

## PATIENT REGISTRATION

**Họ** (Last Name): \_\_\_\_\_ **Tên** (First Name): \_\_\_\_\_ **MI**: \_\_\_\_\_

**Ngày sinh** (DOB): \_\_\_\_\_ **Giới tính** (Gender): \_\_\_\_\_ **Tình trạng hôn nhân** (Marital Status): \_\_\_\_\_

**Địa chỉ nhà** (Home Address): \_\_\_\_\_

**Số phone nhà#**: \_\_\_\_\_ **Cell Phone #**: \_\_\_\_\_ **Preferred #**: \_\_\_\_\_

**Email Address**: \_\_\_\_\_

**Nhà thuốc & địa chỉ** (Preferred Pharmacy & Address): \_\_\_\_\_

**Người liên lạc trong trường hợp khẩn cấp (EMERGENCY CONTACT)**

**Họ** (Last Name): \_\_\_\_\_ **Tên** (First Name): \_\_\_\_\_ **Phone**: \_\_\_\_\_

**MEDICAL HISTORY**

**Những loại thuốc hiện tại đang uống** (Medications you are taking) \_\_\_\_\_

**Dị ứng thuốc** (Allergies): \_\_\_\_\_

**Hút thuốc** (Smoking Use Status): \_\_\_\_\_ **Uống rượu** (Alcohol Use Status): \_\_\_\_\_

**Ngày và loại bệnh đã giải phẫu** (Name and Date of Previous Surgeries): \_\_\_\_\_

**Quý vị đã từng hay đang có triệu chứng của những bệnh nào sau đây?**

(Do you have a history or symptoms of any of the following medical conditions? (please check mark))

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường (Diabetes)                           | <input type="checkbox"/> Bệnh thận (Kidney Disease)     | <input type="checkbox"/> Bệnh suyễn (Asthma)                           |
| <input type="checkbox"/> Bệnh tim (Heart Disease)                             | <input type="checkbox"/> Bệnh phổi (Lung Disease)       | <input type="checkbox"/> Loét dạ dày/Trào ngược (Stomach ulcer/Reflux) |
| <input type="checkbox"/> Cao áp huyết (High BP)                               | <input type="checkbox"/> Bệnh bướu cổ (Thyroid Disease) | <input type="checkbox"/> Truyền máu (Transfusion)                      |
| <input type="checkbox"/> Bệnh cao mỡ (High Cholesterol)                       | <input type="checkbox"/> Bệnh gan (Hepatitis)           | <input type="checkbox"/> Other: _____                                  |
| <input type="checkbox"/> Bệnh liên quan đến thần kinh (Neurological Disorder) |   |  |

**FAMILY MEDICAL HISTORY**

**Gia đình Quý vị có tiền sử bị bệnh gì không?** (Do you have a family history of any medical illness?)

**Father**: \_\_\_\_\_ **Mother**: \_\_\_\_\_

**Sister(s)**: \_\_\_\_\_ **Brother(s)**: \_\_\_\_\_

**Other**: \_\_\_\_\_

**Ủy quyền để chuyển giao hồ sơ y tế và bồi hoàn bảo hiểm:**

Tôi ký tên dưới đây để ủy quyền cho Nong Group gửi hồ sơ bệnh lý của tôi, khi cần thiết đến các bác sĩ và chuyên gia khác trong việc chữa trị cho tôi, hay đến các hãng bảo hiểm để làm các thủ tục bồi hoàn bảo hiểm. Ngoài ra, tôi cũng ủy quyền cho hãng bảo hiểm của tôi chi trả tiền bảo hiểm của tôi đến văn phòng Nong Group để giúp trang trải chi phí trong việc chữa trị cho tôi. Tôi cũng hiểu rõ là tôi sẽ lãnh trách nhiệm chi trả số tiền còn thiếu, nếu có, mà hãng bảo hiểm của tôi không chịu trách nhiệm. (Authorization for Release of Medical Information & Assignment of Insurance Benefits: I hereby authorize Nong Group, to release, when necessary, medical information concerning the care and procedure(s) rendered me to other physicians participating in my care, or to insurance programs to process my insurance claims. I also authorize direct payment to Nong Group any insurance benefits otherwise payable to me or on my behalf for the procedure(s) and medical care provided to me by Nong Group. I understand that I am ultimately responsible for any appropriate charges not covered by my insurance programs.)

**Patient's Signature**: \_\_\_\_\_ **Date**: \_\_\_\_\_

**Người giám hộ- ký thay nếu bệnh nhân là vị thành niên** (Parent's or gaurdian's if patient is under age)

**Người giám hộ ký tên thay nếu bệnh nhân là vị thành niên**

(Signature of the insured if other than patient): \_\_\_\_\_

## CONSENT TO USE AND DISCLOSE HEALTH INFORMATION

Pursuant to the requirements found in the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), the following is offered for your information and consent. Please be aware that it is this office's policy to require your reading and signing this consent prior to the provision of treatment or any other medical services.

I, \_\_\_\_\_, currently residing at  
HỌ TÊN (your full name)

\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_,  
Địa chỉ nhà (street address) Thành phố, tiểu bang, zipcode (city, state & zip)

do hereby consent to the use and disclosure of my individually identifiable health information ("Health Information") by Nong Group for the purpose of providing treatment to me, receiving payment from responsible parties for health care services rendered by Provider, and/or engaging in health care operations, such as office management, credentialing case management and quality management.

I understand that "Notice of Member's Privacy Rights" ("Notice") describes in more detail the types of uses of disclosures of Protected Health Information involved in treatment, payment or healthcare operations, and that I have received a copy of this Notice prior to signing this consent. I understand that if I choose to not sign this consent, this provider may withhold medical services other than emergency services.

I understand that if I sign this consent, I still have the right to request a restriction on Provider's use or disclosure of any and/or all Personal Health Information to any and/or all locations, entities or persons. I further understand that Provider is not obligated to agree to my request. However, if Provider does agree to my request, the agreement will become binding.

I understand that I have the right to revoke this consent, in writing, at any time, except to the extent that Provider has already relied on this consent, and that any revocation will become effective on the date it has been received by Provider and will apply to uses and disclosures of Health Information after the date of receipt.

Kí Tên (Signature): \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_