

# CHÀO MỪNG QUÝ VỊ ĐẾN VỚI EXQUISITE EYE CARE

## THÔNG TIN DÀNH CHO BỆNH NHÂN

Cám ơn quý vị đã chọn y viện của chúng tôi để đáp ứng các nhu cầu về chăm sóc nhãn khoa của quý vị.

Xin hoàn tất mẫu điền này (3 trang) bằng mực. Nếu quý vị có thắc mắc hoặc vấn đề lo ngại, xin đừng ngần ngại hỏi chúng tôi. Chúng tôi sẽ sẵn sàng trợ giúp quý vị.

(XIN VUI LÒNG VIẾT BẰNG CHỮ IN)

Ngày \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_  
(Ông, Bà, Cô, Bác Sĩ) Tên Gọi Tên Đệm Tên Họ Bí Danh Số An Sinh Xã Hội

Địa Chỉ \_\_\_\_\_ Số Căn Hộ \_\_\_\_\_ Thành Phố \_\_\_\_\_

Tiểu Bang \_\_\_\_\_ Số Mã Vùng \_\_\_\_\_ Số Điện Thoại Nhà \_\_\_\_\_ Số Làm \_\_\_\_\_ Số Máy Phụ \_\_\_\_\_

Ngày Sinh \_\_\_\_\_ Tuổi \_\_\_\_\_ Giới Tính \_\_\_\_\_ Nghề Nghiệp \_\_\_\_\_  
(MM/DD/YYYY) (Nam/Nữ)

Hãng Sỡ/Trường Học \_\_\_\_\_ Các Sở Thích \_\_\_\_\_

Nguồn giới thiệu: Gia Đình  Bạn Bè  Bác Sĩ  Điện Thoại Các Trang Vàng  Quảng Cáo  Phiếu Giám Giá Khuyến Mại  Tới Mà Không Cần Hẹn Trước  Thư Thông Báo Thấu Hối Sản Phẩm  Báo Chí  Nguồn Khác \_\_\_\_\_

## BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM

Tên của Người Chịu Trách Nhiệm \_\_\_\_\_

Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân \_\_\_\_\_ Số Điện Thoại Liên Lạc \_\_\_\_\_

Địa Chỉ \_\_\_\_\_ Số Căn Hộ \_\_\_\_\_ Thành Phố \_\_\_\_\_

Tiểu Bang \_\_\_\_\_ Số Mã Vùng \_\_\_\_\_ Hãng Sỡ \_\_\_\_\_ Số Điện Thoại Làm \_\_\_\_\_ Số Máy Phụ \_\_\_\_\_

Số Bằng Lái Xe \_\_\_\_\_ Phương Thức Thanh Toán: Tiền Mặt  Ngân Phiếu  Visa  Mastercard  Discover

## THÔNG TIN VỀ BẢO HIỂM SỨC KHỎE VÀ THỊ LỰC

Tên của Bảo Hiểm \_\_\_\_\_ Theo Nhóm Số \_\_\_\_\_

Tên của Người Đưng Tên \_\_\_\_\_ Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân \_\_\_\_\_

Ngày Sinh \_\_\_\_\_ Số An Sinh Xã Hội/Số Hội Viên của người được bảo hiểm \_\_\_\_\_

## THÔNG TIN QUAN TRỌNG VỀ TIỂU SỬ SỨC KHỎE

Lý do khám ngày hôm nay \_\_\_\_\_ Ngày Khám lần trước \_\_\_\_\_

Tên của bác sĩ nhãn khoa đã khám trong lần trước \_\_\_\_\_

Xin Liệt Kê tất cả các cuộc giải phẫu \_\_\_\_\_

Xin liệt kê tất cả các thuốc bị dị ứng \_\_\_\_\_

Xin liệt kê tất cả các loại thuốc hiện đang sử dụng \_\_\_\_\_

Xin tiếp tục điền trang kế tiếp →

# Xem xét Các Triệu Chứng-Xin đánh dấu vào tất cả các phần thích hợp:

## MẮT

- Mù Lòa  Có  Không
- Suy giảm thị lực xa  Có  Không
- Suy giảm thị lực gần  Có  Không
- Song Thị  Có  Không
- Mắt Cườm  Có  Không
- Có  Không  Có  Không
- Những đốm lóe sáng hoặc nổi bập bênh  Có  Không
- Mắt Khô  Có  Không
- Mắt Ướt  Có  Không
- Mắt Đỏ  Có  Không
- Chảy Mủ  Có  Không
- Sốt hoặc ngứa ngứa  Có  Không
- Cảm rác dậm mắt  Có  Không
- Đau hoặc nhức  Có  Không
- Chói lóa/Nhạy cảm với ánh sáng  Có  Không
- Viêm Nhiễm Mắt mãn tính  Có  Không
- Mắt Lé  Có  Không
- Mắt Mệt Mỏi  Có  Không
- Mắt Có Quầng  Có  Không
- Trị Liệu về Thị Lực  Có  Không
- Giải phẫu mắt  Có  Không
- Bong võng mạc  Có  Không
- Tăng Nhãn Áp  Có  Không

