

Trung Tâm Y Tế Cộng Đồng NOELA
Đơn Đăng Ký Bệnh Nhân

Nếu bạn có bảo hiểm, xin vui lòng đưa ID và thẻ bảo hiểm cho nhân viên tiếp tân.

Tên Họ: _____

Tên Gọi: _____

Ngày Sinh: _____

Số An Sinh Xã Hội: _____

Địa Chỉ: _____

Thành Phố: _____

Tiểu Bang: _____ Số Vùng: _____

Điện Thoại Nhà: _____

Điện Thoại Di Động: _____

Điện Thoại Chỗ Làm: _____

Địa Chỉ Email: _____

Có muốn đăng ký (Portal) thông tin bệnh nhân của chúng tôi? Có / Không (Trực tiếp nhận được hồ sơ bệnh của mình)

Ngôn Ngữ: _____

Chủng Tộc: _____

Dân Tộc: _____

Tình Trạng Hôn Nhân: Độc Thân Lập Gia Đình
Ly Dị Ly Thân Góa

Trong Gia Đình Có Ai Đi Biển Không: Có / Không

Có Phải Là Người Vô Gia Cư: Có / Không

Có Phải Là Cựu Chiến Binh: Có / Không

Bệnh Nhân Nhà Ở Công Cộng: Có / Không

Đồng Ý Cho Gọi: Có / Không

Đồng Ý Cho Gửi Tin Nhắn: Có / Không

Đồng Ý Cho Lấy Hồ Sơ Thuốc: Có / Không

Định Hướng Giới Tính: _____

Giới Tính: _____

Biết Về Chúng Tôi Bằng Cách Nào?: _____

Mua Thuốc Ở Tiệm Nào: _____

Tiệm Thuốc Ở Đường Nào: _____

Trong Gia Đình Có Bao Nhiêu Người: _____

Tiền Lương Của Cả Gia Đình: \$ _____

Lãnh Lương Như Thế Nào? Hàng Tuần Hai
Tuần Một Lần Hàng Tháng Hàng Năm

Mẹ / Thông Tin Người Giám Hộ

Tên: _____

Ngày Sinh: _____

Số An Sinh Xã Hội: _____

Địa Chỉ: _____

Thành Phố: _____

Tiểu Bang: _____ Số Vùng: _____

Số Điện Thoại: _____

Bố / Thông Tin Người Giám Hộ

Tên: _____

Ngày Sinh: _____

Số An Sinh Xã Hội: _____

Địa Chỉ: _____

Thành Phố: _____

Tiểu Bang: _____ Số Vùng: _____

Số Điện Thoại: _____

Trong Trường Hợp Khẩn Cấp, Có Thể Gọi Ai?

Tên: _____

Quan Hệ Với Bệnh Nhân: _____

Số Điện Thoại: _____

NOELA COMMUNITY HEALTH CENTER

13085 Chef Menteur Hwy
New Orleans, LA 70129
Phone: (504) 255-8665 Fax: (504) 254-6447

Đơn Ủy Quyền

Ngày: _____

Số Hồ Sơ: _____

Tôi, _____, đồng ý cho bác sĩ y tá điều trị con chúng tôi bao gồm, nhưng không giới hạn, chích ngừa.

Tên Đứa Trẻ (chữ in)	Ngày Sinh

Phụ huynh đồng ý cho bác sĩ nói về bệnh tình của con quý vị cho người được ủy quyền. Quý vị có thể hủy bỏ sự ủy quyền bất cứ lúc nào. Quý vị viết một lá thư hủy bỏ ủy quyền rồi đưa cho bác sĩ của con quý vị.

