

THÔNG TIN BỆNH NHÂN

XIN VUI LÒNG TẮT CẢ CÁC LOẠI

Họ (Last name): _____ Tên đầu tiên (First Name) _____

Nam giới (Male) ___ Giống cái (Female) ___ Sinh nhật (Birthday) _____

điện thoại nhà (Home) _____ chúng ta có thể để lại tin nhắn? **Vâng** **Không**

điện thoại di động (Cell) _____ chúng ta có thể để lại tin nhắn? **Vâng** **Không**

địa chỉ nhà (Address): _____ Thành phố (City): _____

Zip: _____

Email: _____

An ninh xã hội (Social Security) #: _____

Dân tộc (Ethnicity): _____ nòi (Race): _____

Ngôn Ngữ Chính Nói (Primary Language): _____

Tên liên lạc khẩn cấp (Emergency Contact Name) : _____

Tình bà con (Relationship): _____

Số điện thoại liên lạc khẩn cấp Phone #: _____

Tôi Đồng ý Phê duyệt Thông tin Y tế của Tôi tới Các Sau đây (I.E: phòng thí nghiệm, danh mục thuốc men, lịch sử Y khoa, vv)

Họ và tên(name): _____ quan hệ thân tộc(relationship): _____

Họ và tên(name): _____ quan hệ thân tộc(relationship): _____

Họ và tên(name): _____ quan hệ thân tộc(relationship): _____

Tôi ủy quyền cho **Wentian (Wilson) Huang, MD** đưa ra thông tin y tế (bao gồm cả nha khoa) cho hãng bảo hiểm nêu trên (hoặc cho một luật sư được chỉ định) cho các mục đích quản lý và đánh giá khiếu nại, xem xét sử dụng và kiểm toán tài chính. Giấy phép này vẫn có giá trị và có hiệu lực kể từ ngày ký cho đến khi bị thu hồi bằng văn bản. Tôi hiểu rằng tôi có thể yêu cầu một bản sao của ủy quyền này. Tôi đã đọc bản quyền và hiểu nó. Tôi sẽ giao cho **Wentian (Wilson) Huang, MD** tất cả số tiền mà tôi được hưởng về chi phí y tế và / hoặc phẫu thuật liên quan đến các dịch vụ do người đó cung cấp, nhưng không vượt quá khoản nợ của tôi đối với bác sĩ và bác sĩ phẫu thuật. Điều này được hiểu rằng bất kỳ khoản tiền nào nhận được từ công ty bảo hiểm có tên nêu trên, vượt quá khoản nợ của tôi sẽ được hoàn lại cho tôi khi tài khoản của tôi được thanh toán đầy đủ. Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm về mặt tài chính đối với các bác sĩ đối với các khoản phí không thuộc phạm vi điều chỉnh này. Tôi đồng ý thêm trong trường hợp không thanh toán, phải chịu chi phí thu và phí tòa án và phí hợp pháp nếu cần. Bằng cách ký tên bên dưới, bạn cũng sẽ chọn nhận lời nhắc qua email, văn bản hoặc điện thoại.

Chữ ký của bệnh nhân

ngày

Chữ ký của phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp

mối quan hệ với bệnh nhân

Cancellation Policy/No Show Policy for Doctor Appointments

Our goal is to provide quality medical care in a timely manner. In order to do so we have had to implement an appointment/cancellation policy. The policy enables us to do better utilize available appointments for our patients in need of medical care.

1. Cancellation/No Show Policy for Doctor Appointment-We understand that there are times when you must miss an appointment due to emergencies or obligations for work or family. However, when you do not call to cancel an appointment, you may be preventing another patient from getting much needed treatment. Conversely, the situation may arise where another patient fails to cancel and we are unable to schedule you for a visit, due to a seemingly "full" appointment book. A "no show" is someone who misses an appointment without canceling it within a 24-hour working day in advance. No-shows inconvenience those individuals who need access to medical care in a timely manner. How To Cancel Your Appointment If it is necessary to cancel your scheduled appointment, we require that you call one working day in advance. Appointments are high in demand, and your early cancellation will give another person the possibility to have access to timely medical care. To cancel an appointment, please call our (972)-530-5550.

