

Chinese



歡迎來，三藩市公共衛生局社區青少年健康計劃的一部份

*你的答案只供臨床使用，法律規定保密，除非你的安全有風險 (即：身體、性或精神虐待，傷害自己或他人)

這是否你第一次來此診所就診？ 是 否 今天的日期：___/___/___

姓名：(首名和姓氏) _____ 你想用的名字：_____

出生日期：___/___/___ 社會安全證號碼 (如知道) ___-___-___

聯絡資料 聯絡你最好的方法是什麼？ 手機 住家電話 電郵

電郵：_____ 手機：_____

住家電話：_____ 工作電話：_____

我們可以說我們是從此診所打電話來的嗎？ 是 否 請用此身份：_____

我們可以留言嗎？ 是 否

現時地址：_____ 你目前是否無家可歸？ 是 否

街道門牌 城市 州 郵區號碼

緊急聯絡 如在十八歲以下，合法監護人姓名 _____ 和你的關係 _____

監護人電話號碼 _____ 工作電話號碼 _____ 選擇語言 _____

監護人地址 _____

街道門牌 城市 州 郵區號碼

照護者緊急聯絡 (如和監護人不同) _____ 和你的關係 _____

其他聯絡人電話號碼 _____ 地址 _____

街道門牌 城市 州 郵區號碼

保險 你是否有：

Medi-Cal (加州醫療保險)

其他保險：_____

無保險

我不知道

你是否有健保卡？

是 否

母親未婚時姓名：_____

人口資料：

出生國家 _____ 如不是在美國出生，在美國住了多少年 _____ 我認為自己是 女性 男性 變性/酷兒 _____

選擇代名詞 她/她 他/他 Ze/hir _____

族裔 非裔/黑人 亞裔 高加索裔/白人 拉丁裔

中東 美洲原住民 太平洋島裔

多種族裔/種族：_____ 其他：_____

我認為自己是：男同性戀 女同性戀 酷兒 雙性戀 泛性戀

有疑問/未決定 異性戀 大部份異性戀

未列出的身份 (請註明)：_____

選擇語言 英語 西班牙語 粵語 其他：_____

來訪原因 今天你為何來此處？ (選擇所有適用項目)

顧問 身體 免疫注射 避孕方法 檢查性病 檢查懷孕

婦女檢驗 皮膚不適/發疹 避孕跟進 愛滋病毒檢查 檢驗結果

咳嗽/傷射 尋找資源 計劃B 尋找支援 其他：_____

下次來訪 下次來訪你希望接受什麼服務？ _____

住家 在過去三十天，你最常住在什麼地方？ 過渡性居住計劃

庇護所 和父母住 和親戚住 朋友 宿舍 單獨住 在街頭

此居住情況對你是否穩定？ 是 否 有時

此居住情況對你是否安全？ 是 否 有時

你是否有子女？ 是 否

你是否有取得以下的支援服務？

TANF (Temporary Assistance/ Welfare)

免費或減費午餐

房屋協助

糧食券

學校支援服務/IEP

SSI/SSDI

你是如何知道此診所的？ (選擇所有適用項目)

Huckleberry Youth Programs Larkin Street Youth Services

其他機構：_____

學校：_____

其他 _____

COT _____

HIPPA _____



T-HI0001



San Francisco Department of Public Health

SFDPH 有關 HIPAA 隱私實踐的摘要通知及回執

NAME

DOB

MRN

PCP

Patient ID / Addressograph

完整通知：我們已向您提供有關 HIPAA 隱私實踐的完整通知。請仔細閱讀。您也可在以下網址找到該內容：<https://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/medSvs/HIPAA/HIPAAsummaries.asp>。