Người Được Ủy Quyền

Tên	Liên Hệ Với Bệnh Nhân

Sự Đồng Ý Của Phụ Huynh/ Người Giám Hộ

Chữ Ký	Liên Hệ Với Bệnh Nhân	Ngày

Nhóm Y Tế Phòng Khám NOELA

THỎA THUẬN VÀ TIẾT LỘ

PHÂN BỐ QUYỀN LỢI: Tôi cho phép trả tiền trực tiếp cho Nhóm Y Tế Phòng Khám NOELA (hay NOELA CHC), về tất cả quyền lợi y tế, dàn xếp trả tiền, hay quyết định do các bác sĩ của NOELA CHC và các bác sĩ bệnh xá khác tại bệnh viện hay bệnh xá tính cho chữa trị của tôi. Giấy phép này áp dụng cho tất cả phí tổn và chi phí trong tương lai từ và bao gồm ngày này trở đi, trừ khi tôi hủy bỏ bằng văn bản. Tôi hiểu rằng mình có trách nhiệm trả tất cả chi phí mà các bác sĩ của NOELA CHC tại bệnh viện hay bệnh xá tính cho chữa trị của tôi, bao gồm tiền đồng trả, khấu trừ, và chi phí cho các dịch vụ không được bao trả, bất kể bao trả hiểm khác hay trách nhiệm của bên khác trả những chi phí đó cho tôi. Nếu số dư chưa trả đã quá hạn và được trao cho cơ quan truy thu tiền, tôi đồng ý trả chi phí luật sư, tòa án, và/hoặc chi phí cho cơ quan truy thu liên quan đến việc thu tiền.

NGƯỜI KÝ TÊN DƯỚI ĐÂY XÁC NHẬN RẰNG MÌNH ĐÃ ĐỌC NHỮNG THÔNG TIN TRÊN, LÀ BỆNH NHÂN HAY ĐƯỢC BỆNH NHÂN CHO PHÉP THỰC HIỆN NHỮNG ĐIỀU TRÊN, CHẤP NHẬN CÁC ĐIỀU KHOẢN, VÀ ĐÃ NHẬN MỘT BẢN SAO.

TIẾT LỘ THÔNG TIN: Tôi cho phép NOELA CHC và/hoặc các bác sĩ của họ và các bác sĩ bệnh xá khác tiết lộ tất cả hay một phần hồ sơ y tế hay đòi tiền của tôi cho bất cứ hãng bảo hiểm hay người do hãng bảo hiểm thuê cho mục đích thu tiền quyền lợi bảo hiểm và kiểm tra hóa đơn, miễn là tôi được ghi vào trương mục là được bao trả với hãng bảo hiểm đó. Giấy phép này bao gồm tiết lộ thông tin cho chương trình sức khỏe nhóm để bao trả bảo hiểm theo nhóm, hãng bồi thường lao động, và các cơ quan an sinh, nếu tính cho yêu cầu chữa trị của tôi. Tôi bảo đảm và giải trừ cho NOELA CHC các bác sĩ và bác sĩ bệnh xá của họ khỏi bất cứ và tất cả trách nhiệm liên quan đến việc tiết lộ thông tin đó.

TÊN BÊN NHẬN	NGÀY SINH	CHỮ KÝ BỆNH NHÂN
TÊN CỦA ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN, NẾU CÓ	CHỮ KÝ - NẾU ĐƯỢC KÝ BỞI ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN	MỐI QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN
TÊN NHÂN CHỨNG	CHỮ KÝ CỦA NHÂN CHỨNG	NGÀY KÝ GIỜ

