

# WELCOME TO DRS. BUI, TAYLOR, KHONG, & LOWRY'S OFFICE

**Ngày:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **Tên của bác sĩ gia đình:** \_\_\_\_\_  
Today's date    Tháng    Ngày    Năm    Primary Care Physician

## Ai giới thiệu quý vị đến văn phòng của chúng tôi (xin đánh dấu)

How were you referred to our office (check one):

**Bác sĩ** Tên: \_\_\_\_\_  **Tự giới thiệu**  
PCP/REFERRING PHYSICIAN    NAME    SELF REFERRAL

## THÔNG TIN CỦA BỆNH NHÂN

**Tên (Họ)** \_\_\_\_\_ (**Tên**) \_\_\_\_\_ (**Tên lót**) \_\_\_\_\_  
PATIENT'S NAME:    Last    First    Middle

**Địa Chỉ Nhà:** \_\_\_\_\_  
HOME ADDRESS:    Số và Tên đường / street    Thành phố /city    Tiểu bang /state    Số vùng /zip

**Điện Thoại:** Nhà(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Đ.T.Làm(\_\_\_\_\_)** \_\_\_\_\_ **Di Động(\_\_\_\_\_)** \_\_\_\_\_  
PHONE    HOME    WORK    CELL

**Ngày Sinh:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **Số An Sinh Xã Hội:** \_\_\_\_\_  
Date of Birth    Tháng    Ngày    Năm    Social Security #

**Giới:**  **Nam**  **Nữ** **Race:**  **Asian** **Ethnicity:**  **Not Hispanic Or Latino**  
Patient's Sex    Male    Female

**Ngôn Ngữ:** **Chính:** \_\_\_\_\_ **Thứ Hai:** \_\_\_\_\_  
Language:    Primary    Secondary

**Tình Trạng Hôn Nhân:**  **Độc Thân**  **Kết Hôn**  **Ly Dị**  **Góa Phụ**  
Marital Status:    Single    Married    Divorced    Widowed

## Quý Vị Muốn Được Liên Lạc Thế Nào?

How Do You Prefer To Be Contacted?

**Điện Thoại Nhà**  **Di Động**  **Thư**  **Email** **Email Address:** \_\_\_\_\_  
Home    Cell    Mail

## THÔNG TIN CÔNG TY LÀM VIỆC

**Tên Của Công Ty:** \_\_\_\_\_  
NAME OF EMPLOYER

**Địa Chỉ Của Công Ty:** \_\_\_\_\_  
Số và Tên đường /street    Thành phố /city    Tiểu bang /state    Số vùng /zip

## LIÊN HỆ KHẨN CẤP

**Tên Liên Hệ Khẩn Cấp:** \_\_\_\_\_  
EMERGENCY CONTACT NAME:    HỌ / LAST    TÊN / FIRST    QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN / RELATIONSHIP

**Số Điện Thoại:** Nhà: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Di Động:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
PHONE:    HOME    CELL

## XIN VUI LÒNG ĐIỀN NẾU BỆNH NHÂN LÀ TRẺ EM DƯỚI 18 TUỔI

**Tên Phụ Huynh:** \_\_\_\_\_  
PARENT/GUARDIAN'S NAME:    HỌ / LAST    TÊN / FIRST    TÊN LÓT / MIDDLE

**Địa Chỉ Nhà:** \_\_\_\_\_  
HOME ADDRESS:    Số và Tên đường /street    Thành phố /city    Tiểu bang /state    Số vùng /zip

**Điện Thoại:** Nhà:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Đ.T.Làm (\_\_\_\_\_)** \_\_\_\_\_ **Di Động(\_\_\_\_\_)** \_\_\_\_\_  
PHONE    HOME    WORK    CELL

## PHÉP ỦY QUYỀN ĐỂ ĐIỀU TRỊ CHO TRẺ EM

Là phụ huynh / giám hộ của trẻ em tên ở trên, tôi đồng ý cho Alameda Eye Physicians. Để điều trị cho tên trẻ em ở trên trong trường hợp khẩn cấp nếu tôi không có mặt tại nơi. Tôi đồng ý chịu trách nhiệm cho chi phí liên quan với sự cần thiết tham khảo của bác sĩ điều trị

\_\_\_\_\_  
PHỤ HUYNH / GIÁM HỘ CHỮ KÝ

\_\_\_\_\_  
NGÀY

XIN VUI LONG LẶT QUA



## BẢO HIỂM

### Xin điền và cho bản sao của thẻ bảo hiểm cho văn phòng

**Bảo Hiểm Mắt:**  Vision Service Plan (VSP)  Medical Eye Service (MES)  Superior Vision Plan (SES)  Eye Med

Subscriber Name:  Self  Other \_\_\_\_\_

Số ID: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Date of Birth Tháng Ngày Năm

**Bảo Hiểm Y Tế (Chính):** \_\_\_\_\_  
Primary Medical Insurance

Số ID Của Bảo Hiểm : \_\_\_\_\_  
Insurance Id #

Tên Chủ Thẻ: \_\_\_\_\_  
Policy Holder's Name

Quan Hệ Với Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Relationship to Patient Date of Birth Tháng Ngày Năm

Tên Của Công Ty: \_\_\_\_\_  
Policy Holder's Employer

**Bảo Hiểm Y Tế (Phụ):** \_\_\_\_\_  
Secondary Medical Insurance

Số ID Của Bảo Hiểm : \_\_\_\_\_  
Insurance Id #

Quan Hệ Với Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Relationship to Patient Date of Birth Tháng Ngày Năm

Tên Của Công Ty: \_\_\_\_\_  
Policy Holder's Employer

## Bảo Hiểm Trách Nhiệm Hoặc Ủy Quyền

Tôi chịu trách nhiệm xác minh với bảo hiểm sức khỏe của tôi là bác sĩ David P. Bui, MD, Jennifer B. Taylor, MD, Dorothy P. Khong, MD, Eugene A. Lowry, MD, có tham gia trong trường chinh bảo hiểm của tôi. Tôi xê chịu trách nhiệm tài chánh cho những dịch vụ bảo hiểm sức khỏe tôi không đài thọ. Tôi hiểu là bảo hiểm thường không đài thọ bác sĩ nguyên vẹn và tôi có thể phải trả thêm chi phí (Co-Pay). Phần chí phí này là chỉ định bằng bảo hiểm của quý vị. Chữ ký sau đây có nghĩa là tôi đã đọc và đồng ý với hợp đồng trên

Chữ Ký Của Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_ Ghi Tên: \_\_\_\_\_

**Nếu Trẻ Em, Xin Ký Tên Dưới Đây**

Phụ Huynh / Giám Hộ Chữ Ký: \_\_\_\_\_

## Thông Báo Về Thực Hành Quyền Riêng Tư

Văn phòng chúng tôi coi trong quy định riêng tư của quý vị về những bệnh tình (HIPAA). Chúng tôi sẽ giữ bí mật về bệnh tình của quý vị trừ khi trong trường hợp đặc biệt được cho phép theo chính phủ trương trình HIAPPA. Với dưới chữ ký của tôi, tôi nhận rằng tôi đã nhận được thông báo về trương chinh hipaa của bác sĩ Alameda Eye Physicians.

Chữ Ký: \_\_\_\_\_ Ghi Tên: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_  
Signature Print Name Date