須遵守本通知規定的機構和人士：所有 DPH 和合約供應商員工、DPH 附屬機構，以及由加州大學舊金山分校分派到 DPH 的工作人員，都必須遵守這些規定。

您享有以下權利：（請參閱「有關隱私實踐的完整通知」中可能規定的限制。）

- 要求查看、閱讀和/或獲取您的健康記錄的副本（可能須收取費用）。
- 要求更正您的健康記錄中您認為錯誤的資訊。
- 要求不與特定個人共享您的健康資訊。
- 要求不將您的健康資訊用於特定目的；例如，研究。
- 要求將您的健康記錄的副本發送給特定人員（可能須收取費用）。
- 獲知（出於治療、付款和計劃改進目的以外的原因）閱讀您記錄的人員。
- 指定 DPH 員工可以聯繫您的情形及方式。

DPH 可能使用和披露您的健康資訊，以改進您的治療。

- 為了改善您獲得的醫療服務品質，可能會在醫療服務提供者之間共享健康資訊，包括您的有關心理健康、藥物濫用、HIV/AIDS、性傳播疾病 (STD) 和發育障礙的健康資訊。
- 在某些情形下，除非您事先允許共享您的健康資訊，否則不會進行共享，例如，在藥物濫用治療機構接受的服務。

如果您認為自己在接受 DPH 服務時隱私權未得到保障，您可以提出投訴。如果您對自己的健康資訊可能（或已經）被共享的方式存有疑慮，請諮詢您的醫療服務提供者，或聯繫以下一個機構：(1) Secretary of U.S. Dept. of Health and Human Services, Office of Civil Rights, Attn: Regional Manager, 50 United Nations Plaza, Rm.322, San Francisco, CA 94103.(2) DPH Office of Compliance and Privacy Affairs, 101 Grove St., Room 330, San Francisco, CA 94102，或撥打免費電話 1-855-729-6040。您不會因提出投訴而遭受任何懲罰。

本人確認收到舊金山公共衛生部「有關 HIPAA 隱私實踐的完整通知」。

病人/長期護理病人/到訪者/或其代表簽名		日期
正楷姓名	如果是代表，請說明關係	口譯員（如適用）

工作人員/見證人：如果未獲得書面回執，請填寫以下內容：

<input type="checkbox"/> 無法簽字 <input type="checkbox"/> 拒絕簽字 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：	
工作人員/見證人簽字	日期
正楷姓名	部門/組織



三藩市總醫院和創傷中心
 SAN FRANCISCO GENERAL HOSPITAL AND TRAUMA CENTER
 LAGUNA HONDA 醫院和康復中心
 LAGUNA HONDA HOSPITAL AND REHABILITATION CENTER
 三藩市健康網絡保健
 SAN FRANCISCO HEALTH NETWORK PRIMARY CARE

入院條件和條款
 急性留醫病人，門診病人和接收緊急服務者須知
 TERMS AND CONDITIONS OF ADMISSION FOR ACUTE INPATIENT,
 OUTPATIENT AND EMERGENCY SERVICES

STUDENT # NAME

DOB

MRN

PCP

Patient ID / Addressograph

證明

我謹此證明我已閱讀和收到上述的副本一份。我是一名病人，或病人的法律代表，或經病人正式授權代表他/她簽署和接受上述條款。(I hereby certify that I have read the foregoing and received a copy thereof. I am the patient, the patient's legal representative, or am otherwise duly authorized by the patient to sign the above and accept its terms on his/her behalf.)

日期 (Date) : _____ 時間 (Time) : _____ 上午/下午 (AM/PM)

簽名 (Signature) : _____
 病人或法律代表 (Patient or Legal Representative)

姓名正楷 (Print Name) : _____
 病人或法律代表 (Patient or Legal Representative)

Telephone # ()

PARENT / GUARDIAN

拒絕簽名 (Refused to Sign) 體格上無法簽名 (Physically Unable to Sign)

如由病人以外他人簽名，請注明關係 (If signed by someone other than the patient, indicate relationship) : _____

以及出生日期 (and Date of Birth): _____

證人 (Witness) : _____
 簽名 (Signature) 正楷姓名和稱謂 (Print Name and Title) 日期/時間 (Date/Time)

證人 (Witness) : _____
 簽名 (Signature) 正楷姓名和稱謂 (Print Name and Title) 日期/時間 (Date/Time)