ĐỒNG Ý CHỮA TRỊ NGÀY _____ GIỜ _____

TÔI, HAY _____ CHO _____ BIẾT RẰNG (TÔI/ÔNG HAY BÀ ẤY) BỊ BỆNH CẦN PHẢI CHẨN ĐOÁN VÀ/HOẶC CHỮA TRỊ Y TẾ HAY PHẪU THUẬT, TỰ NGUYỆN ĐỒNG Ý CÁC THỦ TỤC CHẨN ĐOÁN ĐỎ VÀ CHĂM SÓC CỦA BỆNH VIỆN, Y TẾ, VÀ PHẪU THUẬT CẦN THIẾT THEO QUYẾT ĐỊNH CỦA (CÁC) BÁC SĨ PHỤ TRÁCH. TÔI HIỂU RẰNG VIỆC HÀNH NGHỀ Y KHOA VÀ PHẪU THUẬT KHÔNG PHẢI LÀ KHOA HỌC CHÍNH XÁC, VÀ TÔI XÁC NHẬN LÀ KHÔNG CÓ BẢO ĐẢM NÀO CHO TÔI VỀ KẾT QUẢ KHÁM HAY CHỮA TRỊ. TÔI XIN ỦY QUYỀN CHO NHÓM Y TẾ NOELA CHC LƯU GIỮ VÀ HỦY BỎ BẤT CỨ MẪU HAY MÔ NÀO LẤY TỪ CƠ THỂ TÔI TRONG LÚC CHỮA TRỊ VÀ SỬ DỤNG CÁC MẪU HAY MÔ ĐÓ CHO MỤC ĐÍCH KHOA HỌC, GIÁO DỤC, HAY NGHIÊN CỨU, TRONG PHẠM VI CÁC MẪU HAY MÔ ĐÓ KHÔNG ĐƯỢC LƯU GIỮ TẠI BỆNH VIỆN VÀ BỆNH XÁ CỦA ĐẠI NOELA CHC.

NHÂN CHỨNG _____ CHỮ KÝ _____
(BỆNH NHÂN HAY NGƯỜI ĐƯỢC ỦY QUYỀN THỎA THUẬN MỐI QUAN HỆ)

TỪ CHỐI CHỮA TRỊ NGÀY _____ GIỜ _____

TÔI, _____ TỪ CHỐI _____

THEO _____

TÔI ĐƯỢC CHO BIẾT VỀ HẬU QUẢ VÀ NGUY CƠ KHI TỪ CHỐI, VÀ MIỄN TRỪ CHO CÁC BÁC SĨ, BÁC SĨ BỆNH XÁ, VÀ NHÓM Y TẾ NOELA CHC KHỎI TRÁCH NHIỆM VỀ THƯƠNG TÍCH XẢY RA TỪ VIỆC TỪ CHỐI NÀY.

NHÂN CHỨNG _____ CHỮ KÝ _____
(BỆNH NHÂN HAY NGƯỜI ĐƯỢC ỦY QUYỀN THỎA THUẬN MỐI QUAN HỆ)

NOELA CHC

Thông Báo về Cách Giữ Thông Tin Riêng Tư

NHÓM Y TẾ NOELA CHC XÁC NHẬN ĐÃ NHẬN ĐƯỢC THÔNG BÁO VỀ CÁCH GIỮ THÔNG TIN RIÊNG TƯ

Tôi xác nhận mình đã nhận được một bản Thông Báo về Cách Giữ Thông Tin Riêng Tư của Nhóm Y Tế NOELA CHC .

Chữ ký _____ Ngày _____

Tên bệnh nhân bằng chữ in _____

Nếu bệnh nhân không ký tên, xin ghi rõ mối quan hệ: _____

Tên bằng chữ in _____ Nhân chứng _____

Giấy Thoả Thuận GNOHIE

Greater New Orleans Health Information Exchange
(Tổ Chức Trao đổi Thông tin Sức Khỏe Khu đô thị New Orleans)
Giấy thoả thuận của bệnh nhân và thông báo về thông tin sức khỏe

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị tham gia vào tổ chức Greater New Orleans Health Information Exchange (GNOHIE) (Tổ chức Trao đổi Thông tin Sức khỏe khu đô thị New Orleans, viết tắt là GNOHIE) và sử dụng tổ chức này để lưu trữ thông tin chăm sóc sức khỏe bệnh nhân của họ. Tổ chức GNOHIE cung cấp một phương pháp dễ dàng để giúp chúng tôi trao đổi thông tin sức khỏe của quý vị theo phương pháp iden toán với các nhà cung cấp dịch vụ trong tổ chức và các cơ quan hợp tác khác thuộc GNOHIE, trong đó có các bác sĩ của quý vị, y tá, và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Điều này sẽ giúp bác sĩ, y tá và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hợp tác với nhau trong việc chăm sóc cho quý vị.

