

CÁ NHÂN

Tên Bệnh nhân _____
Tên đầu tiên Họ Tên đệm (Ưu tiên)

Ngày sinh _____ SS# _____ Giới tính: Nam Nữ Kết hôn: Có Chưa

Di động _____ Email: _____

Bạn đã nghe về chúng tôi như thế nào? Google YELP Facebook thư/bao thư người/: _____

Khác: _____

ĐỊA CHỈ VÀ SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ

Đánh vào ô nếu áp dụng cho cả gia đình:

Địa chỉ _____

Thành phố _____ Bang _____ Zip _____ SĐT nhà _____

THÔNG TIN DƯỢC

Tên hiệu thuốc: _____

Địa chỉ hiệu thuốc: _____

Điện thoại nhà thuốc: _____

HỢP ĐỒNG TÀI CHÍNH & XÁC NHẬN ĐÃ NHẬN THÔNG BÁO THỰC HÀNH QUYỀN RIÊNG TƯ

- Để thuận tiện cho tôi, văn phòng này có thể tiết lộ thông tin của tôi cho bảo hiểm của tôi và nhận thanh toán trực tiếp từ họ.
- Nếu được gửi để nhờ thu, tôi đồng ý trả một khoản phí thu 30 đô la, tất cả các khoản phí liên quan và chi phí tòa án.
- Mọi nỗ lực sẽ được thực hiện để giúp tôi được hưởng lợi từ bảo hiểm của tôi, nhưng nếu họ không trả tiền như mong đợi, tôi sẽ vẫn chịu trách nhiệm.
- Các kế hoạch điều trị có thể thay đổi, và tôi sẽ chịu trách nhiệm về công việc đã thực hiện.
- Tôi đã có đầy đủ cơ hội để đọc và xem xét kỹ các nội dung của Thông báo thực hành quyền riêng tư. Tôi hiểu rằng tôi đang cho phép bạn sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi để thực hiện các hoạt động điều trị, thanh toán và các hoạt động y tế. Tôi cũng hiểu rằng tôi có quyền thu hồi sự cho phép này.

(tiếp tục ở phía bên kia)

LÝ LỊCH Y TẾ

Liên lạc Khẩn cấp _____ SĐT _____ Mỗi quan hệ _____

Liệt kê tất cả các loại thuốc bạn đang dùng:

Đánh dấu các loại thuốc bạn bị dị ứng:

Không

Không

Thuốc tê cục bộ

Aspirin

Kim loại

Codeine/Các chất gây nghiện khác Penicillin

Erythromycin

Thuốc Sulfar

Nhựa cao su

Khác: _____

Đánh dấu bất kỳ thể trạng y tế nào bạn đang có:

Không

Tiểu đường

Thay thế Khớp, vào Ngày: _____

AIDS/HIV

Thũng Khí phế

Suy Thận/Suy Bàng quang

Nghiện Rượu/Chất kích thích

Động kinh

Bệnh Gan

Thiếu máu / Ung thư bạch cầu

Ngất Xỉu/Co giật

Thấp Huyết áp

Chứng Chán ăn/Háu ăn

Sốt vi / Vảy nến

Bệnh Tâm lý

Viêm khớp

Nhức đầu Kinh niên

Bệnh Lá Van

Suyễn / Viêm mũi dị ứng

Khô miệng/Sjogren

Tiêu chảy Kinh niên

Bệnh về Đông máu

Triệu chứng bàng quang

Thấp khớp

Truyền máu

Đau tim/Đột quy

Triệu chứng Thấp Huyết áp

Viêm Phế quản

Bệnh tim / đau thắt ngực

Bệnh truyền qua đường tình dục

Ung thư/Khối u ác tính

Tiếng thổi tim

Vấn đề xoang

Máy tạo nhịp tim

Viêm gan / vàng da

Viêm loét dạ dày

Đau ngực khi hoạt động mạnh

Cao Huyết áp

Viêm loét dạ dày

Van tim bị Hư hỏng

Phát ban / Phát ban da

Bệnh lao

Khác: _____

Lý do đến hôm nay: _____

Bạn có đang chịu đau đớn không? Có / Không

DÀNH CHO PHỤ NỮ: Bạn có mang thai hay bạn có lý do để tin rằng bạn có thể đang mang thai? Có / Không

Bằng cách ký tên bên dưới, tôi xác nhận rằng tôi đồng ý và đã đọc Đạo luật về quyền riêng tư được đưa ra và xác nhận tất cả các thông tin trên là đúng với sự hiểu biết tốt nhất của tôi ở trang 1 và trang 2.

X _____

X _____

Tên Bệnh nhân/Người bảo hộ (In)

Ngày

X _____

Tên Bệnh nhân/Người bảo hộ