2. Scheduled Appointments-We understand that delays can happen, however, we must try to keep the other patients and doctors on time. If you are running late, please notify the office. If a patient is 15 minutes past their scheduled time, we may have to reschedule your appointment. The following are charges for services in the office:

No Show Fee- \$25

Returned Check Fee- \$25

PRINT PATIENT NAME: _____

SIGNATURE/PARENT/GUARDIAN: _____

DATE: _____

HEALTH QUESTIONNAIRE

REASON FOR VISIT

FAMILY HISTORY IF ANY BLOOD RELATIVE HAS SUFFERED ANY OF THE FOLLOWING - PLEASE CIRCLE THE NUMBER & INDICATE WHICH RELATIVE

- | | | | |
|-------------------|-------------------|-------------------------|----------------------|
| 1) Epilepsy | 6) Thyroid | 11) Osteoporosis | 16) High cholesterol |
| 2) Migraine | 7) Hayfever | 12) Arthritis | 17) Alcoholism |
| 3) Mental illness | 8) Asthma | 13) Heart disease | 18) Hepatitis |
| 4) Glaucoma | 9) Anemia | 14) Stroke | 19) Cancer |
| 5) Diabetes | 10) Bleeds easily | 15) High blood pressure | 20) |

HOSPITAL ADMISSIONS

YEAR ILLNESS OR OPERATION YEAR ILLNESS OR OPERATION

not including pregnancies

LIST ALL MEDICATIONS YOU ARE NOW TAKING - INCLUDE THOSE YOU BUY WITHOUT A PRESCRIPTION

ALLERGIES

VACCINE YEAR OF LAST VACCINE YEAR OF LAST

SUPPLEMENTS

Tetanus - Td MMR Measles, Mumps, Rubella
 Influenza (flu)
 Pneumonia Meningitis
 Hepatitis A Chicken pox
 Hepatitis B HPV
 Whooping C Shingles

MEDICAL HISTORY MARK (C) FOR CURRENT PROBLEMS. CHECK (✓) AND INDICATE AGE WHEN YOU HAD ANY OF THE FOLLOWING SYMPTOMS OR DISEASES.

Decreased hearing	Difficulty swallowing	Cancer	Easily fatigued	Aids / Hiv	Std
Ringing in ear	Heartburn Peptic ulcer	Decreased energy / endurance		Sexually transmitted diseases - # of encounters	
Ear infections - frequent	Aspirin - Arthritis - Pain pills	Diabetes	Thyroid disease	Sexual problems / enjoyment	
Dizzy spells Fainting spells	Nausea/Vomiting Gallbladder prob	Seizures	Stroke	Decreased work performance	
Failing vision Eye pain	Jaundice / Hepatitis	Tremor / hands shaking		Alcohol oz. per week	
Date of last eye exam	Irritable bowel syndrome	Headaches Numbness		Coffee / Tea cups per day	
Double or blurred vision	Abdominal pain	Arthritis / Rheumatism		Smoking - cig/day # years year quit	
Nose bleeds Sinus trouble	Bloating / discomfort	Bone fracture / joint injury		Exercise	
Sore throats - frequent	Diarrhea Constipation	Osteoporosis Back pain		Street drugs	
Hoarseness - prolonged	Diverticulosis Crohn's Colitis	Foot pain Gout		Travel abroad	
Hayfever / Allergies	Inflammatory bowel disease	Rashes Hives		MALES - Prostate problems	
Pneumonia / Pleurisy	Bloody or tarry stools	Psoriasis Eczema		FEMALES - Please complete	
Bronchitis / Chronic cough	Test for blood in stools	Excessive sweating		Menstrual flow:	
Asthma / Wheezing	Hemorrhoids Hernia	Concentration problems		Reg. Irreg. Pain / Cramps	
Date of last TB test	Urination - Overactive Bladder	Depression Nervousness		Days of flow Length of cycle	
Shortness of breath on exertion lying flat	Overnight more than twice	Agitation Memory loss		Date --- 1st day of last period	
in the past week	More than 8 times / 24 hrs	Moodiness Suicidal thoughts		Number of:	
affects work / lifestyle	Urgency to urinate with leakage	Feelings of worthlessness		Pregnancies Abortions	
Chest pain High blood pressure	Decrease in force/flow Painful	Phobias Mental illness		Miscariages Live births	
Date of last cholesterol test	Stress incontinence --- urine leakage with exercise / movement	Sleep problems - how long		Birth control method	
Heart murmur Swollen ankles	Blood in urine Kidney stones	How frequent		B C pill (name)	
Irregular pulse Palpitations	Urine infections - frequent	Waking refreshed		Flushing / Menopause	
Leg pain - when walking	Bed wetting	Rheumatic fever Scarlet fever		Pain / Bleeding during or after sex	
Varicose veins / Phlebitis	Weight loss / gain Appetite	Chickenpox Polio Mumps		Migraine with nausea	
Cold numb feet	Anemia Bruise easily	Measles German measles		Date of last Pap test	
Loss of appetite - recent	Blood transfusions	Tuberculosis Herpes		normal abnormal	
				Date of last mammogram	
				normal abnormal	