GNOHIE bảo vệ sự riêng tư của quý vị. Chỉ có các nhà chăm sóc sức khỏe và cơ quan hợp tác thuộc tổ chức GNOHIE được xem thông tin của quý vị.

Chúng tôi có thể trao đổi:

- Họ và tên, số an sinh xã hội, địa chỉ, số điện thoại, giới tính, dân tộc, tuổi tác của quý vị
- Tên chứng bệnh hoặc vấn đề sức khỏe (chẩn bệnh)
- Kết quả xét nghiệm phòng thí nghiệm, quang tuyến và các xét nghiệm khác
- Thuốc các loại, kể cả toa thuốc đầu và những lần mua thêm thuốc
- Thông tin sức khỏe tâm thần (**Không** bao gồm ghi chú về phương pháp điều trị hoặc thông tin sức khỏe tâm thần của trẻ vị thành niên)
- Thông tin liên quan đến việc lạm dụng cần sa, ma túy, rượu và hoặc các chất gây nghiện (nếu có)
- Kết quả các xét nghiệm hoặc phương pháp điều trị về HIV/AIDS (nếu có)
- Kết quả các xét nghiệm hoặc phương pháp điều trị về STD (các bệnh lây truyền qua đường tình dục) (nếu có)

Đánh dấu vào ô **ĐỒNG Ý** dưới đây có nghĩa là chúng tôi có thể trao đổi thông tin sức khỏe của quý vị (Sự thoả thuận của quý vị sẽ có hiệu lực cho đến khi quý vị ký một bản thoả thuận **mới** đánh dấu vào ô **KHÔNG ĐỒNG Ý**) Nếu quý vị **không** thoả thuận, quý vị sẽ vẫn được điều trị. Và quý vị **sẽ không** mất đi quyền lợi chăm sóc y tế nào.

Đánh dấu (✓) vào một ô:

ĐỒNG Ý. Thông tin sức khỏe cá nhân của tôi có thể được thu thập, sử dụng và trao đổi với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các cơ quan hợp tác khác thuộc GNOHIE.

KHÔNG ĐỒNG Ý. Thông tin sức khỏe cá nhân của tôi không được sử dụng và trao đổi, ngoại trừ trong trường hợp cấp cứu.

Họ và tên bệnh nhân

Ngày

Chữ ký của bệnh nhân hoặc người được uỷ quyền
(cần có chữ ký đã được chấp thuận của cha/mẹ hay người giám hộ hợp pháp nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi hay là người lớn không còn khả năng quyết định)

Họ và tên (nếu không phải là bệnh nhân)

Quan hệ với bệnh nhân

Danh sách các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các cơ quan hợp tác thuộc GNOHIE được trình bày trên trang mạng www.gnohie.org. Quý vị có thể yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cấp cho quý vị ấn bản của danh sách này và quy định về sự thoả thuận của bệnh nhân.



Không Giữ Hẹn

Văn Phòng Y Tế NOELA Community Health Center rất hân hạnh được phục vụ quý vị. Để phục vụ quý vị có hiệu quả hơn chúng tôi đã ra Luật Không Giữ Hẹn.

Nếu như quý vị đến trễ quá 10 phút giờ hẹn của quý vị, thì quý vị phải hẹn lại giờ hoặc ngày khác. Sau ba lần không giữ hẹn, quý vị không được lấy hẹn nữa và phải tới văn phòng ngồi đợi nhưng cũng không bảo đảm là sẽ được gặp bác sĩ. Nếu như quý vị nghĩ mình sẽ trễ hẹn quá 10 phút thì xin gọi cho văn phòng số điện thoại (504) 255-866 và chúng tôi sẽ cho quý vị biết là chúng tôi có thể khám cho quý vị hay không.