傳譯 (Interpreter) : _____
 簽名 (Signature) 正楷姓名和稱謂 (Print Name) 日期時間 (Date/Time)



三藩市總醫院和創傷中心
SAN FRANCISCO GENERAL HOSPITAL AND TRAUMA CENTER
LAGUNA HONDA 醫院和康復中心
LAGUNA HONDA HOSPITAL AND REHABILITATION CENTER
三藩市健康網絡保健
SAN FRANCISCO HEALTH NETWORK PRIMARY CARE

入院條件和條款
急性留醫病人，門診病人和接收緊急服務者須知
TERMS AND CONDITIONS OF ADMISSION FOR ACUTE INPATIENT,
OUTPATIENT AND EMERGENCY SERVICES

NAME

DOB

MRN

PCP

Patient ID / Addressograph

G. 授權代表：我授權公共衛生局在其選擇下但它並無責任，就有關申請聯邦醫療保、加州醫療保險、加州兒童服務、犯罪受害人或其他在公共衛生局設施提供之有關服務福利的計劃和有關資格與福利之上訴中代表我。

H. 向第三者置以留置權：如我在法院提出訴訟或堅持因留醫或門診服務之任何部份是由於他人錯誤行為而引起之必須索賠，我同意根據三藩市健康法第 124.5 款所訂，向稅收局追收欠款部發出有關此案之通知，以方便執行三藩市健康法 124 款設定之補回費用留置權。我承認根據此處所述情況之服務費用，可在我從判決、和解或妥協取得之任何損失賠償，置以留置權。

I. 健康計劃責任：公共衛生局持有一份其訂有合約之健保計劃之名單。財務辦公室可要求提供此類計劃名單。公共衛生局並未與任何未有見於名單上之健保計劃明言或暗示訂有合約。我同意就公共衛生局提供給我的所有服務付足全費，如我不屬於上述名單的一個計劃。醫生和外科醫生可就他們的服務分開收帳。決擇是否和我的健保計劃有合約的醫生乃屬我的責任。

IV. 留醫病人條款

A. 醫生囑咐：我同意醫院執行之醫療將限於本醫院屬下的醫生或外科醫生所處方。

B. 看護護理：醫院只提供一般的看護護理和醫療人員醫生囑咐之護理。如我想有私人的護士，我同意作出此類安排。醫院對無法提供私人護士不負責任，因而謹此解除就醫院未能提供額外之護理而引起的任何所有責任。

C. 留在看護單位：我同意留在單位/醫院。我明白如我選擇在無醫院職員陪同下、未經看護准許或醫生囑咐下離開單位/醫院，我可能會被請出院。

D. 個人貴重物品。醫院對我存放在醫院之任何個人物品遺失之責任，僅限於五百元（\$ 500.00），除非我收到醫院一份注明價值更大之書面收條。衣物和其他個人物品在出院後的三十（30）天內如你不取回，將予丟棄。



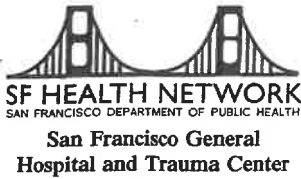
T-AD0014

NAME

DOB

MRN

PCP



Patient ID / Addressograph

三藩市總醫院和創傷中心
SAN FRANCISCO GENERAL HOSPITAL AND TRAUMA CENTER
LAGUNA HONDA 醫院和康復中心
LAGUNA HONDA HOSPITAL AND REHABILITATION CENTER
三藩市健康網絡保健
SAN FRANCISCO HEALTH NETWORK PRIMARY CARE

