

Hồ sơ bệnh nhân mới

Thông tin về bệnh nhân			
Tên:		Ngày sinh (Tháng-Ngày-Nam): - -	
Địa chỉ nhà:			
Thành phố:	Tỉnh:	Zip:	SSN: - -
điện thoại nhà: () -	ĐT di động: () -	ĐT văn phòng: () -	
Giới tính: [] Nam [] Nữ	Tình trạng hôn nhân:		Địa chỉ Email:
Thông tin khẩn cấp			
Tên:	Quan hệ:	ĐT di động: () -	
Thông tin bác sĩ			
Bác Sĩ Chăm Sóc Chính (PCP):		ĐT di động : () -	
Bác Sĩ Thay thế (Nếu không có PCP):		ĐT di động : () -	
Thông tin bệnh viện			
Tên bệnh viện:	y tá chuyên nghiệp: [] Có [] không	Nhà điều dưỡng: [] Có [] Không	
Địa chỉ bệnh viện:			
Người tài trợ (nếu không phải bệnh nhân)			
Tên:			
Địa chỉ:			
Quan hệ:	Ngày sinh (Tháng-Ngày-Nam): - -	SSN: - -	

Xin dừng tại CHECK-OUT trước khi rời văn phòng của chúng tôi. Khoản thanh toán cho các dịch vụ có hạn từ ngày trả. Chúng tôi sẽ gửi yêu cầu bảo hiểm của bạn. Bảo hiểm / Thoả thuận tài chính phải được thực hiện với Bệnh nhân của chúng tôi trước khi tiêm, laser, hoặc phẫu thuật.

QUYỀN TUYÊN BỐ THÔNG TIN VÀ CHUYỂN NHƯỢNG KÊ KHAI: Tôi đồng ý cho phép tiết lộ thông tin y tế cần thiết để xử lý yêu cầu bảo hiểm của tôi với chỉ định của bác sĩ cho tất cả các khoản thanh toán từ MEDICARE và / hoặc các nhà cung cấp bảo hiểm khác. Tôi hiểu và đồng ý với các điều kiện trên.

QUYỀN HIPAA DƯỢC BIẾT THÔNG TIN Y TẾ CỦA BỆNH NHÂN:

Tôi đã đọc các quyền của HIPAA và các tuyên bố và đồng ý với việc tiết lộ hồ sơ bệnh án liên quan đến điều trị của tôi.

Chữ ký của bệnh nhân hoặc đại diện bệnh nhân

Ngày

In tên bệnh nhân

Tên đại diện bệnh nhân in và quan hệ với bệnh nhân (Nếu có mặt)

BÁC SĨ – BỆNH NHÂN: THỎA THUẬN TÒA ÁN CHUNG

Điều 1: Thỏa thuận Tòa án chung: Bất kỳ tranh chấp về sơ suất y tế, chẳng hạn như bất kỳ dịch vụ y tế nào được thực hiện không theo hợp, đồng không cần thiết, không được phép, không hợp lệ, hoặc vô ý, hay không đủ năng lực để thực hiện, sẽ được xem xét bằng luật sư theo quy định của luật pháp California, nếu không phải là một vụ kiện dẫn đến thủ tục khởi tố tại tòa, trừ khi luật California quy định về việc xem xét thủ tục. Cả hai bên tham gia hợp đồng, bằng cách ký kết hợp đồng này, đều từ bỏ quyền quyết định về bất kỳ vụ tranh chấp nào được đưa ra trước tòa án, thay vào đó chấp nhận việc sử dụng Tòa án chung này.

Điều 2: Tất cả các yêu cầu phải được qua Tòa án chung: ý định của buộc hợp đồng này, là kết nối tất cả các bên tham gia điều trị, dịch vụ cung cấp bác sĩ bao gồm cả người phối hợp cùng, hoặc người thừa kế của bệnh nhân và cả trẻ em, cho dù sinh ra hay chưa sinh, trong qua chình điều trị. Trường hợp của người mẹ mang thai, "bệnh nhân" ở đây có nghĩa là cả con của mẹ và mẹ. Tất cả các yêu cầu bồi thường thiệt hại mà vượt quá giới hạn quyền xét của các vụ kiện nhỏ hướng tới các bác sĩ, công ty liên kết, hiệp hội, công ty phối hợp và nhân viên, đại lý và người của họ, dẫn đến mất mát, cái chết bất hợp pháp, đau khổ hoặc bệnh tâm lý. Bất kỳ hành động nào của bất kỳ cơ coan làm việc với bác sĩ, mà được xét là không chính đáng, mất tiền thêm không cần thiết, bệnh nhân có quyền được bồi thường tất cả khoản phí coa Tòa án chung. Tuy nhiên, Tất cả yêu cầu bồi thường đối, Tất cả tranh chấp về phí, dù là đối tượng của bất kỳ hành động nào hiện tại, cũng sẽ được giải quyết bằng Tòa án chung.

