

Kèm theo, thông tin bạn cần phải hoàn thành trước khi bạn có chuyến viếng thăm văn phòng của chúng tôi. Các dữ liệu thông tin đã được chia thành những gì bạn cần phải mang theo cho chuyến thăm của bạn.

Xin vui lòng bạn ghi nhận/mang theo những điều sau đây trước khi đến văn phòng:

1. Thay đổi bác sĩ chăm sóc chính của bạn (bác sĩ Phúc hoặc Y. sĩ Kim Vũ) trước khi chuyến thăm của bạn.
2. Hãy nhớ mang theo tất cả thẻ bảo hiểm hiện tại bao gồm cả thẻ Medicare và thẻ Ahccs chuyến thăm của bạn. Nếu bạn Không cung cấp cho chúng tôi đúng bảo hiểm, kết quả bạn sẽ nhận được hóa đơn thanh toán khiến nại của văn phòng.
3. Luôn luôn mang theo chi phí để trả cho chuyến thăm văn phòng của bạn nếu bảo hiểm của bạn đòi hỏi chi phí (copay).
4. Chi phí sẽ được thu thập tại thời điểm dịch vụ.
5. Tiền trả tiền bệnh nhân: THANH TOÁN NGAY CÙNG NGÀY/ cùng thời điểm dịch vụ.
6. Xin đến sớm ít nhất 15 phút trước khi cuộc hẹn của bạn để chúng tôi có thể giúp bệnh nhân trả lời bất kỳ câu hỏi nào mà bạn có thể có.
7. Nếu bạn có Medicare, bạn nên biết rằng không phải tất cả các dịch vụ được bảo hiểm bao trả theo Hướng dẫn Medicare. Nếu bạn không chắc chắn các dịch vụ được bao trả, xin vui lòng liên hệ với công ty bảo hiểm của bạn trước khi bạn đến cuộc hẹn. Số điện thoại để gọi dịch vụ khách hàng trên thẻ bảo hiểm của bạn.
8. Nếu bạn có được hơn 1 hay 2 bảo hiểm, chúng tôi sẽ sẵn sàng lập hoá đơn (2) nếu bạn có công ty bảo hiểm thứ ba, bạn sẽ chịu trách nhiệm gọi công ty bảo hiểm để yêu cầu công ty bảo hiểm bồi thường hoặc báo cáo cho họ biết bạn đi bác sĩ.

*Đây chỉ là một phần kiểm tra nho nhỏ để có thể giúp bạn kiểm tra một cách mượt mà nhất. Chúng tôi biết thời gian của bạn là quan trọng và điều này sẽ làm cho chuyến thăm của bạn đến văn phòng của chúng tôi thêm thú vị.

Xin trân trọng,

Management at North Phoenix Internal Medicine

Người quản lý văn phòng

*Thông tin này sẽ được xem xét bởi người quản lý văn phòng sau khi chuyến thăm của bạn hoàn thành bạn sẽ được gặp người quản lý để thông qua.

Chữ ký bệnh nhân

____/____/20____
tháng / ngày / năm

BIÊN BẢN GHI NHỚ Ở VĂN PHÒNG

Mỗi hồ sơ bảo hiểm phải được trình lên tại văn phòng khi đến khám

Nếu bảo hiểm của quý vị không chính xác và bảo hiểm không được trả... Là trách nhiệm của quý vị. Quý vị phải trả tại văn phòng khi tới khám bệnh.

Nếu bạn không chắc chắn hoặc biết rõ bảo hiểm có trả hay không. Thì quý vị Hãy gọi số phone của văn phòng bảo hiểm (ở trên tấm thẻ bảo hiểm) để quý vị có thể biết thêm chi tiết.



NORTH PHOENIX INTERNAL MEDICINE, P.C.
W. KENT BRUBAKER, M.D. • PHUC H. PHAM, M.D. • KIM VU, P.A.-C

ĐĂNG KÝ BỆNH NHÂN

HỌ: _____ TÊN: _____ TÊN LỚT: _____

NGÀY SINH: _____ TUỔI: _____ SEX (M/F): _____ SỐ ĐIỆN THOẠI: _____

ĐỊA CHỈ NHÀ: _____

THÀNH PHỐ: _____ TIỂU BANG: _____ ZIP CODE: _____

SỐ AN SINH XÃ HỘI: _____

TÊN CÔNG TY: _____ NGHỀ NGHIỆP: _____

ĐỊA CHỈ CÔNG TY: _____ SỐ ĐIỆN THOẠI CÔNG TY: _____

CHỒNG/VỢ HOẶC LIÊN LẠC KHẨN CẤP

TÊN VÀ HỌ: _____ NGÀY SINH: _____

QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN: _____ SỐ ĐIỆN THOẠI: _____