Chúng tôi cũng hiểu là có nhiều sự cố xảy ra, nếu quý vị cần hẹn lại hay bỏ hẹn thì xin gọi cho chúng tôi ít nhất 24 tiếng đồng hồ.

Nếu quý vị cần hỏi thêm chi tiết, xin gọi cho văn phòng (504) 255-8665.

Trân Thành Cảm Ơn,

Người Quản Lý NOELA

Viết Tên: _____

Chữ Ký: _____

Ngày: _____

Quy Định Giảm Giá của Trung Tâm Y Tế NOELA Community Health Center

Hợp Đồng

Quy định của NOELA Community Health Center cung cấp những dịch vụ y tế cần thiết cho bệnh nhân mà bệnh nhân có khả năng trả tiền. Giảm giá dựa theo lương và số người trong gia đình. Bảng giảm giá được sử dụng để giảm giá cơ bản và sẽ thay đổi mỗi năm theo bảng lương giới hạn của liên bang. Khi được chấp nhận, sẽ được giảm giá trong 12 tháng, sau đó bệnh nhân phải xin lại.

Quá Trình Nộp Đơn

Cần phải hoàn tất đơn bao gồm giấy chứng minh địa chỉ nhà, lương trong gia đình, và phải điền bảo hiểm sức khỏe chỗ làm trước khi được chấp nhận giảm giá.

Giảm Giá Bao Gồm và Không Bao Gồm

Y Tế	Giảm giá cho tất cả những lần bác sĩ khám tại Văn Phòng Y Tế NOELA Community Health Center.
Thuốc	Cho thuốc mẫu, khi có sẵn, không lấy tiền.
Thử Máu	Không

NOELA Community Health Center Đơn Giảm Giá

Quy định Trung Tâm Y Tế NOELA Community Health Center, cung cấp những dịch vụ y tế cần thiết cho bệnh nhân mà bệnh nhân có khả năng trả tiền. Giảm giá dựa theo lương và số người trong gia đình. Sau khi quý vị hoàn tất đơn thì đưa lại cho người tiếp tân để họ sẽ cho quý vị hoặc thành viên trong gia đình của quý vị có được giảm giá không.

Giảm giá cho tất cả những dịch vụ trong văn phòng y tế, nhưng không giảm giá cho những dịch vụ không trong văn phòng y tế như thử máu, thuốc, tư vấn hình chụp và những dịch vụ khác khi tài chánh quý vị tốt hơn, giảm giá hiện tại, chứ không phải mãi mãi. Nếu quý vị cần hỏi thêm chi tiết xin hỏi người tiếp tân.

Số người liên hệ sống cùng nhà với quý vị: _____

Tổng số lương trong gia đình (điền vào một cột):

Những thành viên trong gia đình	Lương trong gia đình (điền một cột)		
	Hàng năm	Hàng tháng	Mỗi hai tuần
Chính mình			
Vợ hoặc chồng			
Các em ăn theo dưới 18 tuổi			
Tổng cộng			

Lưu ý: Lương bao gồm lương đi làm, tips, an ninh xã hội, tiền bệnh, lương hưu, lương hưu của lính, tiền lời kinh doanh hoặc làm chủ, cấp dưỡng nuôi con, quân đội, thất nghiệp và giúp đỡ công cộng.

Tôi chứng nhận những chi tiết về số người trong gia đình và lương là đúng. Chúng tôi cần bản sao của thuế, pay stubs, và có thể chúng tôi cần giấy chứng nhận lương trước khi quý vị được giảm giá.

