



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

## Registration for Free Hepatitis B & C Screening

11770 Warner Ave., # 113, 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  
*Have you ever donated blood? Yes No*

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: \_\_\_\_\_