NORTH EAST MEDICAL SERVICES
東 北 醫 療 中 心

NEMS MRN:

NAME:

Date of Birth:

REGISTRATION FORM
ĐƠN ĐĂNG KÝ

Date
Ngày ____/____/____

Name
Tên _____
Last | *Họ* First | *Tên* Middle | *Tên Lót*

Date of Birth
Ngày Sinh ____/____/____

Address
Địa Chỉ _____

City
Thành Phố _____

State
Tiểu Bang _____

Zip
Mã Số Bưu Chính _____

Home Phone
Số Điện Thoại Nhà _____

Cell Phone
Số Điện Thoại Di Động _____

Email Address
Địa Chỉ Email _____

Referred to NEMS by
Giới Thiệu Đến NEMS Bởi _____

Sex
Giới Tính
☐ Male Nam ☐ Female Nữ

English Level
Kỹ Năng Nói Tiếng Anh
☐ Good Giỏi ☐ Fair Khá ☐ Little Kém ☐ None Không biết

Dialect(s) Spoken
Phương Ngữ _____

Ethnicity
Dân Tộc
☐ Non-Hispanic/Latino Không phải Gốc Tây Ban Nha / Latino
☐ Hispanic/Latino Gốc Tây Ban Nha / Latino

Race/Ethnic Group (Check all that apply)
Chủng Tộc / Nhóm Dân Tộc (Đánh dấu tất cả các ô thích hợp)

☐ Asian (Please specify) | Người Châu Á (Xin Cho Biết cụ thể)
- ☐ Chinese | Người Trung Quốc
- ☐ Vietnamese | Người Việt
- ☐ Filipino | Người Philippines
- ☐ Native Hawaiian | Người Hawaii Bản Địa
- ☐ Other Pacific Islander | Người Đảo Thái Bình Dương
- ☐ Japanese | Người Nhật
- ☐ Korean | Người Hàn Quốc
- ☐ Burmese | Người Miến Điện
- ☐ Asian Indian | Người Ấn Độ

☐ Black/African American Người Da Đen/Người Mỹ Gốc Phi
☐ American Indian/Alaskan Native Người Da Đỏ/Alaska Bản Địa
☐ White Người Da Trắng
☐ Other Khác _____

NEMS NORTH EAST MEDICAL SERVICES
東 北 醫 療 中 心

NEMS MRN:

NAME:

Date of Birth:

REGISTRATION FORM
ĐƠN ĐĂNG KÝ

Employment Status
Tình Trạng Việc Làm
☐ Full-Time Toàn Thời Gian ☐ Part-Time Bán Thời Gian ☐ Retired Về Hưu

Student Status
Học Sinh
☐ Full-Time Toàn Thời Gian ☐ Part-Time Bán Thời Gian ☐ Not a student Không Phải học Sinh

Marital Status
Tình Trạng Hôn Nhân
☐ Single Độc thân ☐ Married Đã kết hôn ☐ Divorced Đã ly dị
☐ Widowed Góa vợ/chồng ☐ Separated Góa vợ/chồng

Medical Payment Status (Check all that apply) |
HÌNH THỨC TRẢ CHI PHÍ Y TẾ (Đánh dấu tất cả các ô thích hợp)

☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Self-pay Bệnh nhân trả

☐ Private Insurance (Please provide copy of insurance card)
Bảo Hiểm Tư Nhân (Xin vui lòng cung cấp bản sao của Thẻ Bảo Hiểm)

☐ Other
Khác _____

Written Documents in Alternative Formats
Tài liệu viết ở định dạng thay thế

☐ No alternative format needed
Không cần định dạng thay thế

☐ Large print Bản in lớn ☐ Audio CD CD Âm Thanh ☐ Data CD CD Dữ Liệu ☐ Braille Chữ Nổi

☐ Encrypted Audio CD
CD Âm Thanh được Mã Hóa

☐ Encrypted Data CD
Đĩa CD Dữ Liệu được Mã Hóa

☐ I need a format not listed here
Tôi cần một định dạng không được liệt kê ở đây _____

Parents' Information (Complete if patient is under 18)
THÔNG TIN VỀ PHỤ HUYNH (Xin điền nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi)

Father's Name
Tên Cha _____ Date of Birth
Ngày Sinh ___/___/___

Mother's Name
Tên Mẹ _____ Date of Birth
Ngày Sinh ___/___/___

Person to be Contacted in Case of Emergency
Người cần Liên Lạc trong Trường hợp Khẩn Cấp

