

PATIENT REGISTRATION
Confidential - Được giữ kín

MEDICAL / MEDICARE INFORMATION

Name: _____ Sex: _____ Race: _____
Họ và tên First - Tên Middle - Tên lót Last - Họ Phái: Nam, Nữ Chủng Tộc

Birthday _____ Phone: _____
Ngày sinh

Address: _____ Zip Code: _____
Địa chỉ

Social Security#: _____ Medical / Care #: _____
Số an sinh xã hội

Marital Status: Single () Married () Other: () _____
Độc thân Có gia đình

Spouse's name: _____
Tên chồng hoặc vợ

If under 18: _____ Father name (Tên cha) _____
Nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi, xin điền thêm Mother name: (Tên Mẹ) _____

Referred by: _____ Phone: _____
Cơ quan hay người giới thiệu

Emergency contact: _____
Tên, điện thoại để liên lạc trong trường hợp khẩn cấp

INSURANCE INFORMATION

Nếu bệnh nhân hay thân nhân có bảo hiểm, xin điền thêm những chi tiết dưới đây

Insured's name: _____ DOB: _____ SS# _____
Tên người có bảo hiểm Ngày sinh Số an sinh xã hội

Employer: _____ Phone: _____
Tên hãng Điện thoại

Address: _____

Insurance Co: _____ Policy / Group: _____
Tên hãng bảo hiểm Số bảo hiểm

Authorization

I hereby authorize Dr. Nguyen / Dr. Fung to be my attending physician and to administer to me any examination treatment, and medications she/he deems therapeutic to my present complaint.
I hereby authorize Dr. Nguyen / Dr. Fung to furnish information to insurance carriers concerning this illness and I hereby irrevocably assign to the doctors all payments for medical services rendered.

Signature of Patient: _____ Date: _____
Chữ ký của bệnh nhân (hoặc người chịu trách nhiệm) Ngày

(If Minor) Patient's Mother: _____ Patient's Father: _____
(Nếu bệnh nhân là trẻ em) Chữ ký của mẹ Chữ ký của cha