Điều 3: Các thủ tục và luật áp dụng: Yêu cầu hướng đến Tòa án trung phải được thông báo bằng văn bản cho tất cả các bên. Mỗi bên sẽ chọn một trọng luật sư qua Tòa án chung trong vòng ba mươi ngày và Luật sư thứ ba (không hướng về phía nào) sẽ được lựa chọn bởi chỉ định qua luật sư hai bên trong vòng ba mươi ngày kể từ ngày yêu cầu Tòa án một trong hai bên.

Mỗi bên trong Tòa án chung sẽ phải chia phần lệ phí của Tòa án thứ ba và các chi phí khác của Tòa án, không bao gồm phí tư vấn, phí cá nhân, hoặc các chi phí khác mà một bên tự đưa ra. Hai bên đồng ý rằng với Tòa án và luật sư trung có quyền như Công chức tư pháp và không có trách nhiệm dân sự khi hành động trong tư cách Tòa án trung theo hợp đồng này. Sự miễn trừ này sẽ không thay thế, mặc dù luật khác của pháp luật thông thường áp dụng. Mỗi bên sẽ có quyền liên lạc riêng về vấn đề trách nhiệm pháp lý và thiệt hại theo yêu cầu bằng văn bản cho Tòa án trung thứ ba.

Hai bên chấp nhận với sự can thiệp của Tòa án thứ ba và sự kết hợp trong việc phân xử cá nhân hoặc tổ chức khác mà bổ sung thích hợp trong vụ kiện của tòa án. Khi có sự can thiệp, bất kỳ hành động nào của hai tòa án hai bên tham gia, sẽ được Tòa án trung giải quyết.

Cả hai bên đồng ý rằng các luật California áp dụng cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sẽ áp dụng cho các tranh chấp trong thỏa thuận Tòa án chung này, bao gồm nhưng giới hạn, Bộ luật tố tụng Phần 340.5 và 667.7 và các Bộ luật Dân sự 3333.1 và 3333.2. Cả hai bên có quyền đưa ra trước Tòa án trung phán quyết tóm tắt hoặc quyết định tóm tắt theo Bộ luật Dân sự. phần xét sẽ được tiến hành theo Bộ luật tố tụng dân sự phần 1283.05; tuy nhiên, các khoản bồi thường được thực hiện mà không cần sự chấp thuận trước của Tòa án chung thứ ba.



Điều 4: Các quy định chung: Tất cả khiếu

nại dựa trên sự cố giống nhau, các giao dịch liên quan sẽ được phân xử trong một cuộc tố tụng. Yêu cầu bồi thường sẽ được hủy và cấm vĩnh viễn nếu (1) vào ngày nhận được thông báo, khiếu nại đã được trả và đã được đánh giá trong một vụ kiện, sẽ bị cấm bởi thời theo áp dụng California, hoặc (2) nguyên đơn không theo yêu cầu hoặc theo thủ tục quy định Tòa án, và không đưa ra lý do hợp lý. Bất kỳ vấn đề nào không được quy định rõ ràng trong tài liệu này, các Tòa án sẽ điều chỉnh theo Bộ luật tố tụng Xử lý Hình sự của Tiểu bang California liên quan đến vụ án.

Điều 5: Hủy bỏ: Thỏa thuận này có thể hủy bằng bài viết thông báo cho bác sĩ trong vòng 30 ngày kể từ ngày ký. Mục thỏa thuận này được áp dụng với tất cả các dịch vụ y tế được thực hiện trong hợp đồng này.