Name
Tên _____ Phone Number
Số Điện Thoại _____

Relationship
Quan Hệ _____

NORTH EAST MEDICAL SERVICES
東 北 醫 療 中 心

NEMS MRN:

NAME:

Date of Birth:

REGISTRATION FORM
ĐƠN ĐĂNG KÝ

By signing below, I authorize North East Medical Services (NEMS) to provide medical and health care services as authorized by NEMS or its healthcare providers. I further authorize insurance benefits to be paid directly to NEMS. I understand that I am ultimately responsible for all charges incurred including, but not limited to, the following: i) any payments, coinsurance, or and deductibles required by my health insurance; ii) payments for any items or services not covered by my health insurance; or iii) as provided under NEMS' Sliding Fee Discount Program if I do not have health insurance.

Bằng việc ký tên bên dưới, tôi cho phép Dịch Vụ Y Tế Đông Bắc (NEMS) cung cấp các dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe đã được NEMS hoặc các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình phê chuẩn. Ngoài ra, tôi cũng cho phép các phúc lợi bảo hiểm được chi trả trực tiếp cho NEMS. Tôi hiểu rằng tôi phải chịu trách nhiệm cuối cùng đối với tất cả các chi phí phát sinh bao gồm, nhưng không giới hạn với, những điều sau: i) bất kỳ khoản thanh toán, đồng bảo hiểm, hoặc/và khoản khấu trừ nào mà bảo hiểm y tế của tôi yêu cầu; ii) các khoản thanh toán cho bất kỳ hạng mục hoặc dịch vụ nào mà bảo hiểm y tế của tôi không bao trả; hoặc iii) được cung cấp theo Chương Trình Giảm Giá Theo Thang Dịch Vụ của NEMS nếu tôi không có bảo hiểm y tế.

_____
Patient initial
Tên viết tắt của bệnh nhân

I understand that NEMS does not provide on-site emergency services.

Tôi hiểu rằng NEMS không cung cấp các dịch vụ cấp cứu tại chỗ.

_____
Patient initial
Tên viết tắt của bệnh nhân

I understand that NEMS is required by law to report any assault, abuse, and worker's injury to the proper authorities.

Tôi hiểu rằng theo yêu cầu pháp luật, NEMS phải báo cáo mọi hành vi tấn công, sự lạm dụng, và trường hợp nhân viên bị tổn thương cho các cơ quan chức năng thích hợp.

_____
Patient initial
Tên viết tắt của bệnh nhân

I understand that psychosocial information will be shared with my NEMS provider as needed to maintain total care.

Tôi hiểu rằng các thông tin tâm lý xã hội sẽ được chia sẻ với nhà cung cấp dịch vụ y tế của tôi tại NEMS khi cần nhằm duy trì sự chăm sóc sức khỏe toàn vẹn.

_____
Patient initial
Tên viết tắt của bệnh nhân

I understand that my photo will be placed on the NEMS Member Identification (ID) Card.

Tôi hiểu rằng ảnh của tôi sẽ được đưa vào Thẻ Căn Cước Hội Viên NEMS (ID).

NORTH EAST MEDICAL SERVICES
東 北 醫 療 中 心

NEMS MRN:

NAME:

Date of Birth:

REGISTRATION FORM
ĐƠN ĐĂNG KÝ

Patient initial
Tên viết tắt của bệnh nhân

I acknowledge that I have received a copy of NEMS' Notice of Privacy Practices. I understand that I may exercise my rights as described in the notice.

Tôi thừa nhận rằng tôi đã nhận được một bản sao của giấy Thông báo về Quyền riêng tư trong Quy trình Sử dụng Thông tin của Trung tâm Y tế Đông Bắc (NEMS). Tôi hiểu rằng tôi có thể áp dụng các quyền pháp lý của tôi như được mô tả trong thong báo này.

Patient initial
Tên viết tắt của bệnh nhân

I understand that NEMS may contact me as described in its Notice of Privacy Practices and send messages related to treatment, treatment alternatives or other health-related benefits and services that may be of interest. I understand that I may change how NEMS contacts me or opt-out of certain communications at any time by calling NEMS at 1(888) 500-1886.