Tên (Ghi ra)

Chữ ký / Ngày

Office Use Only

Patient Name: _____ Discount: _____
Date of Service: _____ Approved by: _____

Người trong gia đình	Mức Lương 1	Mức Lương 2	Mức Lương 3	Mức Lương 4	Mức Lương 5	Mức Lương 6
1	\$0 - \$11,880	\$11,881 - \$14,850	\$14,851 - \$17,820	\$17,821 - \$20,790	\$20,791 - \$23,759	\$23,760+
2	\$0 - \$16,020	\$16,021 - \$20,025	\$20,026 - \$24,030	\$24,031 - \$28,035	\$28,036 - \$32,039	\$32,040+
3	\$0 - \$20,160	\$20,161 - \$25,200	\$25,201 - \$30,240	\$30,241 - \$35,280	\$35,281 - \$40,319	\$40,320+
4	\$0 - \$24,300	\$24,301 - \$30,375	\$30,376 - \$36,450	\$36,451 - \$42,525	\$42,526 - \$48,599	\$48,600+
5	\$0 - \$28,440	\$28,441 - \$35,550	\$35,551 - \$42,660	\$42,661 - \$49,770	\$49,771 - \$56,879	\$56,880+
6	\$0 - \$32,580	\$32,581 - \$40,725	\$40,726 - \$48,870	\$48,871 - \$57,015	\$57,016 - \$65,159	\$65,160+
7	\$0 - \$36,730	\$36,731 - \$45,913	\$45,914 - \$55,059	\$55,096 - \$64,278	\$64,279 - \$73,459	\$73,460+
8	\$0 - \$40,890	\$40,891 - \$51,113	\$51,114 - \$61,335	\$61,336 - \$71,558	\$71,559 - \$81,779	\$81,780+

Gia đình có hơn 8 người, CỘNG thêm \$4,160 cho mỗi người.

**THÀNH VIÊN TRONG GIA ĐÌNH BAO GỒM = Người nộp đơn + Vợ/Chồng/Người thân khác + Những người khai thuế chung hợp pháp
LƯƠNG TRONG GIA ĐÌNH BAO GỒM = Tất cả các công việc, Cấp dưỡng nuôi con, Tiền bệnh/An ninh xã hội**

Quý vị PHẢI thông báo cho trung tâm y tế những thay đổi về lương hoặc thêm hay bớt người trong gia đình. Quý vị có thể nộp đơn vào chương trình này bất cứ lúc nào nếu như lương của quý vị có thay đổi.

Để được vào chương trình này, PHẢI có một trong những chứng minh sau đây:

- Giấy thuế mới nhất HOẶC đơn 4506T IRS đã được ký (nếu như không khai thuế)
- Giấy thuế mới nhất + Phần C or CEZ trong giấy thuế (nếu làm chủ)
- Phiếu lương mới nhất (Lương mỗi tuần = 4 phiếu lương, Lương hai tuần một lần = 3 phiếu lương)
- Nếu trả bằng tiền mặt, vậy thì người chủ PHẢI điền cái Đơn Xác Nhận Thu Nhập Việc Làm.
- Cheque của Tiền Trợ Cấp/Giấy chứng nhận (thất nghiệp, tiền bệnh, an ninh xã hội, tiền cấp dưỡng, cấp dưỡng nuôi con)
- Chứng minh thu nhập (SNAP, TANF, WIC, giúp đỡ tiền điện....) từ dịch vụ xã hội HOẶC ký đơn Authorization to Release Income Verification
- Nếu như KHÔNG có lương, cần lá thư chứng nhận có sự giúp đỡ những nhu cầu cơ bản như (đồ ăn, nơi tạm trú, quần áo, hỗ trợ tài chính)
- Giấy chứng nhận có chữ ký người ăn theo hợp pháp có tên đầy đủ và ngày sinh

Cần phải nộp một trong những giấy tờ yêu cầu ở trên trong vòng 30 ngày kể từ ngày khám bác sĩ.

Chữ ký

Ngày



Community Health Center

NOELA Community Health Center-Pediatrics
13085 Chef Menteur Hwy, New Orleans, LA 70129
Phone (504) 255-8665 Fax (504) 254-6447

Câu Hỏi Về Sức Khỏe

Tên Bệnh Nhân: _____ Ngày Sinh: _____ Số Hồ Sơ: _____

Hộ Gia Đình (Xin ghi những ai ở trong nhà với bệnh nhân.)