Điều 6: Hồi tố: Nếu bệnh nhân dự định trước ngày ký kết thỏa thuận bao gồm các dịch vụ được thực hiện (bao gồm, nhưng không có giới hạn - điều trị khẩn cấp) bệnh nhân nên ký dưới đây và thỏa thuận này sẽ được coi như là có hiệu quả kể từ ngày đầu tiên sử dụng dịch vụ y tế:

_____ Chữ ký của bệnh nhân hoặc đại diện bệnh nhân

Nếu bất kỳ điều khoản nào của thỏa thuận Tòa án này bị coi là vô hiệu quả hoặc không thể thực hành, các quy định còn lại sẽ vẫn có hiệu lực và sẽ không bị ảnh hưởng bởi điều vô hiệu quả.

Tôi hiểu là tôi có quyền nhận bản chép thỏa thuận này. Bằng chữ ký của tôi dưới đây, tôi thừa nhận tôi đã nhận được một bản sao chép.

THÔNG BÁO: Bằng cách Ký kết HỢP ĐỒNG NÀY BẠN ĐỒNG Ý VỚI ĐIỀU RÀNG VI PHẠM Y TẾ XẾ ĐƯỢC QUYẾT XÉT THEO LUẬT VÀ TÒA ÁN CHUNG, QUYỀN CỦA BẠN ĐƯỢC GIAO CHO PHIÊN TÒA XÉT XỬ. ĐỌC ĐIỀU 1 CỦA HỢP ĐỒNG NÀY.

Chữ ký của bệnh nhân hoặc đại diện bệnh nhân

Ngày

In tên bệnh nhân

Tên đại diện bệnh nhân in và quan hệ với bệnh nhân (Nếu có mặt)

Chữ ký của Bác sĩ hoặc Đại diện có quyền

Ngày

THÔNG BÁO VỀ HÀNH ĐỘNG CÁ NHÂN

NHỮNG CHÚ Ý CỦA CHÚNG TÔI VỀ THÔNG TIN Y TẾ:



Chúng tôi hiểu rằng thông tin y

tế về bạn và sức khỏe của bạn là cá nhân. Chúng tôi cam kết bảo vệ thông tin y tế của bạn. Chúng tôi tạo một bản ghi về sự chăm sóc và các dịch vụ mà bạn nhận được. Chúng tôi cần hồ sơ này để cung cấp cho bạn chất lượng chăm sóc cao nhất có thể. Chúng tôi tuân thủ các yêu cầu pháp lý định ra. Thông báo này áp dụng cho tất cả hồ sơ chăm sóc của bạn được tạo ra bởi công ty này.

THÔNG BÁO NÀY LÀ VỀ SỬ DỤNG VÀ CÔNG BỐ THÔNG TIN Y TẾ VỀ BẠN. XIN ĐỌC CẨN THẬN

Các phần dưới mô tả các cách khác nhau mà chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế. Không phải mọi việc sẽ được sử dụng hoặc tiết lộ, nhưng ít nhất một loại sẽ được sử dụng. Tuy nhiên; tất cả các cách chúng tôi được phép sử dụng và tiết lộ thông tin sẽ thuộc một trong các loại dưới đây.

