



Lý Lịch Bệnh Nhân

Họ, Tên: _____ Tính: Nam / Nữ

Ngày Sinh: _____ Tuổi: _____ Cân Nặng: _____

Số An Sinh Xã Hội: _____

Địa Chỉ Nhà: _____

Thành Phố: _____ Tỉnh/Bang: _____ Zip Code: _____

Địa Chỉ (Nhà) _____ (Cửa Tay) _____

E-Mail _____

Tên bác sĩ đã gửi chỉ định của anh/này? _____

Có những triệu chứng gì khi anh/này trung tâm chúng tôi: _____

Triệu chứng xảy ra đầu tiên là lúc nào: _____

Anh có bệnh gì không? Có / Không

Nếu có, nói rõ khi nào và ra sao: _____

LÝ LỊCH VỆ SINH BỆNH TRUYỀN (KHOẢNG TRUYỀN THÔNG MẸC)

Tiền giang Có / Không Bệnh tăng nhãn áp Có / Không

Bệnh gan Có / Không Sickle Cell Có / Không

Áp huyết cao Có / Không Bệnh thận Có / Không

Viêm gan Có / Không Bệnh 'sida' HIV Có / Không

Bệnh tim Có / Không Tai biến Có / Không

Kinh phong Có / Không

Nếu có, liệt kê loại nào: _____

Lý lịch vùng th _____ Có / Không

Nếu có, hãy liệt kê triệu chứng nào vùng th? _____

Anh có bệnh gì không? Có / Không

Nếu có, liệt kê những bệnh: _____

I.V. enhancement/ dùng iodine? Có / Không

Nếu có, phác thảo như thế nào: _____

Anh có uống thuốc gì không? Có / Không

Nếu có, liệt kê tất cả các loại thuốc: _____

Liệt kê loại thuốc gì anh uống hôm nay: _____



Quy n s đ ng và công b tài li u c a b nh nhâ n

Lu t riêng t c a HIPAA cho phép các cá nhân quy n òi h i s gi i h n trong vi c s đ ng và công b nh ng tài li u c gi kín v s c kh e c a h (PHI).

K T Q U C H N O Á N S C F A X N V N P H Ò N G B Á C S C A B N H N H Â N .

Ngoài tôi là b nh nhâ n và bác s c a tôi, nh ng ng i có tên sau ây c phép nh n t t c các tài li u liên quan n s c kh e c a tôi:

H tên/Quan h v i b nh nhâ n

Tên ng i liên l c khi kh n c p

i n tho i khi kh n c p

_____ Tôi không cho phép b t c ai ngoài tôi và bác s c a tôi c nh n t t c các tài li u, c ng nh các tin t c liên quan n s c kh e c a tôi.

Tôi xin ch ng nh n t t c đ ki n trên là úng s th t.

Ch ký c a b nh nhâ n

Ngày ký