BẢO HIỂM

BẢO HIỂM CHÍNH: _____ ID#: _____ GROUP#: _____

ĐỊA CHỈ BẢO HIỂM: _____ THÀNH PHỐ: _____

TIỂU BANG: _____ ZIP CODE: _____ ĐIỆN THOẠI BẢO HIỂM: _____

NGƯỜI DÙNG TÊN BẢO HIỂM: _____ NGÀY SINH: _____

SỐ AN SINH XÃ HỘI: _____

BẢO HIỂM PHỤ (NẾU CÓ): _____ ID#: _____ GROUP#: _____

ĐIỆN THOẠI BẢO HIỂM PHỤ: _____

NHỮNG THÔNG TIN TRÊN LÀ ĐÚNG THEO HIỂU BIẾT CỦA TÔI...TÔI CHO PHÉP QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CỦA TÔI ĐƯỢC TRẢ TRỰC TIẾP CHO BÁC SĨ...TÔI HIỂU RẰNG TÔI CHỊU TRÁCH NHIỆM VỀ TÀI CHÍNH CHO BẤT KỲ SỞ DƯ...TÔI CŨNG CHO PHÉP NORTH PHOENIX INTERNAL MEDICINE, P.C. HOẶC CÔNG TY BẢO HIỂM ĐỂ PHÁT HÀNH BẤT KỲ THÔNG TIN CẦN THIẾT ĐỂ XỬ LÝ YÊU CẦU CỦA TÔI.

CHỮ KÝ BỆNH NHÂN: _____ NGÀY: _____

NORTH PHOENIX INTERNAL MEDICINE

Dr. K. William Brubaker, M.D., Dr. Phúc Phạm, M.D., Kim Vũ, PA-C

1747 E. Morten Ave., Suite 303 Phoenix, Arizona 85020

Phone: (602) 589-0370 Fax: (602) 589-0650

Tôi cho phép _____ Phone: _____ Fax: _____
tiết lộ Protected Health Information (PHI) từ các hồ sơ sức khỏe của:

Tên bệnh nhân (Patient Name): _____

Ngày sinh (Date of Birth): _____

Địa chỉ (Address): _____

Số An Sinh Xã Hội (SS#): _____

SEND RECORDS TO:

NORTH PHOENIX INTERNAL MEDICINE

1747 E. Morten Ave., Suite 303 Phoenix, Arizona 85020 or Fax to (602) 589-0650

Thông tin được tiết lộ: (Xin đánh dấu)

- ☐ Hết Hồ Sơ (All Records includes progress notes, labs, x-rays, hospitalization, etc...)
☐ Khác (xác định) (Other): _____

Mục đích của bố: (Xin đánh dấu)

- ☐ Tiếp tục chăm sóc bệnh nhân (Continuation of Care)
☐ Thay đổi Bác sĩ hoặc Bảo hiểm (Primary Care Physician or Insurance changed)
☐ Tiết lộ tại Yêu cầu bệnh nhân (Disclosure at Patient's Request)
☐ Khác (Other): _____

Tôi cho phép các nhà cung cấp để sử dụng hoặc tiết lộ các thông tin y tế của tôi liên quan đến bằng lòng để phát hành và tôi tạo ra các thông tin trong thời hạn 12 tháng kể từ Ngày ủy quyền được ký kết.

I understand the information to be released or disclosed may include information relating to sexually transmitted diseases, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV). It may also include information about behavioral or mental health services, and alcohol and drug abuse. I authorize the release or disclosure of this type of information.

Tôi hiểu đó là Phòng khám/bệnh viện hoặc văn phòng của bác sĩ sẽ không đặt điều kiện điều trị trên ủy quyền ký esta của tôi. Các phòng khám/bệnh viện hoặc văn phòng của bác sĩ sẽ không từ chối tôi điều trị nếu tôi không muốn đăng esta mẫu. Tôi có thể từ chối ký esta Mẫu ủy quyền. Tôi hiểu đó tôi có thể thu hồi esta phép bất cứ lúc nào. Tôi phải nộp văn bản đề nghị cho y tế ghi TRỪ tôi hủy esta Authorization Trước đó; Nó sẽ hết hạn một (1) năm kể từ Ngày ký. Rằng nếu tôi hiểu esta được tiết lộ thông tin cho một bên thứ ba, các thông tin có thể không còn được bảo vệ bởi các Quy định bảo mật liên bang và có thể tiết lộ bởi những người / tổ chức của thông tin nhận được. Mà tôi hiểu được các vấn đề thảo luận đánh giá về hình thức này. Tôi phát hành các nhà cung cấp, đó là nhân viên, các cán bộ và giám đốc, y tế Nhân viên thành viên, và Kinh doanh Associates từ bất kỳ trách nhiệm pháp lý hoặc trách nhiệm pháp lý cho các Công khai thông tin đến mức Chỉ định trên và ủy quyền ở đây trong.