1. Điều trị: Chúng tôi sẽ sử dụng thông tin y tế của bệnh nhân để cung cấp chăm sóc y tế phù hợp. Ví dụ, chúng tôi có thể chia sẻ thông tin y tế của bạn với các bác sĩ khác hoặc các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe khác, để họ cung cấp dịch vụ mà chúng tôi không làm.
2. Giải pháp điều trị: Chúng tôi có quyền đề nghị hoặc sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của bạn. Để có thể đưa ra các lựa chọn điều trị mà bạn có thể lựa chọn những cách mà bạn có thể quan tâm.
3. Thanh toán: Chúng tôi sẽ sử dụng thông tin y tế của bạn để lập bản thanh toán cho các dịch vụ mà chúng tôi cung cấp cho bệnh nhân.
4. Hoạt động chăm sóc sức khỏe: Chúng tôi có thể sử dụng thông tin y tế để vận hành các hoạt động y tế của chúng tôi. Ví dụ: chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin này để xem xét và nâng cao chất lượng chăm sóc mà chúng tôi cung cấp hoặc chất lượng và năng lực của nhân viên chuyên nghiệp của chúng tôi.
5. Nhắc nhở: Chúng tôi có thể sử dụng thông tin y tế để liên lạc và nhắc nhở bệnh nhân về cuộc hẹn. Chúng tôi sẽ không tiết lộ bất kỳ thông tin y tế nào của bệnh nhân khi để lại tin nhắn.
6. Phiếu đăng nhập: Chúng tôi có thể sử dụng thông tin y tế của bệnh nhân bằng cách đăng nhập khi bệnh nhân đến văn phòng của chúng tôi. Chúng tôi cũng có thể gọi tên của bệnh nhân khi chúng tôi đã sẵn sàng khám bệnh nhân.
7. Email: Chúng tôi có thể liên lạc với bệnh nhân qua email.
8. Quảng cáo: Chúng tôi có thể liên lạc với bệnh nhân để cung cấp cho bệnh nhân thông tin về các sản phẩm và dịch vụ liên quan đến việc điều trị, và làm tốt trường hợp của bệnh nhân hoặc phối hợp các cách chăm sóc khác.
9. Theo luật pháp: Theo yêu cầu của pháp luật, chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của bạn, nhưng chúng tôi sẽ hạn chế việc tiết lộ thông tin của bệnh nhân để đáp ứng với những yêu cầu của luật pháp. Đôi khi chúng tôi có thể được yêu cầu tiết lộ thông tin y tế của bệnh nhân cho nhà nước hoặc pháp luật để xác định nếu trốn tránh pháp luật, tội phạm hoặc mất tích.
10. Thủ tục các vụ tố và xét xử: Chúng tôi có thể, và đôi khi theo luật pháp, tiết lộ thông tin sức khỏe của bệnh nhân trong quá trình hành chính hoặc xét xử trong phạm vi được tòa án hoặc lệnh nhà nước đưa ra rõ ràng.
11. Y Tế Công Cộng: Đôi khi luật pháp yêu cầu tiết lộ thông tin sức khỏe của bệnh nhân cho các cơ quan y tế vì các mục đích sau đây: Ngăn chặn hoặc kiểm soát bệnh tật, cúm hoặc tàn tật; nếu trẻ em, người lớn tuổi hoặc người tàn tật bị bỏ bê, hoặc lạm dụng; báo cáo bạo lực gia đình; báo cáo các vấn đề của FDA với sản phẩm, phản ứng với thuốc và báo cáo bệnh hoặc nhiễm trùng vì thuốc hoặc các thiết bị FDA gây ra.
12. Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA). Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế về bệnh nhân (chỉ áp dụng cho bệnh nhân đang trong quá trình nghiên cứu) cho FDA, hoặc các bộ phận mà được FDA quản lý, chẳng hạn như để báo cáo vấn đề và phản ứng phụ của một loại thuốc hoặc thiết bị y tế.



CÁC CÁCH KHÁC SỬ DỤNG THÔNG TIN Y TẾ:

Các cách sử dụng khác và tiết lộ thông tin y tế mà không nằm trong thông báo này, hoặc trong luật pháp áp dụng cho chúng tôi sẽ chỉ được thực hiện khi xự cho phép của bạn. Nếu bệnh nhân cho chúng tôi quyền sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế của b, bệnh nhân có thể thu hồi giấy phép đó bằng văn bản bất cứ lúc nào. Nếu bệnh nhân rút lại sự cho phép của mình, chúng tôi sẽ không còn sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế về bệnh nhân vì quyền và văn bản của bạn. Bệnh nhân hiểu rằng chúng tôi không thể lấy lại thông tin đã tiết lộ, bởi các hành động chúng tôi đã thực hiện với sự cho phép của bệnh nhân, chúng tôi chỉ yêu cầu họ giữ lại hồ sơ về sự chăm sóc mà chúng tôi đã cung cấp cho bệnh nhân.

THAY ĐỔI HỢP ĐỒNG NÀY:

Chúng tôi bảo lưu quyền thay đổi hợp đồng này. Chúng tôi bảo lưu quyền đưa ra hợp đồng có thay đổi với mục đích hiệu quả cao hơn dựa vào các thông tin y tế mà chúng tôi đã có về bạn cũng như bất kỳ thông tin nào chúng tôi nhận được trong tương lai. Thông báo này sẽ có ngày hiệu lực.

KHIẾU NẠI

Nếu bệnh nhân cho rằng quyền riêng tư của bệnh nhân đã bị vi phạm, bệnh nhân có thể nộp đơn khiếu nại với Retina

California hoặc Acuity -chuyên gia mắt- qua thư hoặc gửi email cho nhân viên bảo mật tại

PrivacyOfficer@retina2020.com. Mọi khiếu nại phải được gửi bằng văn bản. Bệnh nhân sẽ không bị phạt vì nộp đơn khiếu nại.

