

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 _____