



CONNIE PHAM, M.D., PLLC

7850 Parkwood Circle Drive, Suite A-7 Houston, Texas 77036

Tel. (346) 220-6388 Fax. (346) 220-6886

THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Ngày: _____

Họ và Tên: _____ Số An Sinh Xã Hội _____
(Tên) (Họ)

Ngày sinh: _____ Tuổi: _____ Giới tính Nam Nữ

Rình trạng gia đình: Độc thân Có gia đình Ly thân Ly dị Góa

Địa chỉ: _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ Số vùng _____

Điện thoại (nhà): _____ (cầm tay): _____ (nơi làm việc): _____

Email: _____

Tên vợ/chồng(tên cha/mẹ nếu là trẻ em): _____

Tên/số Pharmacy: _____ Địa chỉ Pharmacy: _____

Quý vị biết chúng tôi qua: Bảng quảng cáo Báo Radio Internet Khác: _____

Nơi làm việc: _____ Nghề nghiệp: _____

Trường hợp khẩn cấp liên lạc với: _____ Quan hệ với bệnh nhân: _____

Điện thoại của người liên lạc trong trường hợp khẩn cấp: _____

SƠ LƯỢC XÃ HỘI

Trình độ học vấn: _____

Hút thuốc lá: Không bao giờ Có, Bao nhiêu? _____ /ngày Bao nhiêu năm? _____ Cai _____ Năm

Uống rượu: Không bao giờ Có, Bao nhiêu? _____ /ngày Bao nhiêu năm? _____ Cai _____ Năm

Dùng ma túy, chất gây nghiện: không bao giờ có, giải thích: _____

Tập thể dục có không. Nếu có, bao nhiêu lần/tuần: _____. Nếu không, lý do là: _____

Vấn đề tôn giáo hay văn hóa có ảnh hưởng đến việc điều trị: _____

PHẢN ỨNG THUỐC/ THỨC ĂN:

Phản ứng với thuốc hay thức ăn:

TÊN	NGÀY SINH
------------	------------------

SƠ LƯỢC BỆNH CŨ

CÁ NHÂN		CHÍCH NGŪA		NGÀY
Bệnh ung thư	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Influenza-cúm	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Bệnh tiểu đường	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Pneumovax- phế cầu khuẩn	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Bệnh tim	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Tetanus (Td or DTP) - Bạch hầu & uốn ván	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Bệnh cao huyết áp	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Zoster (or Shingle) - Dòỉ leo	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Đột quỵ	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Viêm gan A (2 Mũi trong vòng 6 tháng)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Bệnh phổi	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Viêm gan B (3 mũi trong vòng 6 tháng)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Bệnh suyễn	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Typhoid – Thương hàn	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Bệnh thận	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	HPV (3 mũi trong vòng 6 tháng)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Chứng tăng nhãn áp	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Yellow fever - Sốt, vàng da	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Bệnh thiếu máu	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	MMR- Quai bị, sởi	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Kinh phong	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Chicken Pox - Thủy đậu	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Cao mỡ	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Polio – tê liệt trẻ em	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Ngừng thở khi ngủ	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Tuberculosis skin test - thử Lao	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Bệnh tâm thần	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Kết quả thử lao: Âm tính Dương tính Ngày thử: _____		
Khác: _____		Khác: _____		

CHĂM SÓC SỨC KHỎE

Quý vị có bao giờ		Ngày (nếu có)	Kết quả có bình thường không?	Nếu không bình thường, xin giải thích thêm
Colonoscopy – soi ruột	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
EGD - nội soi thực quản dạ dày	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Treadmill stress test (TMST)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Nuclear treadmill stress test	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Echo – siêu âm	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Angiogram - chụp mạch	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Mammogram - chụp quang tuyến vú	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
PAP Smear	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Bone density – Đo loãng xương	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Khác: _____				