THÔNG TIN LIÊN QUAN ĐẾN THUỐC NHỎ MẮT

Thuốc này được sử dụng để làm giãn hoặc phóng to mắt của bệnh nhân để cho phép bác sĩ có được tầm nhìn tốt hơn về bên trong mắt của bệnh nhân.

Thuốc nhỏ mắt này thường làm mờ tầm nhìn của bệnh nhân trong một khoảng thời gian, thời gian đó có thể khác nhau đối với người này và người khác, mà cũng có thể làm cho ánh sáng trở nên khó chịu. Bác sĩ không thể dự đoán tầm nhìn của bệnh nhân sẽ bị ảnh hưởng bao nhiêu. Vì thế, lái xe ngay sau khi kiểm tra có thể trở thành điều khó khăn, tốt nhất bệnh nhân nên lên kế hoạch trước để tránh lái xe sau đó.

Các phản ứng phụ, chẳng hạn như Tăng nhãn áp cấp tính (acute angle-closure glaucoma) độ, có thể là do các giọt thuốc này. Điều này rất hiếm và dễ điều trị được với sự chăm sóc y tế ngay lập tức.

Tôi cho bác sĩ mà tôi đang làm việc cùng và bất kỳ trợ lý được chỉ định bởi anh ta / cô ta ủy quyền để quản lý thuốc nhỏ mắt cho tôi. Tôi hiểu rằng thuốc nhỏ mắt này cần thiết để chẩn đoán tình trạng của tôi.

Chữ ký của bệnh nhân hoặc đại diện bệnh nhân

Ngày

In tên bệnh nhân

Tên đại diện bệnh nhân in và quan hệ với bệnh nhân (Nếu có mặt)

CHÍNH SÁCH VĂN PHÒNG TÀI CHÍNH

Mục tiêu của chúng tôi là cung cấp và duy trì một mối quan hệ bác sĩ-bệnh nhân tốt nhất có thể. Cho phép bệnh nhân biết trước về chính sách văn phòng của chúng tôi là truyền thông tốt mà cho phép chúng tôi đạt được mục tiêu chung. Vui lòng đọc cẩn thận và nếu bệnh nhân có bất kỳ câu hỏi nào, bệnh nhân không phải ngại ngần, cứ hỏi nhân viên của chúng tôi.

1. Khi đến nơi, vui lòng ghi tên tại van phòng và xuất trình thẻ bảo hiểm hiện tại của bệnh nhân mỗi lần đến khám. Chúng tôi sẽ yêu cầu bệnh nhân ký tên và ghi ngày vào van bản của chúng tôi. Đây là xác minh của bạn về chính xác bảo hiểm và cúng là hóa đơn thanh toán cho họ. **NẾU BẢO HIỂM CỦA bệnh nhân KHÔNG ĐÚNG VỚI THÔNG TIN VỀ bệnh nhân, bệnh nhân SẼ CHỊU TRÁCH NHIỆM THANH TOÁN PHÍ KHÁM VÀ CẢ QUÁ CHÌNH CHỮA BỆNH**
2. Theo luật bảo hiểm của bạn, bệnh nhân có trách nhiệm với tất cả thanh toán, khấu trừ, và giả góp.
3. Hiểu các quyên của mình là trách nhiệm của bệnh nhân. Trách nhiệm của bệnh nhân là biết hồ sơ và văn bản nào cần có sự xem xét và chính nhận bởi chuyên gia, ví dụ bệnh nhân cần cái gì trước khi làm thủ tục và các dịch vụ nào được bao trả.
4. Nêu đích vụ bác sĩ không có trong hợp đồng với bảo hiểm của bệnh nhân, bệnh nhân có trách nhiệm trả toàn bộ lệ phí chước khí tiến hành khám bệnh.
5. Nếu bệnh nhân không có bảo hiểm, toàn bộ thanh toán phải được trả mỗi lần đi khám.
6. Thanh toán từng phần có hạn vào thời điểm thực hiện dịch vụ. Phí tổng (hoặc phí dịch vụ đó) sẽ được tính thêm vào khoản thanh toán sau nếu dịch vụ không được thanh toán vào thời thực hành hoặc vào cuối ngày làm việc tiếp theo.
7. Số tiền bệnh nhân được bảo hiểm trả tro sẽ được lập lên hóa đơn ngay khi nhận được khoản trợ cấp. Kiềm hối của bạn sẽ đến hạn trong vòng 10 ngày làm việc kể từ ngày bệnh nhân nhận được hóa đơn của bạn.
8. Không phải tất cả các dịch vụ do văn phòng chúng tôi cung cấp đều được bảo hiểm tài trợ. Tất cả dịch vụ mà không được trả bởi bảo hiểm, thanh toán nó sẽ là trách nhiệm của bệnh nhân.
9. Tôi đã đọc và hiểu chính sách tài chính văn phòng này và đồng ý và chấp nhận trách nhiệm đối với bất kỳ khoản thanh toán nào phải trả như đã viết ở trên.

