



Registration Form / Mẫu đăng ký

Patient Information / Thông tin bệnh nhân				
Last Name / Họ		First Name / Tên	MI	Ngày sinh
Address / Địa chỉ nhà		City / Thành phố	State	Zip
Xin ✓ Điện thoại chính	☐ Home # / Điện thoại nhà	☐ Điện thoại công việc	☐ Điện thoại tay	
Loại ☐ Nam ☐ Nữ	SSN / Số an sinh xã hội	Language / Ngôn ngữ Vietnamese	Số giấy phép lái xe	
Tình trạng hôn nhân ☐ Cưới nhau ☐ Độc thân ☐ Ly dị ☐ Ly thân ☐ Góa ☐ Bạn đời	Liên hệ ưu tiên ☐ Thư / Mail ☐ Điện thoại nhà / Home ☐ Điện thoại tay / Cell ☐ Cổng thông tin bệnh nhân (My Chart)	Ethnicity / Dân tộc ☒ Vietnamese	Race ☒ Asian	
Email / Địa chỉ email		PCP / Bác sĩ gia đình	Referring By / Bác sĩ giới thiệu	
Responsible (Guarantor) / Người có trách nhiệm		☐ Same as Patient / Giống như bệnh nhân		
Last Name / Họ		First Name / Tên	MI	Ngày sinh
Address / Địa chỉ nhà		City / thành phố	State	Zip
Xin ✓ Điện thoại chính	☐ Home # / Điện thoại nhà	☐ Điện thoại công việc	☐ Điện thoại tay	
Relationship / Quan hệ với bệnh nhân	SSN / Số an sinh xã hội	Language / Ngôn ngữ	Số giấy phép lái xe	
Emergency Contact / Trường hợp khẩn cấp				
Last Name / Họ		First Name / Tên		
Address / Địa chỉ nhà		City / thành phố	State	Zip
Relationship / Quan hệ với bệnh nhân	☐ Home # / Điện thoại nhà	☐ Điện thoại công việc	☐ Điện thoại tay	
Tôi / Chúng tôi đồng ý và cho phép tất cả các phương pháp điều trị, phẫu thuật và dịch vụ y tế được bác sĩ và nhân viên của Quy V. Le, MD, Inc đề nghị cho tôi hoặc trẻ vị thành niên trên mà tôi là cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp. Tôi xác nhận rằng, theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi, tất cả các tuyên bố ở đây đều đúng. Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm về tài chính đối với tất cả các chi phí phát sinh cho các dịch vụ y tế cho bản thân và người phụ thuộc của tôi bất kể phạm vi bảo hiểm. Tôi cũng đồng ý trả tiền lãi hợp pháp, chi phí thu phí và phí luật sư phát sinh để thu bất kỳ số tiền nào tôi có thể nợ. Tôi biết rằng sẽ có khoản phí \$ 25 cho bất kỳ khoản thanh toán nào được trả lại. Tôi cũng cho phép tiết lộ thông tin y tế của tôi cho quá trình phúc lợi bảo hiểm cho bất kỳ dịch vụ y tế hoặc phẫu thuật nào được đưa ra.				
Chữ ký của bệnh nhân / Người có trách nhiệm			Date / Ngày	



Patient Medical History

Bệnh sử bệnh nhân

Patient Name tên _____ DOB ngày sinh _____

Pharmacy Information / Thông tin về Dược phẩm - Preferred Pharmacy / Tiệm thuốc			
Name tên tiệm thuốc			
Address địa chỉ nhà			
Phone số điện thoại		Fax số fax	
Medications – List all medications you take, prescription and non-prescription and the dosage Thuốc Men - Liệt kê tất cả các loại thuốc bạn dùng, theo toa và không kê đơn và liều lượng.			
☐ I do not take any medications / Tôi không uống thuốc			
Medication Name / Tên thuốc		Dosage / Liều dùng	
Medication and Food Allergies – List all known allergies (drugs, food, animals, etc.) Dị ứng - Liệt kê tất cả các dị ứng đã biết (thuốc, thực phẩm, động vật, v.v)		☐ No Known Allergies / Không dị ứng	