## Tiểu Sử Sức Khỏe Cá Nhân

- Các Bệnh Dị Ứng
- Bệnh Sốt Mùa Hè  Có  Không
- Dị Ứng Thuốc Men  Có  Không
- Bệnh Tim Mạch
- Đau Tim  Có  Không
- Huyết Áp Cao  Có  Không
- Không
- Bệnh về Tim Mạch  Có  Không
- Mũi, Miệng, Họng
- Bệnh Xoang  Có  Không
- Ho mãn tính  Có  Không
- Khô Họng/Miệng  Có  Không
- Viêm Tai Mãn Tính  Có  Không
- Tuyến Nội Tiết
- Luôn thấy khát  Có  Không
- Đi Tiểu Thường Xuyên  Có  Không
- Bệnh Tiểu Đường  Có  Không
- Các Bệnh về Tuyến Giáp  Có  Không
- Đường Tiêu Hóa
- Tiêu Chảy  Có  Không
- Táo Bón  Có  Không
- Lờ Loét  Có  Không
- Hệ Sinh Dục và Tiết Niệu
- Bộ Phận Sinh Dục  Có  Không

## Tiểu Sử Sức Khỏe Cá Nhân

- Máu huyết
- Bệnh Thiếu Máu  Có  Không
- Các vấn đề về chảy máu  Có  Không
- Da
- Da  Có  Không
- Hệ Cơ Xương  Có  Không
- Cơ Xương
- Bệnh Viêm Khớp  Có  Không
- Bệnh Thấp Khớp  Có  Không
- Đau Cơ  Có  Không
- Thần Kinh
- Đau Đầu  Có  Không
- Đau Đầu Nửa Đầu  Có  Không
- Tai Biến Mạch Máu Não  Có  Không
- Tâm Thần
- Các Bệnh Rối Loạn Thần Kinh
- Trầm Cảm  Có  Không
- Hành Vi Ép Buộc  Có  Không
- Hô Hấp
- Bệnh Suyễn  Có  Không
- Thở Dốc  Có  Không
- Khí Thũng  Có  Không
- Ung Thư Phổi  Có  Không
- Các Triệu Chứng Cơ Thể
- Sốt  Có  Không
- Giảm cân  Có  Không

Gia đình quý vị có ai đã từng mắc các bệnh sau đây không?

- Mắt Cườm  Tuyến Giáp  Viêm Khớp  Mù Lòa  Mắt Lé  Huyết Áp Cao  Tăng Nhãn Áp  Tim  Tiểu Đường

**Xin đánh dấu vào bất kỳ ô nào sau đây áp dụng cho trường hợp của quý vị:**

- Thường Xuyên Bị Đau Đầu  Các Bệnh Dị Ứng  Mang Thai  Bệnh về Xoang  Dị ứng với thuốc  Sinh con trong 6 tháng vừa qua

Quý vị hiện có đeo kính mắt không?  Có  Không Quý vị có làm việc với máy điện toán hoặc máy video không?  Có  Không Nếu có, bao nhiêu giờ?

**Khi nào quý vị đeo kính?**

- Luôn luôn  Đọc sách/Gần nơi làm việc  An Toàn Trong Công Việc  chỉ đeo khi làm những công việc có khoảng cách xa  Làm việc với máy điện toán
- Thời điểm khác (xin giải thích) \_\_\_\_\_

**Quý vị có đeo kính áp tròng không?**  Có  Không Quý vị có muốn đeo kính áp tròng không?  Có  Không

Nếu có, nhãn hiệu nào \_\_\_\_\_ hoặc  Không biết chắc

Nếu có, kiểu nào (đánh dấu vào tất cả các ô áp dụng)  Mềm  Permeable Khí (RGP)  Thông thường  Đeo lâu hơn  Không biết chắc