TÊN	NGÀY THÁNG NĂM SINH
------------	----------------------------

TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE

	Đánh dấu nếu quý vị có những chứng bệnh được liệt kê
Thần kinh	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Nhức đầu <input type="checkbox"/> Chùng co <input type="checkbox"/> giật Kinh Phong <input type="checkbox"/> Xiu <input type="checkbox"/> Thiếu tập trung <input type="checkbox"/> Đột quy <input type="checkbox"/> Khác
Tâm thần	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Trầm cảm <input type="checkbox"/> Bồn chồn <input type="checkbox"/> Lo lắng, căng thẳng thần kinh <input type="checkbox"/> Nghiện thuốc/rượu <input type="checkbox"/> Khác
Mắt	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Thị giác có vấn đề <input type="checkbox"/> Mắt mờ <input type="checkbox"/> Đỏ mắt <input type="checkbox"/> Đau mắt <input type="checkbox"/> Khác
Mũi	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Dị ứng mũi <input type="checkbox"/> Viêm xoang <input type="checkbox"/> Thường chảy máu cam <input type="checkbox"/> Khác
Tai	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Lãng tai <input type="checkbox"/> Ò Tai <input type="checkbox"/> Chảy máu tai <input type="checkbox"/> Khác
Họng	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Khó nuốt <input type="checkbox"/> Hay đau cổ <input type="checkbox"/> Tật về nói <input type="checkbox"/> Khác
Miệng	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Vấn đề về răng <input type="checkbox"/> Vấn đề về lưỡi <input type="checkbox"/> Viêm loét miệng <input type="checkbox"/> Khác
Cổ	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Sung hạch <input type="checkbox"/> Vấn đề về tuyến giáp <input type="checkbox"/> Khác
Ngực	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Đau ngực <input type="checkbox"/> suyễn <input type="checkbox"/> khó thở <input type="checkbox"/> Ho kinh niên <input type="checkbox"/> Bệnh lao <input type="checkbox"/> Khác
Tim	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Tiếng thổi tim <input type="checkbox"/> Trống ngực <input type="checkbox"/> Vấn đề về van tim <input type="checkbox"/> Vấn đề về van hai lá <input type="checkbox"/> Đau thắt ngực <input type="checkbox"/> Khác
Bao tử	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Chứng ợ nóng <input type="checkbox"/> Chứng trào ngược thực quản <input type="checkbox"/> Viêm ruột kết <input type="checkbox"/> Viêm dạ dày <input type="checkbox"/> Bướu <input type="checkbox"/> Táo bón <input type="checkbox"/> Chảy máu <input type="checkbox"/> Khác
Bài tiết & sinh dục	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Nhiều lần <input type="checkbox"/> Xót <input type="checkbox"/> Sỏi thận <input type="checkbox"/> Nhiễm trùng hoặc bệnh lây truyền qua đường tình dục <input type="checkbox"/> Rối loạn cương dương <input type="checkbox"/> Dòng nước tiểu
Cột sống	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Đau cánh tay <input type="checkbox"/> Cổ/ bàn tay <input type="checkbox"/> Vai Mất cá <input type="checkbox"/> Cổ Giữa lưng <input type="checkbox"/> Thoát vị đĩa đệm
Hệ thống	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Giảm cân <input type="checkbox"/> Sốt <input type="checkbox"/> Mồ hôi ban đêm <input type="checkbox"/> Khó ngủ <input type="checkbox"/> Mệt mỏi <input type="checkbox"/> Viêm khớp

CHẤP NHẬN CHO ĐIỀU TRỊ

Tôi ký tên dưới đây cho phép Connie Pham M.D. PLLC, nhân viên người đại diện và các tổ chức liên kết được thực hiện việc điều trị và những hoạt động mà bác sĩ cho là cần thiết khi chẩn đoán và điều trị cho tôi. Tôi hiểu rằng y khoa không phải là một môn khoa học chính xác và chấp thuận rằng CONNIE PHAM M.D. PLLC và các bác sĩ không bảo đảm hay cam kết về kết quả của quá trình điều trị, chẩn đoán hoặc những dịch vụ chuyên môn cung cấp cho tôi.

CHUYỂN NHƯỢNG LỢI TỨC BẢO HIỂM CHO NGƯỜI CUNG CẤP

Tôi ký tên dưới đây yêu cầu trả thẳng hay chuyển nhượng lợi tức mà tôi được hưởng theo giao kèo bảo hiểm dưới điều Title XVI của luật an ninh xã hội cho người chỉ định ở trên cho những dịch vụ chuyên môn đã cung cấp cho tôi.

THỎA THUẬN TÀI CHÍNH

Tôi bằng lòng thanh toán cho các khoản chênh lệch giữa phí dịch vụ chuyên môn và những chuyển nhượng lợi tức. Tôi hiểu là người ký tên dưới đây chịu trách nhiệm tài chính cho những chi phí không được thanh toán do sự chuyển nhượng nói trên.

CHẤP THUẬN PHÁT HÀNH THÔNG TIN

Tôi cho phép phát hành bất kỳ thông tin cho bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc bên thứ ba nhằm mục đích nhận được thanh toán cho những dịch vụ chuyên môn đã được cung cấp. Tôi cho phép phát hành bất kỳ thông tin cho bất kỳ bác sĩ, cơ quan y tế, cơ sở chăm sóc sức khỏe mà tôi điều trị, nhằm phục vụ cho việc chăm sóc sức khỏe của tôi.

BỆNH NHÂN NGƯỜI CHỊU TRÁCH NHIỆM KÝ TÊN: _____	NGÀY: _____
--	-------------