Medical History – Check if you have ever experienced the following conditions. / Tiền sử bệnh	
Medical Condition / Điều kiện y tế	☐ None / không có
☐ Abdominal Pain - đau bụng	☐ Hepatitis A/B/C - viêm gan A/B/C
☐ Anemia - thiếu máu	☐ High Blood Pressure - tăng huyết áp
☐ Anxiety - sự lo ngại	☐ High Cholesterol - tăng lipid máu
☐ Arthritis - viêm khớp	☐ HIV / AIDS
☐ Asthma - bệnh suyễn	☐ Incontinence - không tự chủ
☐ Blood Clots - các cục máu đông	☐ Irritable Bowel Disease - bệnh ruột kích thích
☐ Coronary Artery (CAD) - bệnh động mạch vành	☐ Kidney Stones - sỏi thận
☐ Cancer – Type - loại ung thư	☐ Liver Disease - bệnh gan
☐ COPD (Emphysema) - khí thũng	☐ MI (Heart Attack) - nhồi máu cơ tim
☐ Crohn's Disease - bệnh viêm ruột	☐ Pancreatitis - viêm tụy
☐ Depression - phiền muộn	☐ Nerve/Muscle Disease - bệnh thần kinh / cơ bắp
☐ Diabetes - tiểu đường	☐ Osteoporosis - chứng loãng xương
☐ Diverticulitis - viêm túi lông	☐ Peptic Ulcer Disease - bệnh viêm loét dạ dày
☐ Gallbladder Disease - bệnh túi mật	☐ Prostate Disease - bệnh tuyến tiền liệt
☐ GERD (Reflux) - bệnh trào ngược dạ dày thực quản	☐ Renal/Kidney Disease - bệnh thận
☐ Headaches - nhức đầu	☐ Seizure - co giật
☐ Heart Disease - bệnh tim	☐ Thyroid Disease - bệnh tuyến giáp
☐ Hemorrhoids - bệnh trĩ	☐ Other - khác

Patient Medical History

Bệnh sử bệnh nhân

Surgical History – Check if you have received the following procedures. Lịch sử phẫu thuật - Kiểm tra xem bạn đã có các thủ tục này chưa.	
Surgical Procedure / Thủ tục phẫu thuật	☐ None / không có
☐ Angioplasty - nong mạch	☐ Hernia Repair - sửa chữa thoát vị
☐ Appendectomy - cắt bỏ ruột thừa	☐ Liver Biopsy
☐ Cholecystectomy - hủ thuật cắt túi mật	☐ Pacemaker
☐ Colectomy - cắt bỏ đại tràng	☐ Small Bowel Resection - cắt ruột non
☐ Colostomy - giải phẫu	☐ Thyroidectomy - cắt bỏ tuyến giáp
☐ Heart Bypass - vòng tim	☐ Other – khác
Male ONLY / Chỉ dành cho nam	Female ONLY / Chỉ dành cho nữ
☐ Prostate Biopsy - sinh thiết tuyến tiền liệt	☐ Breast Biopsy/Surgery - sinh thiết vú / giải phẫu cắt bỏ vú
☐ Vasectomy - cắt ống dẫn tinh	☐ Hysterectomy - cắt bỏ tử cung
☐ Other – khác	☐ Other – khác

Family History – Fill in any family member(s) with the following conditions. Lịch sử gia đình - Điền vào bất kỳ thành viên gia đình nào với các điều kiện sau đây.		☐ Adopted / Con nuôi
☐ Alcoholism - nghiện rượu		☐ Diabetes - tiểu đường
☐ Allergies - dị ứng		☐ Heart Condition - điều kiện trái tim
☐ Asthma - bệnh suyễn		☐ Hyperlipidemia - tăng lipid máu
☐ Blood Disease - bệnh máu		☐ Hypertension - tăng huyết áp
☐ Cancer – Type - loại ung thư		☐ Stroke - cú đánh
☐ Other – khác		

