

Jackson



VISION CLINIC

BẢNG THĂM DÒ LỊCH SỬ Y KHOA

SỐ HỒ SƠ: _____
NGÀY ĐIỀN: _____ / _____ / _____

CÂU HỎI CÁ NHÂN

Giới tính: Nam Nữ
Họ _____ Tên _____ Tên lót _____ Biệt danh _____
Địa chỉ: _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã số vùng _____
Số điện thoại: Nhà _____ Sở làm _____ Khẩn cấp _____
Ngày sinh (Ngày/Tháng/Năm) _____ / _____ / _____ Số an sinh xã hội _____ - _____ - _____
Tình trạng hôn nhân: Độc thân Có gia đình Tình trạng khác
Tên bảo hiểm sức khỏe _____ Số thẻ bảo hiểm _____
Tên bác sĩ gia đình _____ Số điện thoại liên lạc _____

CÂU HỎI LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE MẮT: Lần cuối cùng khám mắt _____ / _____ / _____

Bạn có bị mờ mắt không? Có Không Lý do (nếu có): _____
Bạn có bị chấn thương mắt không? Có Không Lý do (nếu có): _____
Hiện tại mắt bạn có bị khó chịu không? Có Không Giải thích (nếu có): _____
Bạn có bị giải phẫu nào khác không? Có Không Giải thích (nếu có): _____
Bạn có bị bệnh về mắt như:
Tăng nhãn áp mắt Có Không Cườm mắt Có Không Khô mắt Có Không
Bạn đang đeo kính Có Không Một tròng Hai tròng Khác _____
Bạn có sử dụng contact lens không? Có Không Loại _____ Chu kỳ sử dụng _____
Bạn có sử dụng máy vi tính không? Có Không Bao nhiêu giờ mỗi ngày: _____
Ngoài các câu hỏi trên, bạn có những vấn đề hay những căn bệnh về mắt khác hay không? _____
Nếu có, xin vui lòng giải thích chi tiết _____

CÂU HỎI Y KHOA TỔNG QUÁT: Nếu bạn nghĩ rằng bạn có những căn bệnh dưới đây, xin vui lòng khoanh tròn tất cả những căn bệnh đó

Dạ dày--Ruột Thần kinh Tâm thần Tai--Mũi--Họng Sinh dục
Tim mạch Cơ--Xương Đường máu Phổi Da Dịch bệnh
Xin trình bày tình trạng sức khỏe: _____

Bạn có bị tiểu đường không? Có Không Ngày phát hiện: _____
Bạn có bị chứng nhức nửa đầu không? Có Không Ngày phát hiện: _____
Vui lòng liệt kê tên những loại thuốc bạn đang sử dụng kể cả thuốc bổ (vitamin), dược thảo (có toa hoặc không có toa của bác sĩ) _____

VÀI CÂU HỎI VỀ TÌNH TRẠNG XÃ HỘI: Bạn có sử dụng thuốc lá không? Có Không
Bạn có uống rượu không? Có Không Chất kích thích khác Có Không Loại nào _____
Bạn làm nghề gì? _____ Sở thích cá nhân _____

CÂU HỎI VỀ LỊCH SỬ BỆNH LÝ CỦA CÁC THÀNH VIÊN TRONG GIA ĐÌNH CÓ THỂ DI TRUYỀN

Trong gia đình có ai bị tiểu đường? Có Không Mối quan hệ: _____
Trong gia đình có ai bị cao huyết áp? Có Không Mối quan hệ: _____
Trong gia đình có ai bị tăng nhãn áp mắt? Có Không Mối quan hệ: _____
Trong gia đình có ai bị giảm thị lực? Có Không Mối quan hệ: _____
Trong gia đình có ai bị rách võng mạc? Có Không Mối quan hệ: _____
Trong gia đình có ai bị chứng đau đầu? Có Không Mối quan hệ: _____
Trong gia đình có ai bị những căn bệnh di truyền khác không? Có Không Mối quan hệ: _____
Chúng bệnh gì? _____

Xin vui lòng đọc kỹ những qui định của phòng mạch và ký tên ở trang sau. Xin cảm ơn!

RELEASE OF INFORMATION/REQUEST FOR A RECORD

ĐƠN XIN THỈNH CẦU HỒ SƠ BỆNH ÁN VÀ CÁC QUI ĐỊNH CỦA PHÒNG MẠCH

English: I _____ hereby request you send my records to JACKSON VISION CLINIC at 225 12th Avenue South Suite 103, Seattle, WA 98144, Phone: 206-322-6915, Fax: 206-322-6914. This request serves as a release of info.

Vietnamese: Tôi đứng tên dưới đây _____ xin thỉnh cầu hồ sơ bệnh án đến phòng mạch JACKSON VISION CLINIC để tiện việc điều trị khi cần thiết.

Signature (Ký tên) : _____
Date (Ngày) : _____
Patient name (Tên bệnh nhân) : _____
Date of Birth (Ngày sinh bệnh nhân) : _____
Address (Địa chỉ) : _____

Thank you. (Cám ơn)

English: We will be billing your insurance company for you, but if we do not receive payment in full, you will be billed for the balance. By signing below, I assign benefits to Jackson Vision Clinic and authorize Jackson Vision Clinic to release any information required to process insurance claims. Your signature agrees to accept responsibility for any and all unpaid balances. It also gives us permission to bill your insurance company.

Vietnamese: Chúng tôi sẽ làm việc với các công ty bảo hiểm của Quý Vị để thanh toán mọi chi phí phát sinh. Tuy nhiên, nếu công ty bảo hiểm của Quý vị không đồng ý chi trả hoặc chỉ chi trả một phần trong tổng số chi phí phát sinh, Quý Vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán phần còn lại hoặc toàn bộ. Chữ ký dưới đây cũng có nghĩa là Quý Vị đồng ý tất cả chi phí do phòng mạch đưa ra và ủy quyền cho phòng mạch được quyền liên lạc trực tiếp với các công ty bảo hiểm của Quý Vị để lấy tất cả các tin tức và thanh toán các hóa đơn với bảo hiểm của Quý Vị.

Thank you for choosing JACKSON VISION CLINIC.

Cám ơn Quý Vị đã lựa chọn phòng mạch Jackson Vision Clinic.



Xin vui lòng trao lại bảng này cho nhân viên phòng mạch