Tôi hiểu rằng NEMS có thể sẽ liên lạc với tôi như được giải thích trong Thông báo về Chính sách Quyền riêng tư và gửi các thông điệp liên quan đến việc điều trị, phương pháp điều trị thay thế hoặc các lợi ích và dịch vụ liên quan đến sức khỏe khác mà tôi có thể quan tâm đến. Tôi hiểu rang tôi có thể thay đổi những cách liên hệ này hoặc từ chối phần liên hệ kể trên bất kỳ lúc nào bằng cách gọi cho NEMS theo số 1(888) 500-1886.

Patient initial
Tên viết tắt của bệnh nhân

I acknowledge that I have received a copy of the NEMS Member Handbook and have read, understand, and had the opportunity to ask questions about the contents of the handbook.

Tôi xác nhận rằng tôi đã nhận được một cuốn cẩm nang hội viên của NEMS và đã đọc, hiểu và đã có cơ hội đặt câu hỏi về nội dung của cuốn cẩm nang.

Patient initial
Tên viết tắt của bệnh nhân

The Open Payments database is a federal tool used to search payments made by drug and device companies to physicians and teaching hospitals. It can be found at https://openpaymentsdata.cms.gov.

Cơ sở dữ liệu Open Payments là một công cụ của liên bang được dùng để tìm kiếm những thanh toán do các công ty thuốc và thiết bị y tế trả cho các bác sĩ và các bệnh viện thực hành. Có thể xem tại https://openpaymentsdata.cms.gov.

NEMS NORTH EAST MEDICAL SERVICES
東 北 醫 療 中 心

NEMS MRN:

NAME:

Date of Birth:

REGISTRATION FORM
ĐƠN ĐĂNG KÝ

Patient initial
Tên viết tắt của bệnh nhân

NEMS participates in an electronic health information exchange ("HIE"), called, "Care Everywhere," which allows other health care providers that use Care Everywhere to access information from your electronic medical record for continuity and coordination of your care. All information contained in your electronic medical record will be shared through Care Everywhere, including information related to sensitive services, unless we are required to restrict such information. Psychotherapy notes, information related to drug and alcohol abuse, diagnosis or treatment, and information related to sensitive services that NEMS is required to restrict will not be shared without a separate authorization from you. For more information on how we share your information through HIEs, please see our Notice of Privacy Practices. You may opt-out of Care Everywhere and any other HIEs that NEMS participates in by contacting NEMS Health Information Services at 1(888) 500-1886 or submitting a Health Information Exchange Opt-Out form.

NEMS tham gia một hệ thống trao đổi thông tin y tế điện tử ("HIE"), gọi là, "Care Everywhere," cho phép các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác có sử dụng Care Everywhere được tiếp cận thông tin từ bệnh án điện tử của quý vị để tiếp tục và điều phối chăm sóc cho quý vị. Tất cả các thông tin có trong bệnh án điện tử sẽ được chia sẻ thông qua Care Everywhere, kể cả thông tin liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm, trừ khi chúng tôi được yêu cầu hạn chế những thông tin đó. Các ghi chép chữa bệnh tâm lý, thông tin liên quan đến lạm dụng ma túy và rượu, các chẩn đoán hay điều trị, và thông tin liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm mà NEMS được yêu cầu hạn chế sẽ không được chia sẻ mà không có một giấy ủy quyền riêng biệt khác của quý vị. Để biết thêm thông tin về cách chúng tôi chia sẻ thông tin của quý vị qua các HIE như thế nào, vui lòng xem Thông Báo Thực Hành Quyền Riêng Tư của chúng tôi. Quý vị có thể rút khỏi Care Everywhere và bất kỳ HIE nào khác mà NEMS có tham gia bằng cách liên hệ với Phòng Thông Tin Y Tế NEMS theo số 1(888) 500-1886 hoặc gửi một giấy Rút Khỏi Hệ Thống Trao Đổi Thông Tin Y Tế.

NORTH EAST MEDICAL SERVICES
東 北 醫 療 中 心

NEMS MRN:

NAME:

Date of Birth:

REGISTRATION FORM
ĐƠN ĐĂNG KÝ

Signature of Patient or Legal Representative* Chữ Ký của Nhân Hoặc Người Đại Diện Hợp Pháp	Date | Time Ngày | Giờ
Name of Legal Representative Tên của Người Đại Diện Hợp Pháp	Relationship of Legal Representative Mối Quan Hệ của Người Đại Diện Hợp Pháp
Signature of Witness (Required if patient is unable to sign) Chữ Ký của Người Làm Chứng (Bắt buộc nếu bệnh nhân không thể ký tên)	Date | Time Ngày | Giờ

Notes:

*Text messages are not encrypted and may be read or intercepted by someone else. If someone has your phone, they may be able to read your messages.