Bệnh nhân Chữ ký của: _____ **Ngày tháng:** _____

Nhân Chứng (Witness): _____

Bệnh Sử

Tên Bệnh Nhân: _____

Số ID Bệnh Nhân: _____

Ngày Sinh: _____

I. XIN KHOANH VÀO CÂU TRẢ LỜI THÍCH HỢP (để Tổng những câu nào quý vị không hiểu):

- | | | |
|---|-------|--|
| 1. Có | Không | Sức khỏe tổng quát của quý vị có tốt không? |
| 2. Có | Không | Trong vòng một năm qua tình trạng sức khỏe của quý vị có gì thay đổi không? |
| 3. Có | Không | Trong ba năm qua quý vị có nằm bệnh viện hoặc bị bệnh nặng hay không? |
| Nếu CÓ, tại sao? _____ | | |
| 4. Có | Không | Quý vị có đang được một bác sĩ điều trị hay không? Nếu có thì bệnh gì? _____ |
| Ngày khám bệnh lần cuối: _____ Ngày khám Răng lần cuối: _____ | | |
| 5. Có | Không | Trong lần chữa răng trước đây quý vị có bị vấn đề tại biến gì không? |
| 6. Có | Không | Bây giờ quý vị có đang bị nhức răng hay không? |

II. QUÝ VỊ CÓ BAO GIỜ BỊ:

- | | | | | | |
|--------|-------|-----------------------------------|--------|-------|----------------------------|
| 7. Có | Không | Đau thắt ngực? | 18. Có | Không | Chóng mặt? |
| 8. Có | Không | Sưng phù mắt cá? | 19. Có | Không | Ù tai? |
| 9. Có | Không | Hụt hơi khó thở? | 20. Có | Không | Nhức đầu? |
| 10. Có | Không | Sụt cân, sốt, đổ mồ hôi ban đêm? | 21. Có | Không | Bị những cơn ngứa xiu? |
| 11. Có | Không | Ho dai dẳng, ho ra máu? | 22. Có | Không | Mất ngủ? |
| 12. Có | Không | Hay bị chảy máu, bầm tím dễ dàng? | 23. Có | Không | Cơ giật kinh phong? |
| 13. Có | Không | Đau xoang mũi? | 24. Có | Không | Khát nước quá độ? |
| 14. Có | Không | Khó nuốt? | 25. Có | Không | Đi tiểu liên tục? |
| 15. Có | Không | Tiêu chảy, táo bón, phân lẫn máu? | 26. Có | Không | Miệng khô? |
| 16. Có | Không | Ôi mửa thường xuyên, buồn nôn? | 27. Có | Không | Vàng da? |
| 17. Có | Không | Khó tiểu, máu trong nước tiểu? | 28. Có | Không | Nhức khớp xương, cứng nhắc |

III. QUÝ VỊ CÓ ĐANG HOẶC ĐÃ BỊ CÁC BỆNH SAU ĐÂY HAY KHÔNG:

- | | | | | | |
|--------|-------|---|--------|-------|----------------------------------|
| 29. Có | Không | Bệnh tim? | 40. Có | Không | Hội chứng miễn nhiễm (AIDS)? |
| 30. Có | Không | Cơ nghẽn máu trong tim, khuyết tật tim? | 41. Có | Không | Bướu, ung thư? |
| 31. Có | Không | Tim có tiếng thổi? | 42. Có | Không | Viêm khớp, thấp khớp? |
| 32. Có | Không | Sốt thấp khớp? | 43. Có | Không | Bệnh mắt? |
| 33. Có | Không | Kích xúc mạch máu não, xơ cứng động mạch? | 44. Có | Không | Bệnh ngoài da? |
| 34. Có | Không | Cao huyết áp? | 45. Có | Không | Bệnh thiếu máu? |
| 35. Có | Không | Suyễn, lao phổi, khí thũng, các bệnh phổi khác? | 46. Có | Không | Bệnh hoa liễu (giang mai, lậu)? |
| 36. Có | Không | Viêm gan, các bệnh gan khác? | 47. Có | Không | Mụn nước herpes? |
| 37. Có | Không | Các chứng đau bao tử, loét? | 48. Có | Không | Bệnh thận, bàng quang? |
| 38. Có | Không | Dị ứng với: thuốc men, thực phẩm, dược phẩm, nhựa latex? | 49. Có | Không | Bệnh tuyến giáp, thượng thận? |
| 39. Có | Không | Trong gia đình họ hàng có ai bị tiểu đường, bệnh tim, bướu hay không? | 50. Có | Không | Bệnh tiểu đường? |

