

**Patient Medical History**  
**Hồ Sơ Bệnh Án Bệnh Nhân**

Mnam / Fnữ

PATIENT'S NAME *Họ và tên*                      DOB *Ngày sinh*                      SEX *Giới tính*    TODAY'S DATE *Hôm nay ngày*

Thank you for choosing our office for your eyecare. To better serve you, please answer the following questions:  
*Cảm ơn bạn đã lựa chọn văn phòng chúng tôi để chăm sóc mắt của bạn. Hãy trả lời các câu hỏi sau đây để chúng tôi có thể phục vụ bạn tốt hơn :*

1. Do you wear eyeglasses?                      ( )Yes ( )No                      2. Do you wear contact lenses?                      ( )Yes ( ) No  
*Bạn có đeo kính không?                      có                      không                      Bạn có đeo kính áp tròng không?                      có                      không*

3. Do you have problems reading?                      ( )Yes ( )No  
*Bạn có gặp khó khăn khi đọc sách?                      có                      không*

4. Are you currently experiencing any eye symptoms? Please circle all that apply:  
*Hãy khoanh tròn tất cả những triệu chứng hiện tại liên quan đến mắt bạn:*

Eye Pain    Blurred Vision    Eyelid Crusting    Flashes of Light    Halos    Tearing    Difficulty reading at near distance  
*Đau mắt    Mắt mờ    Mí mắt đóng vẩy    tia chớp    vòng sáng    chảy nước mắt    khó đọc ở khoảng cách gần*

Discharge    Light sensitivity    Double Vision    Black spots    Itching    Burning    Difficulty reading at far distance  
*Mắt ghèn    Nhạy sáng    Song thị    Đốm Đen    Ngứa    rát    khó đọc ở khoảng cách xa*

**Medical Condition and History (Check all that apply) *Tình trạng sức khỏe và bệnh sử (Đánh dấu phần liên quan)***

1. Have you ever been treated for any medical conditions (e.g. diabetes, high blood pressure, asthma, high cholesterol, etc.)? *Bạn đã từng bị hoặc đang điều trị cho bất kỳ loại bệnh nào ?(Ví dụ: tiểu đường, cao huyết áp, hen suyễn, cholesterol cao v...v...)*

( )Yes                      ( )No                      If yes, please list \_\_\_\_\_  
*có                      không                      Nếu có, hãy liệt kê*

2. Have you ever had any eye disease ( e.g. glaucoma, cataract, wandering or lazy eye, retinal detachment, etc.)? *Bạn đã từng bị bệnh mắt ? (Ví dụ: bệnh tăng nhãn áp, đục thủy tinh thể, mắt yếu, bong võng mạc v...v...)*

( )Yes                      ( )No                      If yes, please list \_\_\_\_\_  
*có                      không                      Nếu có, hãy liệt kê*

3. Have you ever had any surgery, including the eye? *Bạn đã từng thực hiện bất kỳ phẫu thuật nào hay không? Bao gồm cả mắt.*

( )Yes                      ( )No                      If yes, please list \_\_\_\_\_  
*có                      không                      Nếu có, hãy liệt kê*

4. Do you take any medications, including eye medications? *Bạn có uống thuốc gì không? kể cả thuốc về mắt.*

( )Yes                      ( )No                      If yes, please list \_\_\_\_\_  
*có                      không                      Nếu có, hãy liệt kê*

5. Do you have any drug or food allergies? *Bạn có bị dị ứng với thuốc hoặc thực phẩm ?*

( )Yes                      ( )No                      If yes, please list \_\_\_\_\_  
*có                      không                      Nếu có, hãy liệt kê*

**Review of Systems *Kiểm tra sức khỏe tổng quát***

Do you currently have any of the following problems?  
*Hiện tại bạn có bất kỳ vấn đề sau đây không?*

**Yes                      No                      If yes, please explain:**  
**có                      không                      Nếu có, xin giải thích:**

Chronic fever, unexpected weight loss/gain, fatigue                      ( )                      ( ) \_\_\_\_\_  
*Sốt kéo dài, giảm/ tăng cân bất thường, mệt mỏi*

Ear/nose/throat problems *Tai/ mũi/ họng có vấn đề*                      ( )                      ( ) \_\_\_\_\_

	<b>Yes có</b>	<b>No không</b>	<b>If yes, please explain: Nếu có, xin giải thích:</b>
Heart problems <i>Vấn đề về tim mạch</i>	( )	( )	_____
Respiratory problems <i>Hô hấp có vấn đề</i>	( )	( )	_____
Gastrointestinal problems <i>Hệ tiêu hóa có vấn đề</i>	( )	( )	_____
Urinary problems <i>Hệ tiết niệu có vấn đề</i>	( )	( )	_____
Skin problems <i>Da có vấn đề</i>	( )	( )	_____
Musculoskeletal <i>Cơ xương có vấn đề</i>	( )	( )	_____
Neurologic problems <i>Hệ thần kinh có vấn đề</i>	( )	( )	_____
Psychiatric problems <i>Vấn đề về tâm thần</i>	( )	( )	_____

**Family and Social History *Bệnh sử gia đình và thói quen giao tiếp***

Do any medical or eye diseases run in your family ( e.g. diabetes, high blood pressure, cancer, glaucoma, macular degeneration)? *Thành viên gia đình bạn có tiền sử bệnh hoặc tiền sử bệnh về mắt? (Ví dụ: bệnh tiểu đường, cao huyết áp, ung thư, bệnh tăng nhãn áp, thoái hóa hoàng điểm mắt)*

( )Yes      ( )No      If yes, please explain \_\_\_\_\_  
 có            không      Nếu có, xin giải thích

Do you smoke? If yes, how much? \_\_\_\_\_ Drink alcohol? If yes, how much? \_\_\_\_\_  
*Bạn có hút thuốc không? Nếu có, bao nhiêu?            Bạn có uống rượu không? Nếu có, bao nhiêu?*

If employed, how many hours per week do you work? *Nếu có việc làm, làm bao nhiêu giờ mỗi tuần?* \_\_\_\_\_

**HIPPA Acknowledgement**  
***Thông báo bảo mật thông tin y tế***

I acknowledge that I have been provided with a copy of the privacy notice for Dr. Andrew Naing's practice and acknowledge that the privacy notice is displayed in the waiting area for my review. The HIPPA Officer for this practice is Dr. Andrew Naing.

*Tôi xác nhận đã nhận được thông báo về bảo mật thông tin bệnh nhân từ bác sĩ Andrew Naing và xác nhận rằng thông báo bảo mật này được dán trên tường phòng chờ bệnh để cho chúng tôi đọc. Cán bộ thực hành HIPAA của bảo mật thông tin bệnh nhân chính là bác sĩ Andrew Naing.*

**Print Name *Họ Tên In*** \_\_\_\_\_ **Relationship to Patient *Mối quan hệ với bệnh nhân*** \_\_\_\_\_  
**(Parent or Guardian if patient is minor)(*cha mẹ hoặc người giám hộ nếu bệnh nhân vị thành niên*)**

**Signature *chữ ký*** \_\_\_\_\_ **Date *ngày tháng*** \_\_\_\_\_

**Reviewed by physician:** \_\_\_\_\_