

**New Patient Information Thông Tin Bệnh Nhân Mới****ANDREW NAING, M.D.**

Patient's Name: \_\_\_\_\_ ( ) M / ( ) F DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Tên Bệnh Nhân Last Họ First Tên MI Tên Đệm Nam Nữ Ngày Sinh: mmTháng dd Ngày yyNăm  
 Address : \_\_\_\_\_  
 Địa Chỉ Street Đường City Thành Phố State Tiểu Bang Zip Số Vùng  
 SSN: Mã Công Nhân \_\_\_\_\_ Phone Điện Thoại Home Nhà (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell Di Động (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Complete If under 18 Years Or A Student: Nếu bạn dưới 18 tuổi hoặc đang là học sinh hãy điền các thông tin sau**

Father's (Guardian's) Name: Tên Cha (Người Giám Hộ) \_\_\_\_\_ SSN: Mã công nhân \_\_\_\_\_  
 Mother's (Guardian's) Name: Tên Mẹ (Người Giám Hộ) \_\_\_\_\_ SSN: Mã công nhân \_\_\_\_\_  
 Parent/Guardian's Address: (If different from patient's) \_\_\_\_\_ Phone Điện thoại (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Địa Chỉ của Cha Mẹ/Người Giám Hộ (nếu khác với bệnh nhân) \_\_\_\_\_

**Insurance Information Thông Tin Bảo Hiểm**

Does the patient's insurance company also cover other family members? *Bảo hiểm của bệnh nhân có áp dụng cho các thành viên khác trong gia đình không?*  
 ( ) Yes ( ) No If yes, please name the main policyholder for the family (if different from the patient).  
 Có Không Nếu có, hãy liệt kê tên chủ bảo hiểm của gia đình (nếu khác với bệnh nhân).

Main Policyholder's Name: \_\_\_\_\_ ( ) M / ( ) F DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Họ Tên Chủ Bảo Hiểm Last Họ First Tên M Tên Đệm Nam Nữ Ngày Sinh mmTháng dd Ngày yyNăm  
 Main Policyholder's Relationship to Patient ( ) Self Bản thân ( ) Spouse Vợ / Chồng ( ) Parent/Guardian Cha Mẹ/Người Giám Hộ  
 Mối Quan Hệ Chủ Bảo Hiểm Với Bệnh Nhân ( ) Other Khác \_\_\_\_\_  
 Primary Insurance Co. \_\_\_\_\_ Main Policyholder's SSN: \_\_\_\_\_  
 Bảo Hiểm Chính Mã Công Nhân Chủ Bảo Hiểm  
 Plan Name \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Group # \_\_\_\_\_  
 Tên Kế Hoạch Số Thẻ Bảo Hiểm Số Nhóm

Secondary Insurance Co. and Address \_\_\_\_\_  
 Tên Công Ty Bảo Hiểm Thứ Cấp và Địa Chỉ  
 Plan Name \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Group # \_\_\_\_\_  
 Tên Kế Hoạch Số Thẻ Bảo Hiểm Số Nhóm  
 Main Policyholder's Occupation Nghề Nghiệp Chủ Bảo Hiểm \_\_\_\_\_ Employer Nhà Tuyển Dụng \_\_\_\_\_

Employer's Address Địa Chỉ Nhà Tuyển Dụng \_\_\_\_\_  
 Is **the patient** personally responsible for the payments of his/her fees? *Bệnh nhân có chịu trách nhiệm riêng về việc trả chi phí y tế của mình không?*  
 ( ) Yes Có ( ) No Không If not, who is? *Nếu không, ai?*  
 Name Họ Tên \_\_\_\_\_ Relationship Mối Quan Hệ \_\_\_\_\_ DOB Ngày Sinh \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 mmTháng dd Ngày yyNăm

Address Địa Chỉ \_\_\_\_\_

Primary Care Doctor's Name Tên Bác Sĩ Gia Đình \_\_\_\_\_ Phone Điện Thoại (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Address Địa Chỉ \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Referral Giới Thiệu**

Who were you referred by? ( ) Friend/Relative Bạn/ Người Thân Name Tên \_\_\_\_\_  
 Người giới thiệu? ( ) Primary Care Doctor Bác Sĩ Gia Đình ( ) Yellow Pages Trang Vàng ( ) Seminar Hội Thảo  
 ( ) Newspaper Báo ( ) Internet ( ) Other Khác \_\_\_\_\_

**Who Should We Contact In Emergencies? Người Liên Lạc Khẩn Cấp**

Name and Address Tên và Địa Chỉ \_\_\_\_\_  
 Relationship Mối Quan Hệ \_\_\_\_\_ Phone Điện Thoại (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

*I hereby 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.*

*Tôi đồng ý công ty bảo hiểm của tôi phải trả chi phí y tế cho dịch vụ do Bác sĩ Andrew Naing cung cấp. Nếu bảo hiểm sức khỏe của tôi không hợp lệ tôi sẵn sàng lo việc hoàn trả tất cả các khoản chi phí.*

Print Name Họ Tên In \_\_\_\_\_ Relationship to Patient Mối Quan Hệ \_\_\_\_\_  
 (Parent or Guardian if patient is minor) Cha Mẹ hoặc Người Giám Hộ nếu bệnh nhân vị thành niên

Signature Ký Tên \_\_\_\_\_ Date Ngày \_\_\_\_\_