Các Tin nhắn không được mã hóa và có thể bị người khác đọc hoặc chặn. Nếu ai đó sử dụng điện thoại của quý vị, họ có thể đọc được tin nhắn của quý vị.

** Standard text message, data, and minute usage rates from your mobile or internet service provider may apply.

Bên cung cấp dịch vụ điện thoại di động hoặc internet của quý vị có thể áp dụng các cước phí tiêu chuẩn cho tin nhắn, dữ liệu và thời gian gọi điện thoại.

STAFF USE ONLY: If the patient refused to sign or initial all the acknowledgement statements, please check box, initial, and date:

☐ **REFUSAL TO SIGN** **Staff Initials:** _____ **Date:** ____/____/____

NONDISCRIMINATION DISCLOSURE AND NOTICE OF AVAILABILITY OF LANGUAGE ASSISTANCE SERVICES AND AUXILIARY AIDS AND SERVICES

Our Commitment to Nondiscrimination

In this Notice, we use terms like "we" "our" or "us" to refer to North East Medical Services (NEMS) and NEMS PACE. This notice is available on our website at nems.org. We comply with applicable Federal and state civil rights laws and do not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ancestry, ethnic group identification, religion, age, sex, gender, gender identity, gender expression, sexual orientation, marital status, medical condition, mental disability, physical disability, or genetic information. This commitment applies to all programs, services, and activities of NEMS PACE, including enrollment, participant care, participant services, and operations of our PACE center.

Laws That Protect You

NEMS and NEMS PACE provides services consistent with the requirements of the following laws, among others:

- Title VI of the Civil Rights Act of 1964 (42 U.S.C. § 2000d et seq.), which prohibits discrimination based on race, color, and national origin in programs receiving federal financial assistance.
- Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973 (29 U.S.C. § 794), which prohibits discrimination based on disability in programs receiving federal financial assistance.
- The Age Discrimination Act of 1975 (42 U.S.C. § 6101 et seq.), which prohibits discrimination based on age in programs receiving federal financial assistance.
- Title III of the Americans with Disabilities Act of 1990 (42 U.S.C. § 12181 et seq.), which prohibits discrimination on the basis of disability by private entities that operate places of public accommodation, and Section 202 of Title II of the Americans with Disabilities Act of 1990 (42 U.S.C. § 12132), which prohibits discrimination on the basis of disability by public entities, to the extent applicable.
- Section 1557 of the Patient Protection and Affordable Care Act (42 U.S.C. § 18116), which prohibits discrimination based on race, color, national origin, sex, age, or disability in health programs and activities receiving federal financial assistance.
- California Government Code Section 11135, which prohibits discrimination in programs and activities funded by or receiving financial assistance from the state on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, or sexual orientation.
- California Welfare and Institutions Code Section 14197.09 (SB 923), which requires PACE organizations to provide transgender, gender diverse, and intersex (TGI) participants with access to culturally competent, affirming care.
- The Unruh Civil Rights Act (California Civil Code Section 51 et seq.), which guarantees full and equal accommodations, advantages, facilities, privileges, and services in all business establishments to all persons regardless of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, disability, medical condition, genetic information, marital status, sexual orientation, citizenship, primary language, or immigration status.

NONDISCRIMINATION DISCLOSURE AND NOTICE OF AVAILABILITY OF LANGUAGE ASSISTANCE SERVICES AND AUXILIARY AIDS AND SERVICES

We:

- Provide people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language and oral interpreters
  - Written information in other formats (e.g., large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
  - Assistance with completing forms and other written materials
  - Other auxiliary aids and services as needed

To request any of these services, please contact us using the information provided at the end of this notice.

- Provide free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified spoken language interpreters for in-person, telephone, and telehealth encounters
  - Qualified sign language interpreters
  - Information written in other languages spoken by participants in our service area

If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance services, contact NEMS at 1-888-500-1886 or NEMS PACE at 1-888-981-8909.