Chữ ký của bệnh nhân hoặc đại diện bệnh nhân

Ngày

In tên bệnh nhân

Tên đại diện bệnh nhân in và quan hệ với bệnh nhân (Nếu có mặt)



THÔNG BÁO VỀ BẢO HIỂM / TRẢ TỪNG PHẦN

Tôi thừa nhận, nếu bảo hiểm của tôi không trả các dịch vụ mà tôi nhận được, tôi sẽ chịu trách nhiệm thanh toán cho các dịch vụ mà tôi nhận được. Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm thông báo cho Retina của California (RIC) hoặc Acuity -chuyên gia về mắt- (AES) về bất kỳ thay đổi với bảo hiểm của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi không thông báo cho RIC hoặc AES về bất kỳ thay đổi với bảo hiểm của tôi, tôi sẽ chịu trách nhiệm thanh toán các dịch vụ được thực hiện và sẽ nhận được một hóa đơn qua bưu điện. Tôi hiểu rằng nếu bảo hiểm của tôi không trả toàn bộ số tiền cho các dịch vụ mà tôi đã nhận được, tôi sẽ chịu trách nhiệm với số tiền còn lại hoặc số tiền trả từng phần.

Chữ ký của bệnh nhân hoặc đại diện bệnh nhân

Ngày

In

tên bệnh nhân

Tên đại diện bệnh nhân in và quan hệ với bệnh nhân (Nếu có mặt)

Lật huỷ bỏ hợp đồng

Xin hãy hiểu rằng chúng tôi dành thời gian cho mỗi bệnh nhân. Nếu bạn không hủy cuộc hẹn trong vòng ít nhất 24 giờ thông báo, bệnh nhân có thể phải chịu lệ phí huỷ bỏ \$ 25. Cảm ơn bệnh nhân đã hợp tác cùng chúng tôi.

Tôi đã đọc và hiểu chính sách huỷ bỏ này chấp nhận trách nhiệm thanh toán đến bù vấn đề đã viết ở trên.

Chữ ký của bệnh nhân hoặc đại diện bệnh nhân

Ngày

In

tên bệnh nhân

Tên đại diện bệnh nhân in và quan hệ với bệnh nhân (Nếu có mặt)

ĐỀ KHÁNG BỆNH NHÂN

THUỐC, DỊ ỨNG, MỔ

Ghi ứng thuốc? [] CÓ [] KHÔNG	Mổ? [] CÓ [] KHÔNG
Nếu có, viết vào ô trống – tất cả thuốc và phản ứng. (EPenicillin, Sulfa Drugs, NSAIDs...)	Nếu có, viết vào ô trống. (EG: Cắt mô mắt, Cắt thận, Cataract...)

LỊCH SỬ Y KHOA

Bệnh nhân đã bao giờ bị nhập viện? [] CÓ, (viết lý do và ngày). [] KHÔNG

Ngày	Vì sao

Bệnh nhân đã được chẩn đoán với điều kiện nào sau đây? (Đánh dấu phần thích hợp)