NOTES

Thỏa thuận trách nhiệm tài chính

Tên bệnh nhân: _____ Sinh nhật: _____

Tôi hiểu và đồng ý rằng tôi sẽ chịu trách nhiệm tài chính đối với bất kỳ và tất cả các chi phí cho các dịch vụ cung cấp hoặc không thanh toán bởi bảo hiểm của tôi. Điều này bao gồm bất kỳ dịch vụ y tế hoặc thăm khám, khám phòng ngừa / kiểm tra vật lý, phòng thí nghiệm hoặc chẩn đoán, và bất kỳ dịch vụ sàng lọc khác theo yêu cầu của bác sĩ hoặc nhân viên của bác sĩ. **ky' tên** _____

Tôi hiểu và đồng ý rằng đó là trách nhiệm của tôi và không phải là trách nhiệm của bác sĩ hoặc nhân viên để kno với bảo hiểm của tôi sẽ trả tiền cho các dịch vụ y tế như vậy, kỳ thi phòng ngừa / vật lý, phòng thí nghiệm hoặc xét nghiệm chẩn đoán, hoặc bất kỳ dịch vụ sàng lọc khác theo lệnh của bác sĩ hoặc nhân viên của bác sĩ. **ky' tên** _____

Tôi hiểu và đồng ý rằng trách nhiệm của tôi là biết được bảo hiểm của tôi có bất kỳ khoản giảm trừ, đồng thanh toán, đồng bảo hiểm, ngoài mạng, giới hạn thông thường và giới hạn nào khác hay bất kỳ loại hạn chế phúc lợi nào khác cho các dịch vụ tôi nhận được và tôi đồng ý thanh toán đầy đủ. **ky' tên** _____

Tôi hiểu và đồng ý rằng đó là trách nhiệm của tôi để biết liệu bác sĩ mà tôi đang nhìn thấy là một nhà cung cấp trong mạng đã được công nhận bởi công ty bảo hiểm hoặc kế hoạch của tôi. Nếu bác sĩ tôi nhìn thấy không phải là có thể dẫn đến các yêu cầu bồi thường bị từ chối hoặc cao hơn trong túi chi phí cho tôi và tôi hiểu điều này và đồng ý chịu trách nhiệm về tài chính và thanh toán đầy đủ. **ky' tên** _____

Tôi xin ủy quyền thanh toán các khoản trợ cấp y tế trực tiếp cho tiến sĩ Wentian Huang, P.C. cho các dịch vụ được thực hiện. Giấy phép được ban hành dưới đây để giải phóng nhân viên / đại lý khi cần thiết để xử lý và hoàn thành (các) đơn kiện bảo hiểm y tế của bạn. Tôi hiểu thêm nếu tài khoản của tôi trở nên trễ hạn, tôi sẽ phải trả lệ phí luật sư hợp lý hoặc thu phí, nếu có. Thời hạn của ủy quyền này là không xác định và tiếp tục cho đến khi bị thu hồi bằng văn bản. Phiếu photocopy của bản tuyên bố này được coi là có giá trị như bản chính. **ky' tên** _____

Chữ ký của bệnh nhân: _____

Ngày: _____

Chữ ký của người giám hộ: _____

Tuân thủ HIPAA

7500 an ninh Blvd., C5-24-04
Baltimore, MD 21244

Lời hứa của chúng tôi đối với bạn:

Chúng tôi yêu cầu luật pháp và quy định bảo vệ sự riêng tư của thông tin y tế của bạn, để thông báo cho bạn thông báo về các thông lệ về quyền riêng tư của chúng tôi đối với thông tin sức khỏe được bảo vệ và tuân thủ các điều khoản của thông báo về các thông lệ bảo mật có hiệu lực.