Social History – For Adult Patient / Lịch sử xã hội - Dành cho bệnh nhân người lớn	
Occupation nghề nghiệp:	Employer chủ nhân:
How often? / Bao lâu?	What type? / Loại?
Tobacco ☐ Yes ☐ No Thuốc lá	☐ Chewing ☐ Cigar ☐ Pipe ☐ Cigarette ☐ Smokeless ☐ Nhai ☐ Điếu xì gà ☐ Ống ☐ Thuốc lá ☐ Không khói
Alcohol ☐ Yes ☐ No Rượu	☐ Beer ☐ Liquor ☐ Wine ☐ Other ☐ Bia ☐ Rượu ☐ Rượu nho ☐ Khác
Substance ☐ Yes ☐ No Lạm dụng chất gây nghiện	☐ Cocaine ☐ Heroin ☐ Marijuana ☐ Opium ☐ Other ☐ Cocaine ☐ Heroin ☐ Cần sa ☐ Thuốc phiện ☐ Khác

ASSIGNMENT OF BENEFITS ELIGIBILITY / Chuyển nhượng bảo hiểm

Primary Insurance Plan / / Bảo hiểm chính

Patient Name / Tên bệnh nhân		Date of Birth / Ngày sinh	
Insurance Plan / Bảo hiểm	Group # / Số nhóm	Policy # / Số chính sách	
☐ Medicare ☐ PPO ☐ POS ☐ EPO ☐ HMO (tổ hợp)			
Subscriber Name / Tên người đăng ký		Subscriber Date of Birth / Ngày sinh của người đăng ký	
Relationship to Patient / Mối quan hệ với bệnh nhân			

Other Insurance Coverage for Patient (Secondary Insurance) / Bảo hiểm thứ cấp

Insurance Plan / Bảo hiểm		Group # / Số nhóm		Policy # / Số chính sách	
☐ Medicare ☐ PPO ☐ POS ☐ EPO ☐ HMO (tổ hợp)					
Subscriber Name / Tên người đăng ký			Subscriber Date of Birth / Ngày sinh của người đăng ký		
Relationship to Patient / Mối quan hệ với bệnh nhân					

____ (viết tắt) Tôi ủy quyền và yêu cầu thanh toán các khoản trợ cấp bảo hiểm của tôi để thanh toán trực tiếp cho **Quy V. Le, MD, Inc.** cho bất kỳ dịch vụ y tế hoặc phẫu thuật nào được trả lại. Tôi ủy quyền cho bất kỳ chủ sở hữu thông tin y tế hoặc thông tin nào khác về tôi giải phóng cho Cơ quan quản lý an sinh xã hội, Quản lý tài chính chăm sóc sức khỏe, đại lý hoặc nhà cung cấp dịch vụ hoặc công ty bảo hiểm bất kỳ thông tin nào cần thiết cho yêu cầu bảo hiểm liên quan này. phải trả cho các dịch vụ liên quan. Tôi hiểu rằng bắt buộc phải thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bất kỳ bên nào khác có thể chịu trách nhiệm thanh toán cho việc điều trị của tôi. Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm về tài chính đối với các khoản phí bất kể quyền lợi bảo hiểm. Tôi cũng chịu trách nhiệm về việc thu thập, pháp lý hoặc bất kỳ chi phí phát sinh nào khác, điều này có cần thiết đối với tài khoản của tôi vì không thanh toán hay không. Tôi biết rằng sẽ có khoản phí **\$25** cho bất kỳ khoản thanh toán nào được trả lại

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES / XÁC NHẬN ĐÃ NHẬN ĐƯỢC

Thông báo về thực tiễn bảo mật và sự đồng ý cho việc sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe cá nhân

____ (viết tắt) Tên và chữ ký của bạn trên biểu mẫu này cho biết rằng bạn đã nhận được một bản Thông báo về thực tiễn bảo mật của văn phòng của chúng tôi hoặc nó được cung cấp cho bạn để nhận.

____ (viết tắt) Chữ ký của bạn dưới đây cho biết sự đồng ý của bạn với việc sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe cá nhân của bạn bởi văn phòng của chúng tôi để xử lý, thanh toán, thanh toán và các hoạt động chăm sóc sức khỏe như được nêu trong Thông báo về Thực tiễn Quyền riêng tư.