How to file a grievance with NEMS or NEMS PACE

If you believe that we discriminated against you or another person based on any of the characteristics listed above, you can file a grievance with our Member Services. If you need help filing a grievance, our Member Services Department is available to help you.

- **By phone:** Call NEMS 1-888-500-1886, NEMS PACE 1-888-981-8909
- **By mail:** Call us and ask to have a grievance form sent to you.
- **In person:** Visit the Member Services Department.

You may also contact our Civil Rights Coordinator
Attn: NEMS Section 1557 Coordinator
North East Medical Services
1520 Stockton Street
San Francisco, CA 94133
NEMSSection1557@nems.org

How to file a grievance with U.S. Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights

- **By phone:** Call 1-800-368-1019 (TTY 711 or 1-800-537-7697)
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:
  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201
  Complaint forms are available at:
  http:www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html
- **Online:** Visit the Office of Civil Rights Complaint Portal at:
  https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf

NEMS NORTH EAST MEDICAL SERVICES
東 北 醫 療 中 心

NEMS PACE

NONDISCRIMINATION DISCLOSURE AND NOTICE OF AVAILABILITY OF LANGUAGE ASSISTANCE SERVICES AND AUXILIARY AIDS AND SERVICES

Spanish (Español)
Si habla español, se encuentran disponibles servicios de asistencia lingüística gratuitos y ayudas/servicios auxiliares.

Chinese (中文)
如果您說中文，我們可提供免費語言協助和輔助設施服務。

Vietnamese (Tiếng Việt)
Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có thể cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí và các thiết bị và dịch vụ hỗ trợ phù hợp.

Japanese (日本語)
日本語を話す場合は、無料の言語支援および補助器具/サービスが利用可能です。

Korean (한국어)
한국어를 하신다면, 무료 언어 지원 및 보조 기기/서비스를 이용하실 수 있습니다.

Tagalog (Tagalog)
Kung nagsasalita ka ng Tagalog, mayroong libreng serbisyo ng tulong sa wika at mga pantulong na kagamitan/serbisyo na magagamit.

Armenian (Հայերեն)
Եթե դուք խոսում եք հայերեն, անվճար լեզվական օգնության և լրացուցիչ ծառայությունների հասանելիություն կա:

Arabic (العربية)
إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فتوفر خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات/الخدمات المساعدة مجانًا.

Persian (فارسی)
اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، کمک خدمات دسترس در رایگان کمکی خدمات/وسایل و زبانی است.

Russian (Русский)
Если вы говорите по-русски, бесплатная языковая помощь и вспомогательные средства/услуги доступны.

Thai (ไทย)
หากคุณพูดภาษาไทย มีบริการช่วยเหลือทางภาษาและอุปกรณ์/บริการเสริมฟรีให้บริการ

Amharic (አማርኛ)
እርስዎ አማርኛ ከሚናገሩ ከሆነ፣ የቋንቋ እርዳታ እና ተጨማሪ አገልግሎቶች በነፃ ይገኛሉ።

French (Français)
Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits et des aides/services auxiliaires sont à votre disposition.

German (Deutsch)
Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachhilfe und Hilfsmittel/Dienste zur Verfügung.

Ilocano (Ilocano)
No agsao kayo ti Ilocano, adda libre a tulong iti lengguahe ken dagiti kagawaan/serbisio nga makatulong.

Samoan (Samoa)
Afai e te tautala i le gagana Samoa, e avanoa auaunaga fesoasoani i gagana ma meafaigaluega /auaunaga fesoasoani e aunoa ma se totogi

Hindi (हिन्दी)
यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो मुफ्त भाषा सहायता और सहायक उपकरण/सेवाएँ उपलब्ध हैं।

Hmong (Hmoob)
Yog koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus dawb thiab cov cuab yeej/kev pab ntxiv muaj.

Mon-Khmer, Cambodian (ភាសាខ្មែរ)
ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ
មានសេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ
និងឧបករណ៍/សេវាជំនួយផ្សេងទៀតមានស្រាប់។

Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ)
ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ/ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

Member Services – California
1520 Stockton Street
San Francisco, CA 94133
1-888-500-1886
TTY: 1-800-735-2929

Member Services – Nevada
5580 W. Flamingo Road, Suite 105
Las Vegas, NV 89103
1-888-500-1886
TTY: 1-800-326-6868

NEMS PACE
728 Pacific Avenue, 2nd floor
San Francisco, CA 94133
1-888-981-8909
TTY: 1-800-735-2929