

New Patient Information

လူနာသစ်၏အကြောင်းအရာ

ANDREW NAING, M.D.

Personal Information ( Please Print ) ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအကြောင်းအရာ(ကျေးဇူးပြု၍စာလုံးတလုံးချင်းရေးပါ။)

PATIENT'S NAME ( ) M / ( ) F DOB: / /
လူနာ၏အမည် Last မျိုးနွယ်အမည် First ပထမအမည် MI လယ်အမည် ကျား မ မွေးနေ့ mm လ dd ရက် yy ခုနှစ်
Address: လိပ်စာ Street လမ်း City မြို့ State ပြည်နယ် Zip စာပို့သင်္ကေတ

SSN: အလုပ်သမားကဒ်နံပါတ် Phone ဖုံး: Home အိမ် ( ) Work အလုပ် ( )

Complete If Under 18 Years Or A Student: အသက်(၁၈)နှစ်အောက်(သို့)ကျောင်းသားဖြစ်လျှင်ဖြည့်စွက်ရန်
Father's ( Guardian's ) Name: ဖခင်(သို့)အုပ်ထိန်းသူ၏အမည် SSN အလုပ်သမားကဒ်နံပါတ်
Mother's ( Guardian's ) Name: မိခင်(သို့)အုပ်ထိန်းသူ၏အမည် SSN အလုပ်သမားကဒ်နံပါတ်
Parent/Guardian's Address: ( If different from patient's ) Phone: ( )
မိဘ/အုပ်ထိန်းသူလိပ်စာ(လူနာလိပ်စာနဲ့မတူခဲ့လျှင်) ဖုံး

Insurance Information အာမခံကုမ္ပဏီအကြောင်းအရာ
Does the patient's insurance company also cover other family members? လူနာ၏အာမခံကုမ္ပဏီသည်မိသားစုအတွက်အကျိုးဝင်ပါသလား?
( ) Yes ( ) No If yes, please name the main policyholder for the family ( if different from the patient )
ရသည်။ မရပါ။ အကယ်၍အကျိုးဝင်လျှင်အဓိကပေါ်လစီကိုင်ထားသူ၏အမည်ရေးရန် ( လူနာ၏အာမခံကုမ္ပဏီနှင့်မတူလျှင် )

Main Policyholder's Name ( ) M / ( ) F DOB: / /
အဓိကပေါ်လစီကိုင်သူ၏အမည် Last မျိုးနွယ်အမည် First ပထမအမည် MI လယ်အမည် ကျား မ မွေးနေ့ mm လ dd ရက် yy ခုနှစ်
Main Policyholder's Relationship to Patient ( ) Self ကိုယ်တိုင် ( ) Spouse ယောက်ျား/မိန်းမ ( ) Parent/Guardian မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ
အဓိကပေါ်လစီကိုင်ထားသူနှင့်လူနာတော်စပ်ပုံ ( ) Other အခြား

Primary Insurance Co. Main Policy holder's SSN
အဓိကအာမခံကုမ္ပဏီ အဓိကပေါ်လစီကိုင်ထားသူ၏အလုပ်သမားကဒ်နံပါတ်
Plan Name ID # Group #
အာမခံကုမ္ပဏီ၏အမည် အိုင်ဒီနံပါတ် အုပ်စုနံပါတ်

Secondary Insurance Co. and Address
ဒုတိယအာမခံကုမ္ပဏီအမည်နှင့်လိပ်စာ
Plan Name ID # Group #
အာမခံကုမ္ပဏီ၏အမည် အိုင်ဒီနံပါတ် အုပ်စုနံပါတ်
Main Policyholder's Occupation အဓိကပေါ်လစီကိုင်သူအလုပ်အကိုင် Employer အလုပ်ရှင်
Employer's Address အလုပ်ရှင်လိပ်စာ

Is the patient personally responsible for the payments of his/her fees? လူနာကိုယ်တိုင်သူ၏ကုန်ကျငွေကိုတာဝန်ယူပါသလား?
( ) Yes တာဝန်ယူသည် ( ) No မယူပါ If not, who is? မယူလျှင်မည်သူကတာဝန်ယူမလဲ?
Name Relationship DOB: / /
အမည် တော်စပ်ပုံ တော်စပ်ပုံ မွေးနေ့ mm လ dd ရက် yy ခုနှစ်
Address လိပ်စာ Phone ဖုံး: ( )
Primary Care Doctor's Name မိသားစုဆရာဝန်အမည် Phone ဖုံး: ( )
Address လိပ်စာ

Referral မိတ်ဆက်လွှဲပြောင်းစာ
Who were you referred by? ( ) Friend/Relative သူငယ်ချင်း/ဆွေမျိုး Name အမည်
သင့်ကိုမိတ်ဆက်ပေးသူ ( ) Primary Care Doctor မိသားစုဆရာဝန် ( ) Yellow Pages အဝါရောင်လမ်းညွှန်စာအုပ် ( ) Seminar အဖွဲ့ငယ်
( ) Newspaper သတင်းစာ ( ) Internet အင်တာနက် ( ) Other အခြား

Who Should We Contact in Emergencies? အရေးပေါ်အခြေအနေအတွက်ကျွန်တော်တို့ဆက်သွယ်ရမည့်သူ
Name and Address အမည်နှင့်လိပ်စာ
Relationship ဆွေမျိုးတော်စပ်ပုံ Phone ဖုံး: ( )

I here by authorize direct payment of medical benefits to Dr. Andrew Naing for services rendered by him in person or under his supervision. I understand that I am financially responsible for any balance if my insurance is invalid.
ဤနေရာတွင် Dr Andrew Naing (သို့) သူ့ကြီးကြပ်မှုအောက်တွင်ရှိသောဝန်ဆောင်မှုနှင့်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအကျိုးခံစားမှုအတွက်တိုက်ရိုက်ငွေပေးခြေမှုကိုကျွန်တော်သည် Dr Andrew Naing သို့ခွင့်ပြုပါသည်။ ကျွန်တော်၏အာမခံကုမ္ပဏီသည်တရားမဝင်ဖြစ်ခဲ့လျှင်ကျွန်တော်သည်ငွေရေးကြေးရေးကိုအပြီးချေရန်တာဝန်ရှိသူဖြစ်သည်ကိုနားလည်ပါသည်။

Print Name အမည်ဖြည့်စွဲရေးရန် Relationship to Patient တော်စပ်ပုံ

( Parent or Guardian if patient is minor ) လူနာသည်အသက်မပြည့်သူဖြစ်လျှင်မိဘ(သို့)အုပ်ထိန်းသူ

Signature လက်မှတ် Date နေ့စွဲ