<input type="checkbox"/> Thiếu máu	<input type="checkbox"/> Bướu cổ	<input type="checkbox"/> Sỏi thận
<input type="checkbox"/> Viêm họng	<input type="checkbox"/> Tiếng thổi tim	<input type="checkbox"/> Bệnh bạch cầu
<input type="checkbox"/> Hen suyễn	<input type="checkbox"/> Bệnh tim	<input type="checkbox"/> Viêm phổi
<input type="checkbox"/> Ung thư (Viết ở)	<input type="checkbox"/> Bệnh gan	<input type="checkbox"/> Viêm da
<input type="checkbox"/> Đục thủy tinh thể	<input type="checkbox"/> Huyết áp cao	<input type="checkbox"/> Nghẽn mạch phổi
<input type="checkbox"/> Viêm đại tràng	<input type="checkbox"/> Cholesterol cao	<input type="checkbox"/> Thấp khớp
<input type="checkbox"/> Bệnh Crohn	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Loét bao tử
<input type="checkbox"/> Tiều đờng	<input type="checkbox"/> Hypothyroidism	<input type="checkbox"/> Thiếu máu não
<input type="checkbox"/> Phổi yếu	<input type="checkbox"/> Vàng da	<input type="checkbox"/> Bệnh lao
<input type="checkbox"/> Động kinh (seizures)	<input type="checkbox"/> Bệnh thận	

Các vấn đề y tế khác:

Lịch sử cá nhân
(Đánh dấu phiếu dưới)

- Hút thuốc, _____ Bao một ngày, trong vòng _____ nam.
- Riệu
- Thuốc bất hợp pháp, loại gì: _____, _____, _____, _____

Vấn đề chính (Tổng thể)

Trong một tháng gần đây bạn đã có vấn đề gì? (Đánh dấu phiếu dưới)

Tổng thể

- Tang cân
- Giảm cân
- Mệt mỏi
- Yếu
- Sốt
- Toát mồ hôi

Cơ bắp/khớp/xương

- Tê liệt
- Đau khớp
- Cơ bắp yếu
- Sưng khớp

Mắt

- Đau
- Đỏ mắt
- Mù
- Nhìn kém
- Khô

Cổ

- Đau cổ thường
- Khản tiếng
- Đau
- Đau hàm

Tim và phổi

- Đau ngực
- Nhịp tim kém
- Thở kém
- Ngất
- Sưng chân
- Ho

Da

- Đỏ da
- Rash
- Nodules/Bumps
- Rụng lông
- Biến đổi màu tây và chân

Bao tử và ruột

- Buồn nôn
- Ợ nóng
- Đau bụng
- Nôn
- Vàng da
- Táo bón
- Đi ngoài ra máu
- Đi ngoài đen

Thần kinh

- Đau đầu
- Chóng mặt
- Ngất xỉu
- Mất trí nhớ

Tai

- ù tai
- Nghe kém

Máu

- Thiếu máu
- Máu đông

Bộ phận sinh dục/Bàng quang

- Tiểu đau/thường xuyên
- Tiểu máu
- Bất lực
- Không kiểm chế đi ngoài
- Nhiễm trùng

Tâm lý

- Phiền muộn
- Lo ngại
- Thường xuyên thay đổi tâm trạng
- Mất ngủ
- Ảo giác
- Bối rối

Lịch sử người nhà

Người nhà của có bệnh gì không? (Đánh dấu phiếu dưới)

Bố

- Glaucoma
 Đục thủy tinh thể
 Thoái hóa điểm vàng
 Tiểu đường
 Huyết áp cao
 Ung thư
 Viêm khớp
 Bệnh tim
 Khác: _____

Mẹ

- Glaucoma
 Đục thủy tinh thể
 Thoái hóa điểm vàng
 Tiểu đường
 Huyết áp cao
 Ung thư
 Viêm khớp
 Bệnh tim
 Khác: _____

Anh chai

- Glaucoma
 Đục thủy tinh thể
 Thoái hóa điểm vàng
 Tiểu đường
 Huyết áp cao
 Ung thư
 Viêm khớp
 Bệnh tim
 Khác: _____

Chị gái

- Glaucoma
 Đục thủy tinh thể
 Thoái hóa điểm vàng
 Tiểu đường
 Huyết áp cao
 Ung thư
 Viêm khớp
 Bệnh tim
 Khác: _____

Con gái

- Glaucoma
 Đục thủy tinh thể
 Thoái hóa điểm vàng
 Tiểu đường
 Huyết áp cao
 Ung thư
 Viêm khớp
 Bệnh tim
 Khác: _____

Con Chai

- Glaucoma
 Đục thủy tinh thể
 Thoái hóa điểm vàng
 Tiểu đường
 Huyết áp cao
 Ung thư
 Viêm khớp
 Bệnh tim
 Khác: _____