入院條件和條款 急性留醫病人，門診病人和接收緊急服務者須知

TERMS AND CONDITIONS OF ADMISSION FOR ACUTE INPATIENT, OUTPATIENT AND EMERGENCY SERVICES

I. 一般同意

- A. **同意醫療和手術程序**：我同意在留醫期內或門診時可能為我做的程序。這可包括但不限於緊急治療和服務、化驗室程序、X光檢驗、醫療或手術程序、麻醉、或根據醫生或手術醫生一般或特別指示提供給我之醫院服務。我明白醫學和手術並非精密科學，而診斷和治療可涉及受傷或甚至死亡之風險。我承認對我所作有關檢查或治療之結果，並無保證。
- B. **拍照/錄像**：我同意就識別目的之需要，為我拍照，錄像或記錄，以記錄診斷和治療之過程，和記錄在受傷時所蒙受之創傷。我並且同意使用此類照片，錄像和記錄作為提供護理、改善質素、教育和報銷之目的。
- C. **教學計劃**：我同意在我的護理中，准予後研究生、醫科和外科實習生、實習生、醫學生、和輔助醫療保健專業學生（例如，看護，X光，物理治療）的參與。
- D. **藥物治療歷史**：我同意公共衛生局可以用電子方式從外界的藥房查看我的病歷，並在我的病歷上記錄此資料，除非我及時向公共衛生局提出反對之書面通知。我明白公共衛生局可以使用軟件查找外界藥房和藥物福利經理的電腦數據庫，以取得我的病歷和做出有關我護理的決定。
- E. **人體物質預防措施**：我明白公共衛生局的健康護理人員，在所有病人護理活動中需要執行統一的人體物質預防措施，以此保護病人和職員不會被傳染。因此，健康護理人員無須接受血源性病原體之檢查。

II. 行為標準

- A. **公共衛生局政策**：我同意在公共衛生局的地點內，遵守所有公共衛生局所訂有關我行為之政策。
- B. **無煙環境**：我承認公共衛生局是一個禁煙的環境，並同意在其建築物內或公共衛生局的場地內不可吸煙。



三藩市總醫院和創傷中心
SAN FRANCISCO GENERAL HOSPITAL AND TRAUMA CENTER
LAGUNA HONDA 醫院和康復中心
LAGUNA HONDA HOSPITAL AND REHABILITATION CENTER
三藩市健康網絡保健
SAN FRANCISCO HEALTH NETWORK PRIMARY CARE
入院條件和條款
急性留醫病人、門診病人和接收緊急服務者須知
TERMS AND CONDITIONS OF ADMISSION FOR ACUTE INPATIENT,
OUTPATIENT AND EMERGENCY SERVICES

NAME

DOB

MRN

PCP

Patient ID / Addressograph

C. 不可持有酒精、非法藥物或槍械：我同意不會攜帶酒精飲品、非法藥物、槍械或其他危險的武器進入公共衛生局之場地。我同意我的個人物件，可由公共衛生局、三藩市警務署或三藩市縣警部適當授權之人員檢查。

III. 財務條款

A. 同意付還費用給公共衛生局：我同意根據適用之聯邦和州訂法律、法令、決議和三藩市市縣政府之命令，包括但不限於三藩市市政法第三部份第五章第三條款（健康法），就提供給我之健康護理服務付足費用。我同意准予公共衛生局調查和查證援助我要求服務和任何公共權益福利申請有關之任何個人及/或財務資料。我謹此自由和自願地放棄以使公共衛生局有權在我的物業置以留置權，或在加州法院提出任何行動以追收醫院護理、門診服務和專業服務之款項。

B. 在三藩市總醫院內公共衛生局和三藩市加州大學醫生之關係：我明白在三藩市總醫院的醫生和外科醫生，無論在住院部或門診部，包括放射專家、病理專家、急診醫生和麻醉師等人，均非醫院或公共衛生局之雇員或代理。這些醫生可根據三藩市醫療團體商業名義，就其提供之專業服務分開收費。

C. 同意付還三藩市醫療團體之費用：我同意考慮於三藩市總醫院任何醫生、外科醫生或牙醫提供之服務時，我應按所有專業收費之正規費率，付我應付之費用。我同意准予三藩市醫療團體調查和查證任何我提供援助留醫或門診服務或任何公共權益福利申請之任何個人或財務資料。我謹此自由和自願地放棄以使三藩市醫療團體有權在我的物業置以留置權，或在加州法院提出任何行動以追收醫院護理、門診服務和專業服務之款項。

