

# CHAU MEDICAL GROUP

PATIENT INFORMATION/Thông tin cá nhân				
Last name: <i>Họ</i>	First: <i>Tên</i>	Middle: <i>Tên lót</i>	Marital status: <i>Tình trạng hôn nhân</i>	Date of birth
Address: <i>Địa chỉ</i>				
Cell phone no: <i>Số di động</i>			<input type="checkbox"/> FaceTime <input type="checkbox"/> WhatsApp Number	
Occupation: <i>Nghề nghiệp</i>			Previous Primary Care Doctor: <i>Bác sĩ gia đình cũ</i>	
INSURANCE INFORMATION/Thông tin bảo hiểm sức khỏe (Please give your insurance card to the receptionist) <i>(Xin vui lòng đưa thẻ bảo hiểm cho chúng tôi)</i>				
Name of Insurance: <i>Tên hãng bảo hiểm</i>	Subscriber's Name: <i>Tên người được bảo hiểm</i>		Group no:	Policy no:
Responsible Party or Bill To Information <i>Người chịu trách nhiệm thanh toán chi phí phát sinh</i>				
Full name: _____ Relationship: _____ <i>Họ tên</i> <i>Quan hệ với bệnh nhân</i>				
Address: _____ <i>Địa chỉ</i>				
Home phone: _____ Work phone: _____ <i>Số điện thoại</i>				
Birth Date: _____ Age: _____ <i>Ngày sinh</i> <i>Tuổi</i> <i>Số Social</i>				
SSN: _____ <i>Số Social</i>				
Employer: _____				
IN CASE OF EMERGENCY/Liên lạc khẩn cấp				
Name of local friend or relative (not living at same address): <i>Tên của bạn/người thân sống gần nhà (không cùng địa chỉ)</i>		Relationship to patient: <i>Quan hệ với bệnh nhân</i>		Cell phone no: <i>Số di động</i>
The above information is true to the best of my knowledge. I authorize my insurance benefits be paid directly to the physician. I understand that I am financially responsible for any balance. I also authorize Chau Medical Group or insurance company to release any information required to process my claims.				
Patient/Guardian's Signature <i>Kí tên</i>			Date: <i>Ngày</i>	

All questions contained in this questionnaire are strictly confidential and will become part of your medical record  
 Tất cả những câu hỏi trong đơn này được bảo mật chặt chẽ và sẽ được lưu lại trong bệnh án của bạn

Pharmacy Name and Number:  
 Tên nhà thuốc và số phone:

**List any medical problems that other doctors have diagnosed**  
 Liệt kê tất cả những bệnh từng được chẩn đoán

Blank space for listing medical problems.

Surgeries / Phẫu thuật		Other Doctors/Bác sĩ khác
Year/ Năm	Surgeries / Phẫu thuật	

**FAMILY HEALTH HISTORY / Tiền sử gia đình**

	AGE Tuổi	SIGNIFICANT HEALTH PROBLEMS Những bệnh mạn tính/ truyền nhiễm		AGE Tuổi	SIGNIFICANT HEALTH PROBLEMS Những bệnh mạn tính/ truyền nhiễm
<b>Father / Cha</b>			<b>Children</b> Con cái		
<b>Mother / Mẹ</b>					
<b>Siblings / Anh, chị, em</b>			<b>Grandmother</b> r Maternal	Bà ngoại	
			<b>Grandfather</b> Maternal	Ông ngoại	
			<b>Grandmother</b> r Paternal	Bà nội	
			<b>Grandfather</b> Paternal	Ông nội	

**List your prescribed drugs and over-the-counter drugs, such as vitamins and inhalers**

*Liệt kê tất cả những thuốc đang dùng, kể cả vitamin và thuốc hít*

Name of Drug/ Tên thuốc	Strength/ Liều dùng	Frequency Taken/ Chỉ định

**Allergies / Dị ứng thuốc**

Name of Drug/ Tên thuốc	Reactions You Had/ Phản ứng

**HEALTH HABITS AND PERSONAL SAFETY/ Thói quen sức khỏe và an toàn cá nhân**

ALL QUESTIONS CONTAINED IN THIS QUESTIONNAIRE ARE OPTIONAL AND WILL BE KEPT STRICTLY CONFIDENTIAL

*Tất cả những câu hỏi trong đơn này được bảo mật chặt chẽ và sẽ được lưu lại trong bệnh án của bạn*

<b>Alcohol</b> <i>Thức uống có cồn</i>	Do you drink alcohol? / <i>Bạn có dùng thức uống có cồn không?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	How many drinks per week? / <i>Số ly/lon mỗi tuần?</i> _____	
	Are you concerned about the amount you drink? / <i>Bạn có lo ngại về mức uống đó không?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	Have you considered stopping? / <i>Bạn có muốn ngừng lại không?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	Have you ever experienced blackouts? / <i>Bạn từng bị ngất chưa?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	Are you prone to "binge" drinking? / <i>Bạn có thường nhậu không?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>Tobacco</b> <i>Thuốc lá</i>	Do you use tobacco?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	_____ Cigarettes    ___ pks/day / <i>Thuốc lá</i>	
	___ # of years / <i>Số năm</i>	___ Or year quit / <i>Số năm ngừng sử dụng</i>
<b>Drugs</b> <i>Chất kích thích</i>	Do you currently use recreational or street drugs? / <i>Bạn có đang sử dụng chất kích thích không?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	Have you ever given yourself street drugs with a needle? / <i>Bạn đã từng chích thuốc kích thích không?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>WOMEN</b>	Date of last menstrual period	