarjeta) <input type="checkbox"/> Inpatient/Paciente hospitalizado <input type="checkbox"/> Outpatient/Paciente no hospitalizado Card # / # de la tarjeta: _____ <input type="checkbox"/> Medicaid: (Copy of card required/Copia de la tarjeta) Card # / # de la tarjeta: _____ State/Estado: _____ <input type="checkbox"/> California PNS Program <input type="checkbox"/> Patient/Self-Pay/Cobro al paciente <input type="checkbox"/> Payment Enclosed/Pago incluido  * Do not attach credit card information to this form	<b>SECTION 2: Copy of insurance card (front &amp; back) required, attach copy of authorization if available.</b> <b>Copia de la tarjeta del seguro (parte delantera y posterior), adjuntar copia de la autorizacion si está disponible.</b> <input type="checkbox"/> Insurance/PPO/Seguro/PPO <input type="checkbox"/> Blue Cross/Blue Shield <input type="checkbox"/> Medical Group/IPA* Attach co-pay/Adjuntar co-pago <input type="checkbox"/> HMO* Attach co-pay/Adjuntar co-pago  *Authorization # **# de autorización  <i>Non-authorized services will be billed to the patient.</i> <i>Servicios no autorizados serán cobrados a Usted.</i>
	Insurance Co Name/Nombre de la compañía de seguro:
	Billing Address/dirección de la compañía:
	City, State, Zip/Ciudad, Estado, Zona postal:
	Telephone # / # de teléfono:
	Name of Insured/Nombre del asegurado:
	Policy # / # de la póliza:      Group# / # del grupo:
	Name of Employer/Nombre del empleador:
	Relation to Insured/Parentesco con asegurado: Self/Asegurado Spouse/Cónyuge Child/Hijo/a Other/Otro

The charge for these services is separate from any other tests or procedures. I authorize Integrated Genetics to furnish my designated insurance carrier any information concerning my services that is necessary for reimbursement. I also authorize benefits to be payable to Integrated Genetics. I understand that I am responsible for any amount not paid by insurance.

Many insurance carriers will pay only for services they deem to be reasonable and necessary or a covered service. If my insurance carrier determines that a particular service is not reasonable and necessary, my insurance carrier may deny payment. If my plan does not cover the genetic counseling or medical consult provided by Integrated Genetics, I agree to be responsible for full payment.

Signed \_\_\_\_\_ Dated \_\_\_\_\_

El cobro de estos servicios son aparte de cualquier otro examen o procedimiento. Yo autorizo que Integrated Genetics supla a mi seguro médico de cualquier información que sea necesaria para reembolso. Yo también autorizo que los beneficios sean pagados a Integrated Genetics. Yo entiendo que soy responsable por cualquier cantidad que no sea pagada por mi seguro médico.

Muchos seguros médicos solamente pagan por servicios que consideran razonables o necesarios. Si mi seguro determina que algún servicio en particular no es considerado razonable o necesario, mi seguro medico puede negar pago. Si mi plan no cubre la charla con la consejera genetica o consulta médica provista por Integrated Genetics, yo accedo hacerme responsable por la cuenta en completo.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_