

HUONG TRAN QUY INC.

9559 BOLSA AVENUE, SUITE D, WESTMINSTER CA, 92683

PHONE: 714-531-5754

FAX: 714-531-5824

PATIENT INFORMATION/ THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Patient Name (Họ tên bệnh nhân): _____
Last Name (Họ) Middle Name (Tên Đệm) First Name (Tên)

Male (Name) Female (Nữ) Married (Có gia đình) Single (Độc thân)

Date of Birth (Ngày tháng năm sinh): _____
(Month/ Tháng) (Date/ Ngày) (Year/ Năm)

Preferred Language (Ngôn ngữ): _____ Email: _____

Race (Sắc dân): _____ Ethnicity (Dân tộc): _____

Address (Địa chỉ): _____ City (Thành phố): _____

State (Tiểu bang): _____ Zip Code (Mã số vùng): _____

Home-phone (Điện thoại nhà) _____ Cell-Phone (Điện thoại cầm tay): _____

Emergency Contact (Liên lạc khẩn cấp) Name (Tên): _____ Phone: _____

Relationship to patient (Liên hệ với bệnh nhân) _____

Employer Name (Tên sở làm): _____

Employer Address (Địa chỉ sở làm): _____

Employer Phone Number (Điện thoại chỗ làm): _____

Form of Payment: Insurance (Bảo hiểm) Medi-Cal Medi-Medi Cash

Name of Insurance (Tên công ty bảo hiểm): _____

Primary Insurance Subscriber (Tên người mua bảo hiểm): _____

Date of Birth (Ngày tháng năm sinh): _____

Relationship to patient (Liên hệ với bệnh nhân) __ Self (mua cho mình) __ Spouse (vợ, chồng) __ Parent (cha, mẹ)

Patient or Guardian Signature (Chữ ký của bệnh nhân hoặc người đại diện): _____

Date (Ngày): _____

Authorization and Release

I hereby authorize Doctor Huong Tran Quy and Associates to render medical services to me or my child/dependent. I authorize the release of any information including the diagnosis and the records of any treatment or examination rendered to me or my child during the period of such care to third party payers and or other health practitioners. I authorize payment to the Physician benefits account. I shall be responsible and personally liable for the unpaid balance of the account.

Tôi cho phép Bác sĩ Quy Trần Hương và các Bác sĩ cộng tác với Bác sĩ Hương khám bệnh cho tôi hoặc cho con tôi. Tôi cho phép tiết lộ những dữ kiện sức khỏe của tôi và cách điều trị cho các nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe hay các nhân viên chăm sóc sức khỏe khác. Tôi cho phép công ty bảo hiểm trả tiền thẳng cho bác sĩ chữa bệnh. Trong trường hợp số tiền công ty bảo hiểm trả không đủ, tôi bằng lòng thanh toán số tiền sai biệt cho bác sĩ.

Date (Ngày): ____ / ____ / ____ Signature (Ký tên) _____

Notice of Privacy Policies

I have read, received or have been explained to me the Notice of Privacy Policies of Dr. Huong Tran Quy D.O. Inc and her associates and understand the measures in providing security for my medical records, privacy of my personal health information, and maintenance of my personal health information for billing in compliance with HIPAA and national standards.

Tôi đã đọc và đã được giải thích về Quy chế về tính riêng tư của Bác sĩ Quy Trần Hương cùng các công sự và hiểu rõ về cách giữ kín hồ sơ bệnh lý, sự riêng tư của các dữ kiện sức khỏe của tôi hợp với luật HIPAA.

Date (Ngày): ____ / ____ / ____ Signature (Ký tên) _____

Advance Directive Status

I have been informed of my right to formulate an Advance Directive, and I have been provided with information regarding the execution of an Advance Directive.

Tôi đã được giải thích về quyền lập nên một bản khuyến cáo trước về cách chấm dứt sự sống và được cung cấp đầy đủ dữ kiện để làm việc ấy.

(Please check one of the following):

- I have not executed an Advance Directive and I am not interested in further information.
Tôi không muốn làm bản khuyến cáo trước và không quan tâm đến vấn đề này nữa.
- I am interested in formulating an Advance Directive and will discuss my options with my physician.
Tôi muốn biết đến cách làm bản khuyến cáo trước và sẽ thảo luận vấn đề này với bác sĩ của tôi.

Date (Ngày): ____ / ____ / ____ Signature (Ký tên) _____