D. 就報銷透露資料：我同意就決定付款責任和取得補回費用所需，公共衛生局可向任何人或公司透露我醫療記錄的部份，此等人士或公司，乃是或可能是負責所有或任何部份公共衛生局之收費；包括但不限於保險公司、保險公司評審機構、健康護理服務計劃，或勞工賠償公司。我明白我的醫療記錄可由此等人士或公司之合約商或代表評審。我同時明白如我想制止因報銷目的而透露我的醫療記錄，我必須給公共衛生局及時之書面通知。

E. 轉讓福利：我轉讓和授權就此次留醫或這些門診服務應付之保險福利，直接付款給公共衛生局和三藩市醫療團體。我同意保險公司根據此授權之付款，以解除保險公司此類付款之責任。我明白我須負責支付根據此轉讓而未付之費用。

F. 加州醫療保險/聯邦醫療保險 A 和 B 部份：我證明任何申請加州醫療保險或聯邦醫療保險福利的資料均正確。我授權就此申請事宜透露任何所需的資料。我要求為我提供之任何福利之付款，付給公共衛生局和三藩市醫療團體，並同意支付任何法律上我須負責之收費餘額。



心理健康生命指數

人際關係和經歷會影響您的身心健康，您是否經歷以下的困難，請盡量回答每一個問題，我們樂意支持和協助您。

BHVS PHQ-2(9)

在過去兩星期內，您有沒有受到以下困擾： <i>been bothered by:</i>	從來沒有	幾天	超過一半時間	接近每天
1. 做任何事都乏興趣或樂趣？ <i>Little interest or pleasure in doing things?</i>	0	1	2	3
2. 情緒低落、抑鬱或絕望？ <i>Feeling down, depressed, or hopeless?</i>	0	1	2	3

BHVS Substance Use

3. 在過去一年內，您有多少次在一天內飲了 5 杯酒或以上 (男性) ; 4 杯酒或以上 (女性) ? <i>How many times in the past year have you had (Men 5 or more; Women 4 or more) drinks in a day?</i> 飲酒份量 (一杯酒等於 12 安士啤酒, 5 安士葡萄酒, 或 1.5 安士烈酒) <i>Alcohol use (a drink is a 12-ounce beer, 5-ounce wine, or 1.5-ounce hard liquor)</i>	1次或以上 1 or more	無 Never	跳過 Skip
4. 在過去一年內，您有幾次使用軟性毒品，或因非醫療原因使用處方藥物？ <i>How many times in the past year have you used a recreational drug or used a prescription medication for non-medical reasons?</i>	1次或以上 1 or more	無 Never	跳過 Skip

BHVS IPV

5. 您的伴侶、前伴侶或任何親密的人是否經常對您尖叫、咒罵、侮辱或貶低您？ <i>Has your partner, ex-partner, or someone close to you often screamed or cursed at you, insulted you, or put you down?</i>	是，在最近一年內 Yes, in the past 12 months	是，一年多之前 Yes, more than a year ago	否 NO	跳過 Skip
6. 您的伴侶或任何人曾經有沒有令您受到身體或心靈的傷害，威脅，或害怕？ <i>Has your partner or anyone else hurt, hit, threatened you or made you feel afraid?</i>	是，在最近一年內 Yes, in the past 12 months	是，一年多之前 Yes, more than a year ago	否 NO	跳過 Skip

請在以下方塊中勾選您在過去 30 天內為應付困難或舒緩情緒而嘗試的活動：

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 與家人和支持自己的朋友共聚 Spending time with supportive friends and family | <input type="checkbox"/> 運動 Exercise |
| <input type="checkbox"/> 幫助別人 Helping others | <input type="checkbox"/> 聽音樂 Listening to music |
| <input type="checkbox"/> 回想值得感恩之事 Thinking about what you feel grateful for | <input type="checkbox"/> 心理輔導 Counseling |
| <input type="checkbox"/> 祈禱 Prayer | |