IV. QUÝ VỊ CÓ ĐANG HOẶC ĐÃ ĐƯỢC:

- | | | | | | |
|--------|-------|---------------------------------|--------|-------|-----------------------------|
| 51. Có | Không | Chăm sóc về bệnh tâm thần? | 56. Có | Không | Nhập bệnh viện? |
| 52. Có | Không | Trị liệu quang tuyến? | 57. Có | Không | Truyền máu? |
| 53. Có | Không | Liệu pháp hóa chất trị ung thư? | 58. Có | Không | Giải phẫu? |
| 54. Có | Không | Van tim nhân tạo? | 59. Có | Không | Mang máy điều hòa nhịp tim? |
| 55. Có | Không | Khớp xương nhân tạo? | 60. Có | Không | Kính đeo sát trông mắt? |

V. QUÝ VỊ CÓ ĐANG DÙNG:

- | | | | | | |
|--------|-------|---|--------|-------|---------------------------|
| 61. Có | Không | Các loại ma túy? | 63. Có | Không | Thuốc lá (mọi hình thức)? |
| 62. Có | Không | Thuốc men, dược phẩm, thuốc mua tự do không cần toa bác sĩ (kể cả Aspirin), và các loại thuốc thiên nhiên như được thảo hoặc thuốc bắc? | 64. Có | Không | Rượu? |

Xin liệt kê: _____

VI. ĐỐI VỚI RIÊNG PHỤ NỮ:

- | | | | | | |
|--------|-------|--|--------|-------|----------------------------|
| 65. Có | Không | Quý vị có đang hoặc có thể sẽ có thai hoặc cho con bú sữa mẹ hay | 66. Có | Không | Đang dùng thuốc ngừa thai? |
|--------|-------|--|--------|-------|----------------------------|

VII. TẤT CẢ CÁC BỆNH NHÂN:

67. Có Không Quý vị có đang hoặc đã bị các căn bệnh hoặc bệnh trạng nào khác NGOÀI những loại kể trên hay không?

Nếu có, xin kể ra: _____

Tôi đã trả lời mỗi câu hỏi đầy đủ và chính xác theo hết khả năng hiểu biết của tôi. Tôi sẽ thông báo cho nhà sĩ của tôi biết bất cứ thay đổi nào về sức khỏe của tôi và/hoặc các loại thuốc tôi dùng.

Chữ ký của bệnh nhân _____ Ngày: _____

DUYỆT LẠI KHI TÁI KHÁM:

1. Chữ ký của bệnh nhân: _____ Ngày: _____

2. Chữ ký của bệnh nhân: _____ Ngày: _____

3. Chữ ký của bệnh nhân: _____ Ngày: _____

NORTH PHOENIX INTERNAL MEDICINE

TÊN BỆNH NHÂN (NAME): _____

NGÀY SINH (DOB): _____

ĐIÊN THOẠI NHÀ (HOME): _____

ĐIÊN THOẠI CHỖ LÀM (WORK): _____

ĐIÊN THOẠI DI ĐỘNG (CELL): _____

____ TÔI CHO PHÉP GỌI CHỖ LÀM CỦA TÔI.

____ TÔI CHO PHÉP ĐỂ KẾT QUẢ BÌNH THƯỜNG TRÊN MÁY TRẢ LỜI TẠI NHÀ CỦA TÔI.

____ TÔI CHO PHÉP ĐỂ TẤT CẢ KẾT QUẢ TRÊN MÁY TRẢ LỜI TẠI NHÀ CỦA TÔI.

____ TÔI CHO PHÉP NÓI VỚI _____ VỀ KẾT QUẢ KHÁM BỆNH.

____ TÔI CHO PHÉP GỬI KẾT QUẢ BÌNH THƯỜNG CỦA TÔI VỀ NHÀ: (\$1.00 per page for copies)

Tên Của Bệnh Nhân (Viết Ra): _____ Nhân Chứng: _____

Chữ Ký Của Bệnh Nhân : _____ Ngày: _____

ĐƠN NÀY SẼ CÓ HIỆU LỰC VÔ THỜI HẠN TRỪ KHI ĐƯỢC THU HỒI TỪ BỆNH NHÂN

North Phoenix Internal Medicine P.C.
(Effective December 1, 2002)

Thank you for choosing North Phoenix Internal Medicine P.C. as your Primary Physician. We welcome you! We are committed to providing the finest in personalized and professional health care possible for our patients. Please carefully read and sign the following statement policy prior to treatment. Feel free to speak to our office personnel if you have any questions.