Tên	Quan Hệ Với Bệnh Nhân	Ngày Sinh	Vấn Đề Sức Khỏe

Có anh chị em nào không ở với bệnh nhân? Nếu vậy, xin ghi tên, tuổi, và nơi ở. _____

Nếu cha mẹ không ở chung với nhau, hoặc nếu bệnh nhân không ở với cha mẹ, tình trạng giam giữ của bệnh nhân là gì? _____

Nếu một hoặc cả hai cha mẹ không sống ở nhà, thì thường xuyên bệnh nhân thấy cha mẹ không sống ở nhà khi nào? _____

Lịch Sử Sinh Đẻ

Lúc sinh, bệnh nhân cân bao nhiêu pound: _____

Sanh Đẻ: SANH THƯỜNG / SANH MỎ Nếu mổ, xin giải thích tại sao. _____

Em bé sinh ra đủ tháng? CÓ / KHÔNG Nếu không, xin giải thích tại sao. _____

Nếu em bé sinh ra sớm, bao nhiêu tuần? _____ Mẹ có gặp bác sĩ sản khoa khám thai? CÓ / KHÔNG

Sau khi sinh, em bé có bị chuyện gì khó khăn không? CÓ / KHÔNG Nếu có, xin giải thích tại sao. _____

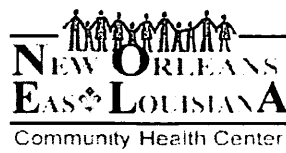
Mẹ có bị bệnh hoặc những khó khăn gì khi mang thai? CÓ / KHÔNG Nếu có, xin giải thích tại sao. _____

Lúc khi mang thai, mẹ có: Hút thuốc lá: CÓ / KHÔNG Uống rượu: CÓ / KHÔNG

Lúc khi mang thai, mẹ có uống hoặc dùng thuốc ma túy: CÓ / KHÔNG Nếu có, thuốc gì và khi nào: _____

Uống sữa lần đầu tiên: UỐNG SỮA TỪ CHAI hoặc UỐNG SỮA TỪ MẸ?

Em bé về nhà với mẹ từ bệnh viện? CÓ / KHÔNG Nếu không, xin giải thích tại sao: _____



NOELA Community Health Center-Pediatrics
 13085 Chef Menteur Hwy, New Orleans, LA 70129
 Phone (504) 255-8665 Fax (504) 254-6447

