

## **Thông tin của bệnh nhân**

Tên : \_\_\_\_\_ Họ : \_\_\_\_\_  
Giới tính : Nam / Nữ Ngày sinh : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Tháng/Ngày/Năm)

Số an sinh xã hội : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ (### - ## - #####)

## **Thông tin liên lạc**

Điện thoại di động : \_\_\_\_\_ Điện thoại cơ quan : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_ (Hồ sơ y tế trực tuyến)

Địa chỉ nhà : \_\_\_\_\_

Thành phố : \_\_\_\_\_ Tiểu bang : \_\_\_\_\_ Số vùng : \_\_\_\_\_

## **Thông tin bảo hiểm**

Tên công ty bảo hiểm : \_\_\_\_\_ Ngày có hiệu lực : \_\_\_\_\_ Số

ID bảo hiểm : \_\_\_\_\_ Số Group bảo hiểm : \_\_\_\_\_

## **Thông tin người thân / giám hộ**

Tên : \_\_\_\_\_ Họ : \_\_\_\_\_

Giới tính : Nam / Nữ Ngày sinh : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Tháng/Ngày/Năm) Số an

sinh xã hội : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Mối liên hệ : Vợ-chồng / Con / Khác V.v..

Địa chỉ nhà : \_\_\_\_\_

Thành phố : \_\_\_\_\_ Tiểu bang : \_\_\_\_\_ Số vùng : \_\_\_\_\_ Điện thoại di

động : \_\_\_\_\_ Điện thoại cơ quan : \_\_\_\_\_

## Thông tin nhà thuốc

Tên và địa chỉ : \_\_\_\_\_ Số Vùng : \_\_\_\_\_

Số điện thoại : \_\_\_\_\_ Số Fax : \_\_\_\_\_

## Loại thuốc đang sử dụng

#	Tên thuốc	Liều lượng	#	Tên thuốc	Liều lượng
1			6		
2			7		
3			8		
4			9		
5			10		

Sử dụng thuốc lá : Không có / Trước đây có / Sử dụng ít / Sử dụng nhiều

Quan hệ giới tính : Khác giới / Đồng Tính / Song Tính / Không đề cập

Dị ứng với thuốc : \_\_\_\_\_

Dị ứng với thực phẩm : \_\_\_\_\_

## Thông tin liên lạc khẩn cấp

Họ và tên : \_\_\_\_\_

Số điện thoại : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

## Tiền sử bệnh

**Vui lòng đánh dấu những vấn đề bệnh lý mà bạn có :**

<input type="checkbox"/> Bệnh lao <input type="checkbox"/> Viêm phổi/phế quản <input type="checkbox"/> Bệnh tim <input type="checkbox"/> Huyết áp cao <input type="checkbox"/> Loãng xương	<input type="checkbox"/> Đường huyết <input type="checkbox"/> Bệnh tuyến giáp <input type="checkbox"/> Thiếu máu <input type="checkbox"/> Máu khó đông <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Bệnh thận <input type="checkbox"/> Bệnh động kinh <input type="checkbox"/> Bệnh thần kinh <input type="checkbox"/> Bệnh gan	<input type="checkbox"/> Ung thư ngực <input type="checkbox"/> Ung thư buồng trứng <input type="checkbox"/> Ung thư ruột <input type="checkbox"/> Ung thư tiền liệt <input type="checkbox"/> _____
--	---	---	--

**Vui lòng cho biết những phẫu thuật và năm bạn đã thực hiện:**

Phẫu thuật	Năm	Phẫu thuật	Năm	Phẫu thuật	Năm	Phẫu thuật	Năm
Nong mạch vành		Chấn thương		Dạ dày		Thắt ống dẫn trứng	
Động mạch		Lung hoặc cổ		Thoát vị bẹn		Mổ lấy thai	
Mạch máu		Vùng eo và xương chậu		Nội soi đại tràng		Cắt tử cung	
Phình mạch máu		Đầu gối		Túi mật		Cắt buồng trứng	
Phổi		Cổ tay		Ruột thừa		Ngực	
Amidan		Xoang mũi		Tuyến tiền liệt		Tuyến giáp	
Thần kinh		Tai		Bàng quang		Khác	

**Vui lòng cho biết những kiểm tra định kỳ và năm bạn đã thực hiện :**

Xét Nghiệm	Năm	Xét Nghiệm	Năm	Xét Nghiệm	Năm	Xét Nghiệm	Năm
Mạch máu ở tim		Chích ngừa cúm		Kiểm tra ung thư tuyến tiền liệt		Chụp hình ngực	
Nhịp tim		Chích ngừa viêm phổi		Khám trực tràng		Phụ khoa	
Siêu âm tim		Chích ngừa uốn ván		Khám ung thư ruột		Xét nghiệm máu tổng quát	
Chụp hình phổi		Chích ngừa viêm gan		Nội soi đại tràng		Khác	
Điện tâm đồ		Kiểm tra loãng xương		Đường tiêu hóa			

## **Bệnh nhân đồng ý và ký tên: Mason Park Medical Clinic Agreements**

*Mason Park Medical Clinic* có quyền sửa đổi về các quy định và luật lệ đã nêu.  
Tôi đã đọc và hiểu rõ về “*Mason Park Medical Clinic Notice of Privacy Policies*”  
Tôi đã đọc và hiểu rõ về “*Mason Park Medical Clinic Consent Form*”  
Tôi đã đọc và hiểu rõ về “*Mason Park Medical Clinic Authorization Form*”

\_\_\_\_\_  
*Tên của bệnh nhân*

\_\_\_\_\_  
*Ký tên*

\_\_\_\_\_  
*Tên của người thân / giám hộ*

\_\_\_\_\_  
*Ký tên*

\_\_\_\_\_  
*Ngày ký tên (Tháng/Ngày/Năm)*

\_\_\_\_\_  
*Mối liên hệ*

## **Bệnh nhân đồng ý chia sẻ thông tin về sức khỏe**

Dưới đây, chúng tôi sẽ thảo luận về các liên lạc được chấp thuận liên quan đến các cuộc hẹn với bác sĩ, xét nghiệm, và bất kỳ thông tin nào khác liên quan đến việc điều trị của bạn tại Mason Park Medical Clinic; cũng như ai là người được phép liên lạc về những thông tin nêu trên.

<b>Thông tin liên lạc</b>			
<b>Tên</b>			
<b>Số điện thoại</b>			
<b>Mối liên hệ</b>			