

Điền ghi danh vào các lớp học Giáo dục Sức khỏe, vui lòng cung cấp các thông tin dưới đây. Gửi fax yêu cầu tới số ở trên.

Thông tin Hội viên

Tên: _____ Ngày: _____

Ngày Sinh: _____ ID SCFHP: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại Nhà riêng: _____ Điện thoại Nơi làm việc/Điện thoại Di động: _____

Thông tin Bác sĩ

Bác sĩ Giới thiệu: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại: _____ Fax: _____

- Các lớp học và tài liệu có thể có sẵn bằng Tiếng Anh, Tiếng Tây Ban Nha, Tiếng Việt, Tiếng Trung Quốc, và Tiếng Tagalog.
- Tất cả các lớp học yêu cầu đăng ký trước.

<p>Tự Quản lý Bệnh Mãn tính</p> <p><input type="checkbox"/> Hen suyễn</p> <p><input type="checkbox"/> Tiểu đường</p> <p><input type="checkbox"/> Quản lý Tình trạng/Bệnh Mãn tính (Huyết Áp Cao, Bệnh Tim, Viêm Khớp, v.v.)</p>	<p>Giáo dục Phụ huynh</p> <p><input type="checkbox"/> Kỹ năng Làm Cha mẹ Cơ bản</p> <p>Giáo dục Tiền sản</p> <p><input type="checkbox"/> Chuẩn bị Sinh nở</p> <p><input type="checkbox"/> Chăm sóc Trẻ sơ sinh</p> <p><input type="checkbox"/> Cho con bú Tiền sản</p> <p><input type="checkbox"/> Hồi Sức Tim Phổi (CPR) cho Trẻ sơ sinh và Trẻ nhỏ</p> <p><input type="checkbox"/> An toàn Ghế ngồi Ô tô</p>
<p>Dịch vụ Tư vấn & Hỗ trợ</p> <p><input type="checkbox"/> Quản lý Căng thẳng</p> <p><input type="checkbox"/> Quản lý Sự Tức giận</p> <p><input type="checkbox"/> Hỗ trợ & Tư vấn Nhóm</p>	<p>Các Chương trình Giáo dục An toàn</p> <p><input type="checkbox"/> Sơ Cứu Trẻ sơ sinh & Trẻ nhỏ</p> <p><input type="checkbox"/> Hồi Sức Tim Phổi (CPR) cho Trẻ sơ sinh và Trẻ nhỏ</p> <p><input type="checkbox"/> An toàn Ghế ngồi Ô tô</p>
<p>Thẻ dực & Thẻ hình</p> <p><input type="checkbox"/> Các lớp học Bơi Mùa hè (Độ tuổi từ 6 tháng tuổi-18 tuổi)</p> <p><input type="checkbox"/> Phòng Tập thể dục Mở (Cả Năm Độ tuổi từ 13 tuổi trở lên)</p>	<p>Cai Thuốc lá</p> <p><input type="checkbox"/> Bỏ Thuốc lá</p> <p><input type="checkbox"/> Đường dây giúp đỡ Người hút thuốc</p>
<p>Kiểm soát Dinh dưỡng & Cân nặng</p> <p><input type="checkbox"/> Giáo dục Dinh dưỡng Gia đình</p> <p><input type="checkbox"/> Những người theo dõi Cân nặng</p> <p>BMI: _____ Cân nặng Mục tiêu: _____</p>	<p>Khác (Vui lòng nêu rõ)</p> <p><input type="checkbox"/> Thông tin Sức khỏe Tình dục</p> <p><input type="checkbox"/> Các Tài liệu Giáo dục Sức khỏe:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>