

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 ဖျိုးနွယ်အမည် 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 ဖျိုးနွယ်အမည် 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 သို့ပို့ပေးပါသည်။ ကျွန်တော်၏အာမခံကုမ္ပဏီသည်တရားမဝင်ဖြစ်ခဲ့လျှင်ကျွန်တော်သည်ငွေရေးကြေးရေးကိုအပြီးချေရန်တာဝန်ရှိသူဖြစ်သည်ကိုနားလည်ပါသည်။

Print Name အမည်ဖြည့်စွဲရေးရန် Relationship to Patient တော်စပ်ပုံ
(Parent or Guardian if patient is minor) လူနာသည်အသက်မပြည့်သူဖြစ်လျှင်မိဘ(သို့)အုပ်ထိန်းသူ
Signature လက်မှတ် Date နေ့စွဲ