____ (viết tắt) Nếu bạn có bất kỳ câu hỏi nào liên quan đến thông tin Quyền riêng tư này, vui lòng trao đổi với nhân viên của chúng tôi hoặc liên hệ với văn phòng của chúng tôi theo số (714) 200-1499.

ký tên

Chữ ký của bệnh nhân/ Người có trách nhiệm

Date / Ngày

Tên bệnh nhân/ Người có trách nhiệm (làm ơn in)

Relationship / Mối quan hệ với bệnh nhân



Thỏa thuận trách nhiệm tài chính (Agreement of Financial Responsibility)

Cảm ơn bạn đã chọn chúng tôi làm nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bạn. Chúng tôi cam kết cung cấp dịch vụ chăm sóc và phục vụ chất lượng cho tất cả bệnh nhân của chúng tôi. Sau đây là một tuyên bố về chính sách tài chính của chúng tôi, mà chúng tôi yêu cầu bạn đọc và đồng ý trước khi điều trị.

- Vui lòng hiểu rằng việc thanh toán hóa đơn của bạn được coi là một phần trong điều trị của bạn. Phí phải trả khi dịch vụ được hoàn trả. Chúng tôi chấp nhận tiền mặt, séc, thẻ tín dụng và bảo hiểm được chấp thuận trước mà chúng tôi là nhà cung cấp có hợp đồng.
- Quý vị có trách nhiệm biết các quyền lợi bảo hiểm của mình, kể cả việc chúng tôi là nhà cung cấp hợp đồng với công ty bảo hiểm, quyền lợi được bảo hiểm và bất kỳ loại trừ nào trong hợp đồng bảo hiểm của quý vị hay bất kỳ yêu cầu ủy quyền trước nào của công ty bảo hiểm của quý vị.
- Chúng tôi sẽ cố gắng xác nhận bảo hiểm của bạn trước khi điều trị. Bạn có trách nhiệm cung cấp thông tin bảo hiểm hiện tại và chính xác, bao gồm mọi cập nhật hoặc thay đổi về mức độ phù hợp. Nếu bạn không cung cấp thông tin này, bạn sẽ phải chịu trách nhiệm về tài chính.
- Nếu chúng tôi có hợp đồng với công ty bảo hiểm của bạn, chúng tôi sẽ lập hóa đơn cho công ty bảo hiểm của bạn trước, trừ bất kỳ khoản đồng thanh toán nào hoặc khấu trừ, và sau đó lập hóa đơn cho bạn cho bất kỳ số tiền nào được xác định là trách nhiệm của bạn. Quá trình này thường mất 45-60 ngày kể từ khi công ty bảo hiểm nhận được yêu cầu bồi thường.
- Nếu chúng tôi không ký hợp đồng với công ty bảo hiểm của bạn, bạn sẽ phải trả tiền cho tất cả các dịch vụ được trả lại khi kết thúc chuyến thăm của bạn. Chúng tôi sẽ cung cấp cho bạn một tuyên bố rằng bạn có thể gửi cho công ty bảo hiểm của bạn để được hoàn tiền.
- Cần có bằng chứng thanh toán và giấy tờ tùy thân có ảnh cho tất cả bệnh nhân. Chúng tôi sẽ yêu cầu cung cấp một bản sao ID và thẻ bảo hiểm của bạn cho hồ sơ của chúng tôi. Việc cung cấp một bản sao thẻ bảo hiểm của bạn không xác nhận rằng bảo hiểm của bạn có hiệu lực hoặc các dịch vụ được trả lại sẽ do công ty bảo hiểm của bạn đài thọ.
- Vui lòng hiểu một số bảo hiểm có các quyền lợi ngoài mạng lưới có các khoản đồng bảo hiểm, các khoản đồng thanh toán cao hơn và các quyền lợi hàng năm giới hạn. Nếu bạn nhận được các dịch vụ là một phần của lợi ích ngoài mạng lưới, phần trách nhiệm tài chính của bạn có thể cao hơn tỷ lệ trong mạng lưới.

Tôi đã đọc các chính sách tài chính được nêu ở trên, và chữ ký của tôi bên dưới đóng vai trò như một sự thừa nhận về sự hiểu biết rõ ràng về trách nhiệm tài chính của tôi. Tôi hiểu rằng nếu công ty bảo hiểm của tôi từ chối bảo hiểm và / hoặc thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp cho tôi, tôi chịu trách nhiệm tài chính và sẽ thanh toán tất cả các khoản phí đó đầy đủ.

Chữ ký của bệnh nhân / Người có trách nhiệm

Ngày

Tên của bệnh nhân / Bên có trách nhiệm (vui lòng in)

Mối quan hệ với bệnh nhân