Hai tròng  Loại dùng một lần  Toric  Trong suốt  Có màu

### GIÃN ĐỒNG TỬ/CHỤP HÌNH MẮT

Giãn đồng tử hiện được coi là thủ thuật y khoa thông thường trong buổi khám mắt toàn diện. Các giọt nước làm giãn đồng tử sẽ làm giãn nở kích thước của đồng tử (điểm đen ở giữa con mắt) và để bác sĩ có thể khám vùng võng mạc kỹ hơn (phía sau của mắt). Thủ thuật làm giãn đồng tử giúp phát hiện chứng tăng nhãn áp, bệnh đục thủy tinh thể, các thay đổi về võng mạc do bệnh tiểu đường và huyết áp cao, lỗ trong võng mạc, rách và bong cũng như một số dạng khối u. Các phản ứng phụ là nhạy cảm với ánh sáng và khó tập trung khi nhìn gần. Mặc dù phản ứng phụ này kéo dài khoảng từ 3 tới 5 giờ, quý vị sẽ có thể lái xe về nhà. Nếu quý vị không muốn bị phản ứng phụ thì có thể chụp hình mắt. Chi phí để mà chụp hình mắt là \$30.00.

- Giãn Đồng Tử:  Có  Không  Bàn thảo với bác sĩ
- Chụp Hình Mắt  Có  Không  Bàn thảo với bác sĩ

### KIỂM TRA TRƯỜNG NHÌN (Các Vùng Thị Lực)

Một cuộc kiểm tra được thực hiện để phát hiện bất kỳ dạng suy giảm vùng thị giác (ngoại vi) nào. Các bất thường về vùng thị giác có thể xảy ra do bệnh tật hoặc các chứng rối loạn của mắt, thần kinh mắt hoặc não. Một số căn bệnh có thể bao gồm tăng nhãn áp, tiểu đường, suy thoái điểm đen, các dị tật về võng mạc, hoa mắt, các rối loạn về màu và một số dạng khối u. Chi phí cho một buổi khám kiểm tra Ngoại Vi là \$30.00.

Khám Kiểm Tra Ngoại Vi:  Có  Không  Bàn thảo với Bác Sĩ

**Chụp Hình Mắt và Khám Kiểm Tra Trường Nhìn Trọn Gói:**

**\$50**  Có  Không  
(Tiết Kiệm \$10)

# Exquisite Eye Care

## XÁC NHẬN ĐƯỢC THÔNG BÁO

Tôi xác nhận rằng tôi đã nhận được một bản sao của Thông Báo về Cách Thức Bảo Vệ Sự Riêng Tư của Exquisite Eye Care.

Tên của Bệnh Nhân \_\_\_\_\_

Chữ Ký \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Tôi xác nhận rằng tôi có các lựa chọn về phương thức liên lạc với Exquisite Eye Care, các bác sĩ và nhân viên của y viện:

Tôi đồng ý cho phép các bác sĩ và nhân viên của Exquisite Eye Care để lại tin nhắn trên máy trả lời điện thoại của tôi, dịch vụ trả lời điện thoại hoặc với một người nào tại nhà hoặc nơi làm việc của tôi, khi xác định tin nhắn đó là của Exquisite Eye Care. Tôi hiểu rằng tin nhắn này sẽ không bao gồm các thông tin y tế.

**Xin khoanh tròn một trong các phần sau đây:**

**Có, tôi đồng ý**

**Không, tôi không đồng ý**

Tôi đồng ý cho phép Exquisite Eye Care gửi cho tôi các tài liệu tiếp thị/thông tin y tế về các dịch vụ đưng, hoặc phương tiện liên lạc qua mạng điện tử, trong đó có thể có ghi tên tôi và tên của Exquisite Eye Care và/hoặc bác sĩ nhãn khoa hoặc chuyên gia đo kính

**Xin khoanh tròn một trong các phần sau đây:**

**Có, tôi đồng ý**

**Không, tôi không đồng ý**

**Chuyên Nhượng và Tiết Lộ/Các Dịch Vụ và Tài Liệu Được Cung Cấp:** Theo đây, tôi cho phép trả thẳng các quyền lợi bảo hiểm của tôi cho bác sĩ và tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm trả tiền cho các dịch vụ không được bao trả. Tôi cho phép bác sĩ tiết lộ thông tin được yêu cầu để xử lý yêu cầu hoàn trả bảo hiểm này. Tôi cũng xác nhận rằng nếu tôi không sử dụng các quyền lợi bảo hiểm, tôi sẽ phải trả toàn bộ chi phí vào thời điểm nhận dịch vụ và/hoặc tài liệu.

Chữ ký của người trách nhiệm: \_\_\_\_\_