Sign-up form
ក្រដាសចុះឈ្មោះ

បើលោក-អ្នកចុះឈ្មោះតាមទូរសព្ទ លោក-អ្នកមិនចាំបាច់ប
ពេញក្រដាស នេះទេ! ចូរទូរសព្ទ 1-800-562-3022 ភ្លាមទៅ!
(សិរាប់តែអ្នកប្រើ TTY/TDD ចូរទូរសព្ទ 1-800-848-5429)

ងាយដូចជារាប់ ១-២-៣ អញ្ជឹង!

1. ត្រប់ជំរើសទាំងអស់របស់លោក-អ្នក មានចុះនៅទីនេះ ។ ចូរគូសប្រអប់មួយ ដើម្បីបង្ហាញនូវរីធីដែលលោក-អ្នកចង់បាន ការថែទាំសុខភាព សិរាប់ខ្លួនផ្ទាល់ និងសិរាប់ជនដទៃទៀត ដែលមានឈ្មោះនៅក្នុងសញ្ញាណប័ណ្ណពេទ្យ DSHS របស់លោក-អ្នក ។

2. **តើលោក-អ្នកចង់បានវេជ្ជបណ្ឌិតណាមួយមកធ្វើជា PCP សិរាប់បុគ្គលនេះ? (វេជ្ជបណ្ឌិតទាំងអស់ដែលលោក-អ្នកចុះយកមកធ្វើជា PCP ត្រូវនៅក្នុងផែនការថែទាំសុខភាព ។ បើលោក-អ្នកមិនប្រាកដ ចូរទូរសព្ទវេជ្ជបណ្ឌិត ហើយសួរគាត់ឲ្យដឹងថា តើពួកគាត់នៅក្នុងផែនការថែទាំសុខភាព ដែលលោក-អ្នកចង់បានចង់បាននោះដែរឬទេ)។**

ឈ្មោះ:	ឈ្មោះ PCP: ។
ឈ្មោះ:	ឈ្មោះ PCP: ។
ឈ្មោះ:	ឈ្មោះ PCP: ។
ឈ្មោះ:	ឈ្មោះ PCP: ។
ឈ្មោះ:	ឈ្មោះ PCP: ។
ឈ្មោះ:	ឈ្មោះ PCP: ។

3. តើមានជនណាមួយ មានឈ្មោះនៅក្នុងសញ្ញាណប័ណ្ណពេទ្យរបស់លោក-អ្នក មានផ្ទៃពោះ ឬត្រូវមានការវះកាត់ ក្នុងពេលឆាប់ៗដែរឬទេ?

☐ ផ្ទៃពោះ? ជនណាមួយ? *ឈ្មោះ:* _____ *ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំសិរាល:* _____

☐ វះកាត់? ជនណាមួយ? *ឈ្មោះ:* _____ *ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ:* _____

តើជនរូបនេះ ទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិត ឬត្រូពេទ្យណាមួយ?

ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត: _____ *ទូរសព្ទការិយាល័យ:* _____

ចំណោមជនទាំងអស់មានឈ្មោះនៅក្នុងប័ណ្ណពេទ្យរបស់អ្នក តើមានជនណាមួយមានអាការ:រោគសិខាន់ ឬមានបញ្ហាផ្នែកការរីកចំរើនដែរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស _____ _____
ចូរចុះឈ្មោះជននោះ ហើយនិងអាការ:រោគសិខាន់របស់គាត់:

ចូរប្រាប់យើងឲ្យដឹងនូវជំរើសរបស់លោក-អ្នក ។

រីធីដែលងាយបំផុតនោះ គឺទូរសព្ទមកយើងតាមលេខឥតថ្លៃ **1-800-562-3022**
ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង ៧:00 ព្រឹក ដល់ ៦:00 ល្ងាច ។
អ្នកអាចប្រើសម្ពន្ធសារលេខថ្មីនៅពេលណាក៏បាន ។
អ្នកប្រើ TTY/TDD ចូរទូរសព្ទ 711 ឬ 1-800-848-5429
ឬ បត់ក្រដាសនេះ ដាក់ក្នុងស្រោមសំបុត្រមានអាសយដ្ឋានស្រេច ហើយផ្ញើត្រឡប់មកឲ្យយើងវិញ(មិនចាំបិទតែមទេ)។
ឬ ហ្វាក្ស្រក្រដាសនេះមកឲ្យយើងតាមលេខ 360-725-2144 ។