Câu hỏi và Người liên lạc Đối với Yêu cầu:

Nếu bạn có thắc mắc hoặc muốn làm một yêu cầu pursuant đến các quyền được mô tả ở trên, xin vui lòng liên hệ:

Tiến sĩ Wentian Huang, Tiến sĩ, P.C.

3475 Collins Blvd

Garland TX 75044

Ph: (972) 830-5550

Fax: (972) 530-3632

Thông báo này có hiệu lực vào ngày sau:

Chúng tôi có thể thay đổi chính sách và thông báo này bất kỳ lúc nào và những chính sách sửa đổi này áp dụng cho tất cả các thông tin y tế được bảo vệ mà chúng tôi duy trì. Nếu hoặc khi chúng tôi thay đổi thông báo của chúng tôi, chúng tôi sẽ đăng thông báo mới trong văn phòng nơi nó có thể được nhìn thấy.

Lời cảm ơn về việc Xem xét Thông báo về Các Điều khoản Riêng tư:

Tôi đã có cơ hội để xem lại Thông báo về Thực tiễn riêng tư của Văn phòng này, giải thích cách thức sử dụng và tiết lộ nội dung y tế của tôi. Tôi hiểu rằng tôi có quyền nhận một bản sao của tài liệu này.

Chữ ký của Bệnh nhân hoặc Đại diện Cá nhân

Ngày

Tên của Bệnh nhân hoặc Đại diện Cá nhân

Mô tả của cơ quan đại diện cá nhân

WENTIAN (WILSON) HUANG, MD, PhD., P.C.
Diplomate, American Board of Internal Medicine

3475 Collins Blvd
Garland, TX 75044

Phone: 972-530-5550
Fax: 972-530-3632

Bác sĩ Y tá / Bác sĩ Trợ giúp Điều trị

Bác sĩ Huang có nhân viên y tá và trợ lý bác sĩ để hỗ trợ việc chăm sóc sức khỏe ban đầu. Một bác sĩ Y tá không phải là bác sĩ. Một bác sĩ y tá (Nurse Practitioner - NP) là một y tá đã đăng ký học đã hoàn thành chương trình giáo dục chuyên sâu về điều dưỡng (đặc biệt là bằng thạc sĩ hoặc bằng cấp của lễ hội) và huấn luyện và có thể chẩn đoán, nắn vú và giám sát các bệnh cấp tính và mãn tính phổ biến cũng như chăm sóc bảo trì sức khỏe. Ngoài ra, VQG có thể điều trị các vết thương nhỏ và các thương tích lớn khác.

Trợ lý bác sĩ không phải là bác sĩ. Một Trợ lý Bác sĩ (PA) là chuyên gia chăm sóc y tế được đào tạo và cấp giấy phép hành nghề với sự giám sát hạn chế của bác sĩ. Một trợ lý bác sĩ có liên quan đến việc ngăn ngừa, duy trì và điều trị bệnh tật và thương tích ở người bằng cách cung cấp một loạt các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được truyền thông bởi bác sĩ. Các nhân viên trợ giúp bác sĩ khám sức khỏe, chẩn đoán và điều trị bệnh, trật tự và giải thích các bài kiểm tra, tư vấn về chăm sóc sức khỏe dự phòng, và viết đơn thuốc. In addition, PA có thể điều trị vết thương nhỏ và các thương tích nhẹ khác, cũng như thực hiện các thủ tục phẫu thuật.

Tôi đã đọc những điều trên và bằng cách này đồng ý với tôi về dịch vụ của Y Tá Y Tá hoặc Phụ Tá Bác Sĩ về các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của tôi.

Tôi hiểu rằng tại bất kỳ thời điểm nào tôi có thể từ chối để được gặp Điều dưỡng Y tá hoặc Phụ tá Bác sĩ và yêu cầu gặp bác sĩ.

Chữ ký của Bệnh nhân hoặc Đại diện Cá nhân

Sinh nhật (Birthday)

Chữ ký của phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp

Ngày