

CHAU MEDICAL GROUP

ALL QUESTIONS CONTAINED IN THIS QUESTIONNAIRE ARE OPTIONAL AND WILL BE KEPT STRICTLY CONFIDENTIAL			
Tất cả những câu hỏi trong đơn này được bảo mật chặt chẽ và sẽ được lưu lại trong bệnh án của quý vị			
PATIENT INFOMATION/ Thông tin cá nhân			
Last name/ Họ	First name/ Tên	Middle/ Tên lót	Birth date: Ngày sinh
Email:		SSN: Số an sinh xã hội	
Address: Địa chỉ		Marital status: Tình trạng hôn nhân	
Occupation: Nghề nghiệp		Cell phone: Số di động	
Previous Primary Care Doctor & Phone number: Bác sĩ gia đình trước đây & Số điện thoại			
Specialists & Phone number / Bác sĩ chuyên khoa & Số điện thoại:			
PREFERRED PHARMACY / Nhà thuốc			
Name/ Tên:		Phone/ Số điện thoại:	
Address/ Địa chỉ:			
PREVENTATIVE HEALTH SCREENING			
Tầm soát bệnh			
Screening/ Tầm soát	Date/ Ngày	Screening/ Tầm soát	Date/ Ngày
Last colonoscopy/ Nội soi đại tràng		Last bone density/ DEXA/ Đo loãng xương	
Last mammogram/ Chụp X-quang vú		Last chest X-ray/ Chụp X-quang phổi	
Last PAP smear/ Khám phụ khoa		Last blood test-Lab/ Xét nghiệm máu	
EMERGENCY CONTACT / Liên lạc khẩn cấp			
Name of local friend or relative Tên của bạn/người thân sống gần nhà		Relationship to patient Quan hệ với bệnh nhân	Phone Số điện thoại
The above information is true to the best of my knowledge. I authorize my insurance benefits be paid directly to the physician. I understand that I am financially responsible for any balance. I also authorize Chau Medical Group or insurance company to release any information required to process my claims.			
Tôi cam đoan những thông tin ở trên là chính xác. Tôi cho phép công ty bảo hiểm của tôi thanh toán trực tiếp với văn phòng bác sĩ. Tôi sẽ chịu trách nhiệm thanh toán bất kì chi phí nào còn lại. Tôi cho phép Chau Medical Group (văn phòng bác sĩ Châu) hoặc công ty bảo hiểm cung cấp thông tin cá nhân cần thiết để thực hiện thanh toán.			
Patient / Guardian's Signature Ký tên		Date Ngày	

List your prescribed drugs and over-the-counter drugs, such as vitamins and inhalers <i>Liệt kê tất cả những thuốc đang dùng, kể cả vitamin và thuốc hít</i>							
Name of Drug / Tên thuốc		Dose / Liều dùng (mg)		Frequency / Sáng/tối		Reason / Nguyên nhân	
DIAGNOSED MEDICAL PROBLEMS / Những bệnh từng được chẩn đoán							
SURGERY <i>Phẫu thuật</i>		DATE <i>Ngày</i>		ALLERGY / Dị ứng			
				Substance or Medication <i>Tên chất hoặc tên thuốc</i>		Reactions <i>Phản ứng</i>	
FAMILY MEDICAL HISTORY/ Bệnh sử gia đình							
	AGE <i>Tuổi</i>	SIGNIFICANT HEALTH PROBLEMS <i>Những bệnh mạn tính</i>			AGE <i>Tuổi</i>	SIGNIFICANT HEALTH PROBLEMS <i>Những bệnh mạn tính</i>	
Father <i>Cha</i>				Grandfather Paternal <i>Ông nội</i>			
Mother <i>Mẹ</i>				Grandmother Paternal <i>Bà nội</i>			
Children <i>Con cái</i>				Grandfather Maternal <i>Ông ngoại</i>			
Siblings <i>Anh, chị, em</i>				Grandmother Maternal <i>Bà ngoại</i>			
SOCIAL HISTORY <i>Thói quen sinh hoạt</i>							
Do you drink alcohol? <i>Quý vị có uống rượu, bia không?</i>				Do you use tobacco? <i>Quý vị có hút thuốc không?</i>			
_____ Y _____ N				_____ Y _____ N			
If yes, what kind? <i>Loại nào?</i> _____				If yes, what kind? <i>Loại nào?</i> _____			
How many/week? <i>Bao nhiêu ly mỗi tuần?</i> _____				How many pack/day? <i>Bao nhiêu gói mỗi ngày?</i> _____			
Do you currently use recreational or street drugs?/ <i>Quý vị có đang sử dụng chất kích thích không?</i>							
Have you ever given yourself street drugs with a needle?/ <i>Quý vị có từng chích thuốc kích thích không?</i>							
Date of last menstrual period/ <i>Ngày hành kinh cuối cùng:</i>							



Son Chau, MD | Quynh-An Chau, MD | Huy Le, MD
Lamson Vo, DO | Sandy Do, APRN | Vinh Nguyen, PA

1287 North Semoran Blvd, Suite 200 | Orlando, FL 32807

Phone 407-273-9410 | Fax 407-658-7839

Date: _____

To: _____

Prior PCP: _____

Specialists: _____

I hereby authorize you to release all medical records to Chau Medical Group.

I understand that this consent is subject to revocation at any time except to the extent that action has been taken in reliance thereof, and in any event shall expire and become null and void 180 following its signing as indicated below. I further agree that a photocopy or facsimile copy of this authorization shall be effective as the original hereof.

Alcohol, drug, HIV, ARC and/or AIDS information, if present, will be disclosed from records whose confidentiality is protected by Federal Law, which prohibits any further disclosure or without specific written authorization of the undersigned, or as otherwise permitted by such regulations.

Requested records:

Labs, EKGs, Imaging, any Diagnostic testing from the PRIOR YEAR TO PRESENT DAY!

Physician's progress notes and Consultant notes from the PRIOR YEAR TO PRESENT DAY!

Print Name: _____

DOB: _____ Social Security Number: _____

Signature: _____

Witness: _____ Date: _____