Tên Bệnh Nhân: _____ Ngày sinh: _____ Số Hồ Sơ: _____

Lịch Sử Của Bệnh Nhân

TỔNG THỂ			
Bệnh nhân có bệnh nghiêm trọng?	CÓ	KHÔNG	
Bệnh nhân có bị thương nào nghiêm trọng hoặc tai nạn?	CÓ	KHÔNG	
Bệnh nhân từng có giải phẫu?	CÓ	KHÔNG	
Bệnh nhân có bao giờ vào bệnh viện?	CÓ	KHÔNG	
Bệnh nhân có bị dị ứng với bất kỳ loại thuốc hay đồ ăn?	CÓ	KHÔNG	
SỰ PHÁT TRIỂN	CÓ	KHÔNG	
Bệnh nhân có vấn đề về phát triển thể chất?	CÓ	KHÔNG	
Bệnh nhân có vấn đề về phát triển tâm thần hoặc cảm xúc?	CÓ	KHÔNG	
Bệnh nhân có vấn đề với khoảng chú ý?	CÓ	KHÔNG	
NEU HIỆN TẠI BỆNH NHÂN ĐI HỌC	CÓ	KHÔNG	
Bệnh nhân có vấn đề về cư xử tại trường?	CÓ	KHÔNG	
Bệnh nhân có bị ở lại lớp tại trường?	CÓ	KHÔNG	
Bệnh nhân có vấn đề về học tập tại trường?	CÓ	KHÔNG	
Bệnh nhân trong các lớp học đặc biệt hoặc tài nguyên?	CÓ	KHÔNG	
LỊCH SỬ QUA (Bệnh nhân đã có, hoặc từng có?)	CÓ	KHÔNG	
Thủy đậu, sởi, quai bị và bệnh sởi Đức	CÓ	KHÔNG	
Thường xuyên nhiễm trùng tai	CÓ	KHÔNG	
Sự dị ứng mũi	CÓ	KHÔNG	
Vấn đề với mắt hoặc tầm nhìn (đeo kính hoặc kính áp tròng)	CÓ	KHÔNG	
Bệnh suyễn, viêm phế quản, viêm tiểu phế quản, hoặc viêm phổi	CÓ	KHÔNG	
Vấn đề về tim hoặc tiếng thổi tim	CÓ	KHÔNG	
Thiếu máu hoặc vấn đề chảy máu	CÓ	KHÔNG	
Truyền máu	CÓ	KHÔNG	
Thường xuyên đau bụng	CÓ	KHÔNG	
Bị bốn cần gặp bác sĩ	CÓ	KHÔNG	
Nhiễm trùng bàng quang hoặc thận	CÓ	KHÔNG	
Đái dầm (sau 5 tuổi)	CÓ	KHÔNG	
(CHO CON GÁI) Đã cô bắt đầu kinh nguyệt chưa?	CÓ	KHÔNG	
(CHO CON GÁI) Có vấn đề với kinh nguyệt không?	CÓ	KHÔNG	
Vấn đề về da (mụn, da khô, ngứa, viêm, etc.)	CÓ	KHÔNG	
Hay nhức đầu	CÓ	KHÔNG	
Co giật hoặc các vấn đề về thần kinh	CÓ	KHÔNG	
Bệnh tiểu đường	CÓ	KHÔNG	
Bướu cổ hoặc các vấn đề nội tiết	CÓ	KHÔNG	
Nói chậm, không rõ, hoặc các vấn đề khác về lời nói	CÓ	KHÔNG	
Vấn đề ăn uống	CÓ	KHÔNG	
Bệnh răng miệng hoặc sâu răng	CÓ	KHÔNG	
Vấn đề hoặc bệnh quan trọng khác?	CÓ	KHÔNG	



Community Health Center

NOELA Community Health Center-Pediatrics
13085 Chef Menteur Hwy, New Orleans, LA 70129
Phone (504) 255-8665 Fax (504) 254-6447

Tên Bệnh Nhân: _____ Ngày sinh: _____ Số Hồ Sơ: _____

Lịch Sử Gia Đình (Có ai trong gia đình đã từng có?)

Bệnh Đái tháo	CÓ	KHÔNG	
Sự dị ứng mũi	CÓ	KHÔNG	
Bệnh suyễn	CÓ	KHÔNG	
Ung thư	CÓ	KHÔNG	
Bệnh lao phổi	CÓ	KHÔNG	
Bệnh tim (trên 50 tuổi)	CÓ	KHÔNG	
Cao áp huyết (trên 50 tuổi)	CÓ	KHÔNG	
Cao máu mỡ	CÓ	KHÔNG	
Thiếu máu	CÓ	KHÔNG	
Sickle cell	CÓ	KHÔNG	
Vấn đề chảy máu	CÓ	KHÔNG	
Bệnh gan	CÓ	KHÔNG	
Bệnh thận	CÓ	KHÔNG	
Bệnh tiểu đường (trước 50 tuổi)	CÓ	KHÔNG	
Đái dầm (sau 10 tuổi)	CÓ	KHÔNG	
Bệnh động kinh hoặc co giật	CÓ	KHÔNG	
Nghiện rượu	CÓ	KHÔNG	
Bệnh tâm thần	CÓ	KHÔNG	
Bệnh phát triển chậm lại	CÓ	KHÔNG	
Vấn đề miễn dịch; HIV or bệnh Si đa	CÓ	KHÔNG	
Bệnh xanh mắt hoặc mù mắt	CÓ	KHÔNG	
Vấn đề hoặc bệnh quan trọng khác trong gia đình?	CÓ	KHÔNG	