



Ghi Danh Thử Viêm Gan B và Viêm Gan C Miễn Phí

Registration for Free Hepatitis B & C Screening

17150 Newhope St., Ste. 502, Fountain Valley, CA 92708 • Phone: 714-751-5805 • Fax: 714-751-5824

Tên: _____ Họ: _____
First Name Last Name

Phái: Nam Nữ Ngày Sinh: _____ / _____ / _____ Tuổi: _____
Gender Male Female Birthdate Tháng Ngày Năm Age

Nơi Sinh: Việt Nam Mỹ Trại Tỵ Nạn Quốc gia khác
Birth Place: Vietnam US Refugee Camp Other Country

Địa Chỉ: _____
Address

Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Zip: _____
City State

Điện thoại: Nhà(_____) _____ Di động (_____) _____
Phone Home Mobile

Sở làm(_____) _____ E-mail: _____
Work

1. Trong gia đình quý vị có ai bị bệnh viêm gan? Vợ / Chồng Con Cha/Mẹ Anh/Chị/Em Không biết
Does anyone in your family have hepatitis? Spouse Children Parent Sibblings Do not know

2. Có bao giờ quý vị hiến máu chưa? Có Không. Nếu có, khi nào? _____
Have you ever donated blood? Yes No If yes, when?

3. Có bao giờ quý vị được cho biết là quý vị bị viêm gan không? Có Không
Have you ever tested positive for hepatitis? Yes No

a. Nếu có, loại nào? Viêm Gan A Viêm Gan B Viêm Gan C Không biết
If yes, what type? Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C Do not know

b. Nơi nào cho biết là quý vị bị viêm gan: Văn phòng bác sĩ Ngân hàng máu Nơi Khác
From whom were you informed that you have hepatitis? Doctor's office Blood Bank Other

4. Quý vị đến Hoa Kỳ năm nào? _____
When did you come to the U.S.?

5. Nếu là phụ nữ, có bao giờ mang thai không? Có Không Nếu có, lần cuối năm nào, ở đâu? _____
If you are a female, have you ever been pregnant? Yes No If yes, what year & when

Vì tài chánh giới hạn, Hội Ung Thư Việt Mỹ chỉ có thể thử cho một số người hội đủ điều kiện. Do đó việc ghi danh **không có nghĩa là quý vị sẽ được thử miễn phí**. Nếu quý vị hội đủ điều kiện, Hội sẽ thông báo bằng thư tín đến quý vị và cho biết địa điểm ngày giờ nơi thử nghiệm. *Due to limited funding, we can only screen a limited number people based on risk factors. The submission of this registration form does not guarantee you a free screening. If you are selected, we will notify you by mail.*

For Office Use Only – Xin Đừng Điền vào Phần Dưới Đây

Approved Screening: Yes No If no, please state reason: _____

Approved Screening for: HBsAg (Hep. B surface Antigen) HBsAb (Hep. B surface Antibody)
 HCV-Ab (Hep. C Antibody)

Screening Time: _____ Screening Date: _____