The patient or their guarantor is responsible for payment of services that are rendered. If we are a preferred provider on your insurance plan, we will submit the claims to your insurance company and make every attempt to collect with the information that you provide. Please present your insurance card at each visit. You will be responsible for all co-pay, coinsurance, and deductibles on the day of service. Should an overpayment occur on the deductible or percentage amounts charged we would apply a credit to your account. A refund is available upon request.

IT IS YOUR RESPONSIBILITY TO BE AWARE OF YOUR INSURANCE BENEFITS.

You are ultimately responsible for payment of services rendered if your insurance carrier does not pay for any reason. If we do not receive payment within 60 days, the patient will be billed. If you are unclear of your insurance benefits, you will need to contact your insurance carrier for clarification of coverage. If you are waiting for coverage to become effective if you do not have insurance, payment in full will be expected the day you are seen. For your convenience, we accept VISA, MasterCard, cash, or checks, and American Express.

Delinquent accounts over 90 days will be subject to the following action. Your outstanding balance will be turned over to J.R. Brothers Financial Inc. for further processing.

There will be a \$25 service fee for all returned checks. NSF checks must be redeemed with certified funds. (Cashier's check, money order, certified check or cash)

If you need to cancel a scheduled appointment, please contact our office at least **24 hours** before your appointment time. Because of high demand for appointments, missed appointments prevent us from scheduling appropriately and to care for others in need of urgent care. **A \$50 FEE WILL BE ASSESSED FOR ALL MISSED APPOINTMENTS NOT CANCELLED WITH AT LEAST 24-HOUR ADVANCE NOTICE.**

It is your responsibility to notify our office if there is a change in your insurance coverage, residence, or phone number.

I have read and I understand the above Financial Policy and I agree to abide by its terms.

 PRINTED NAME OF PATIENT

 SIGNATURE OF PATIENT/RESPONSIBLE PERSON

DATE: _____

**ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OR
NORTH PHOENIX INTERNAL MEDICINE P.C
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

My signature below indicates that I have been given the opportunity to review a current copy of North Phoenix Internal Medicine "Notice of Privacy Practices". My signature means that I agree to the terms of this notice. Please return this acknowledgement of receipt of notice to North Phoenix Internal Medicine P.C. I understand that I may refuse to sign this acknowledgement.

I acknowledge receipt and have read and understand the Notice of Health Information Practices regarding my Provider's participation in the statewide Health Information Exchange (HIE), or I previously received this information and decline another copy.

_____ Date: _____
Print Patient Name or Authorized Representative

_____ Date: _____
Signature of the Patient or Authorized Representative

Relationship to the Patient if signed by anyone other than the Patient

FOR OFFICE USE ONLY

North Phoenix Internal Medicine P.C. could not obtain a written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practice due to the fact:

- ☐ Individual refused to sign
- ☐ Communication barriers prohibited it
- ☐ An emergency situation prevented us
- ☐ Other (please specify) _____

NORTH PHOENIX INTERNAL MEDICINE

W. Kent Brubaker, M.D.-Phuc H. Pham, M.D.

Khi ký tờ này quý vị ủy thác/ủy quyền chấp thuận cho văn phòng quyết định, khi có vấn đề tai nạn xảy (ở văn phòng, chúng tôi sẽ gọi 911 cho quý vị nếu có tai nạn xảy ra).

ADVANCE DIRECTIVES

To comply with Medicare, managed health care plans, and hospital admission requirements, we are required to provide to you information about Federal and State laws that allow you to accept or refuse treatment to formulate Advance Directives. Advance Directives are documents that enable you to give directions about your future medical care. This form is not intended to provide you legal advice but merely to provide information only.

Before making any decision about Advance Directives, please talk with your family, physicians, and/or attorney, if you need assistance. If you already have an Advance Directive or have decided to develop one, please give copies to your family, close friends, and your physician, so that they will be aware of your wishes.

We would like to assure you that this is not required and that you may elect to not have Advance Directives. In the event of a medical emergency, all measures, including life support will be given to those who do not sign Advance Directives.

Please review the enclosed information and sign at the bottom. Your signature does not signify any decision but merely shows that you have been given the information, and offered the opportunity for Advance Directives. Thank you.

Patient Signature

Date