

Montgomery County Cancer Crusade Core Required Demographics Form

Patient Information/ ព័ត៌មានអ្នកជម្ងឺ			
Last Name/ នាមត្រកូល:	First Name/ នាមខ្លួន:	Middle Initial/ នាមកណ្តាល:	
Date of Birth/ ថ្ងៃកំណើត: __/__/____	Age/ អាយុ:	SSN: (last 4 digits only)	
Residential Address/ ទីលំនៅ	Street Address:		Apt/Room/Unit #:
	City:	County: Montgomery	State: MD Zip code:
Telephone/ លេខទូរស័ព្ទ	Home/ ផ្ទះ () -	Work/ ទីកន្លែងធ្វើការ () -	Cell/ ទូរស័ព្ទដៃ () -
Demographic Information/ ព័ត៌មានទូទៅ			
Gender/ ភេទ: <input type="checkbox"/> Female/ ស្រី <input type="checkbox"/> Male/ ប្រុស			
Ethnicity (Hispanic or Latino)/ ជាតិពន្ធុ (ហ៊ីស្បានិក): <input type="checkbox"/> Yes/ មែន <input type="checkbox"/> No/ មិនមែន <input type="checkbox"/> Unknown/ មិនដឹង			
Race/ ពូជ: <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian/ <input type="checkbox"/> Black/African American/ (check all that apply) / អាមេរិកាំងស្បែកក្រហម/ ដើមកំណើតអាឡាសកា អាស៊ី ជនសំបុរខ្មៅ/ អាមេរិកាំងអាហ្វ្រិក			
<input type="checkbox"/> Hawaiian/Other Pacific Islander/ ហាវ៉ៃ/ ជនកោះប៉ាស៊ីហ្វិកដទៃទៀត <input type="checkbox"/> White/Caucasian/ ជនសំបុរស/ កូកេស៊ីង <input type="checkbox"/> Unknown/ មិនដឹង			
Education/ កម្រិតការសិក្សា (highest level) <input type="checkbox"/> No high school/ មិនបានចូលមធ្យមសិក្សា <input type="checkbox"/> Some high school/ មធ្យមសិក្សា <input type="checkbox"/> High school raduate/ ចប់មធ្យមសិក្សា			
<input type="checkbox"/> Greater than high school/ លើមធ្យមសិក្សា <input type="checkbox"/> Unknown/ មិនដឹង			
Country of Birth/ ស្រុកកំណើត:			
Primary Language/ ភាសាចម្បង: <input type="checkbox"/> English/ អង់គ្លេស <input type="checkbox"/> Spanish/ ស្ប៉ានិស <input type="checkbox"/> Other/ ភាសាដទៃ: _____			
Previous Enrollment/ ព័ត៌មានពីមុន			
Have you ever been screened or treated for colon, oral, skin, or prostate cancer by any Maryland public health program/ តើលោកអ្នកធ្លាប់បានព្យាបាល ឬ ពិនិត្យមើលពោះវៀនធំ មាត់ ស្បែកទេ? <input type="checkbox"/> Yes, When/ ធ្លាប់ ថ្ងៃទី list county(s)/ រដ្ឋ: <input type="checkbox"/> No/ មិនធ្លាប់ <input type="checkbox"/> Unknown/ មិនដឹង			
Have you ever been screened for breast or cervical cancer in the BCCP/ តើលោកអ្នកធ្លាប់បានពិនិត្យមើលមហារីកដោះ ឬ កស្បូនទេ? <input type="checkbox"/> Yes/ ធ្លាប់ <input type="checkbox"/> No/ មិនធ្លាប់			
Health Care Provider and Insurance Information/ ព័ត៌មានពេទ្យនិងការធានាសុខភាព			
Do you have a primary doctor/ តើលោកអ្នកមានគ្រូពេទ្យប្រចាំខ្លួនទេ? <input type="checkbox"/> Yes—Name/ មាត្រ- ឈ្មោះ: <input type="checkbox"/> No/ មិនមាន			
Are you covered by health insurance/ តើលោកអ្នកមានការធានាសុខភាពទេ? <input type="checkbox"/> Yes/ មាន <input type="checkbox"/> No មិនមាន <input type="checkbox"/> Unknown/ មិនដឹង			

Montgomery County Cancer Crusade Core Required Demographics Form

Health History/ ប្រវត្តិសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន	
Have you ever had of any kind of cancer/ តើលោកអ្នកធ្លាប់មានម្ហូមហារីកទេ? <input type="checkbox"/> Yes/ ធ្លាប់ <input type="checkbox"/> No/ ឥតធ្លាប់ <input type="checkbox"/> Unknown/ ឥតដឹង	
Personal History of colorectal cancer or adenomatous polyps/ មានប្រវត្តិជម្ងឺមហារីកពោះវៀនធំ ឬ មានពកដុះលើពោះវៀនធំ: <input type="checkbox"/> Yes/ មាន <input type="checkbox"/> No/ ឥតមាន <input type="checkbox"/> Unknown/ ឥតដឹង	
Family History of colorectal cancer or adenomatous polyps/ មានប្រវត្តិជម្ងឺមហារីកពោះវៀនធំ ឬ មានពកដុះលើពោះវៀនធំរបស់គ្រួសារ: <input type="checkbox"/> Yes/ មាន <input type="checkbox"/> No/ ឥតមាន <input type="checkbox"/> Unknown/ ឥតដឹង	
Do you have any of the following symptoms/ តើមានអ្នកណាម្នាក់មានហេតុភេទដូចខាងក្រោមទេ?: <input type="checkbox"/> unexpected weight loss/ ការចុះតម្លៃដោយឥតហេតុផល <input type="checkbox"/> rectal bleeding/ មានឈាមនៅចុងពោះវៀនធំ <input type="checkbox"/> lower abdominal pain/ ឈឺដំបូរពោះខាងក្រោម <input type="checkbox"/> marked change in bowel habits/ ការប្រែប្រួលក្នុងរឿងបត់ដើងធំ <input type="checkbox"/> abdominal mass/ ដុំពោះ	
Have you ever used tobacco in any form/ តើលោកអ្នកធ្លាប់ជក់ឬប្រើថ្នាំបារីទេ? <input type="checkbox"/> Yes/ ធ្លាប់ <input type="checkbox"/> No/ ឥតធ្លាប់ <input type="checkbox"/> Unknown/ ឥតដឹង	
If yes, do you currently use tobacco/ បើមែន តើអ្នកនូវប្រើថ្នាំបារីទេ?	<input type="checkbox"/> Yes/ មែន <input type="checkbox"/> No/ មិនមែន <input type="checkbox"/> Unknown/ ឥតដឹង

Program Use Only/ សម្រាប់ការិយាល័យប្រើប្រាស់	
Sponsor: _____	Client Identification
Session ID: _____	CDB ID (system generated): _____
Enrollment Date: (mm/dd/yyyy) / /	Local ID (optional): _____
Interview Date: (mm/dd/yyyy) / /	Date of Data Entry into CDB (mm/dd/yyyy): / /
Initials: _____	
Is client eligible for any cancer screening, diagnosis or treatment in the Program? <input type="checkbox"/> No (<i>Do not enter client in CDB</i>) <input type="checkbox"/> Yes, enroll client in the following module (check all that apply, must select at least one)	
<input type="checkbox"/> Colorectal	<input type="checkbox"/> Prostate
<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Skin