



Sandeep S. Dang, M.D.
Philip S. Yang, M.D.
Son T. Dinh, M.D.
Essam Mostafa, M.D.

Tel: (714) 751-0995
Fax: (714) 751-5606
www.orangecountykidney.com

Những Điều Cần Nhớ Cho Bệnh Nhân Mới (New Patient Checklist)

*Xin quý vị nhớ mang theo những giấy tờ sau đây khi đến văn phòng chúng tôi:
(Please bring the following with you on your scheduled appointment)*

Thẻ Bảo Hiểm _____
Your insurance ID card

Những thuốc hay toa thuốc quý vị đang dùng (nếu có) _____
(Medications or a list of your medications (if any))

Những kết quả thử nghiệm (như: CT Scans, Thử Máu, Siêu Âm, v.v.. (nếu có)) _____
Any test results such as: CT Scans, blood test, ultrasounds, etc. (if any)

Giấy tờ bệnh nhân mới (bao gồm: Hồ Sơ Cá Nhân, HIPAA, & Chính Sách Văn Phòng)
New patient packet (includes Patient Information, HIPAA, & Office Policy)

Nếu quý vị có thắc mắc, xin đừng ngần ngại gọi cho văn phòng tại những địa điểm dưới đây từ Thứ Hai đến Thứ Sáu 8:00am-5:00pm.
(If you have any questions, feel free to call us Monday-Friday from 8:00am-5:00pm)

Xin Cảm Ơn! Chúng Tôi Mong Đợi Gặp Gỡ Quý Vị Tại Văn Phòng
Thank you! We look forward to seeing you at our office!

17150 Euclid St., Ste. 200
Fountain Valley, CA 92708

19582 Beach Blvd., Ste. 314
Huntington Beach, CA 92648

320 Superior Ave., Ste. 350
Newport Beach, CA 92663

15825 Laguna Canyon Rd., Ste. 202
Irvine, CA 92618

1211 W La Palma., Ste. 707
Anaheim, CA 92801

5742 Beach Blvd., Ste. A
Buena Park, CA 90621

12666 Brookhurst St., Ste. 130
Garden Grove, CA 92840

Ngày Hẹn: _____ / _____ / 2017
(Appointment Date)

Vào Lúc: _____ AM / PM
(Time)



Sandeep S. Dang, M.D.
Philip S. Yang, M.D.
Son T. Dinh, M.D.
Essam Mostafa, M.D.

Tel: (714) 751-0995
Fax: (714) 751-5606
www.orangecountykidney.com

HỒ SƠ BỆNH NHÂN

Lý Lịch Bệnh Nhân: (Patient Information)

Tên Họ: _____ Tên Gọi: _____ Tên Đệm: _____
(Last Name) (First Name) (Middle Name)
Phái Tính: _____ Ngày sinh: _____ Tuổi: _____ Số An Ninh: _____
(Sex) (Male) (Female) (Birthdate) (Age) (Social Security Number)
Địa chỉ: _____
(Address)
Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Số Vùng: _____
(City) (State) (Zip Code)
Số Điện Thoại: Nhà: _____ Cầm Tay: _____ Sở Làm: _____
(Phone Number) (Home) (Cell Phone) (Work)
Điện Thư (Email Address): _____ @ _____ .COM

Trường Hợp Liên Lạc Khẩn Cấp: (Emergency Contact Information)

Tên Họ: _____ Tên Gọi: _____ Liên hệ: _____
(Last Name) (First Name) (Relationship)
Số Điện Thoại Liên Lạc: 1- _____ 2- _____
(Contact Phone Number)

Tên Người Giới Thiệu:

(Name of Person Referral)

Tên Bác Sĩ Gia Đình và Số Phone Văn Phòng:

(Name of Primary Physician and Phone Number)

Chi Tiết Bảo Hiểm (Văn Phòng cần một bản sao của thẻ bảo hiểm)

(Insurance Information) (Office needs a copy of Insurance Cards)

Tên Công Ty Bảo Hiểm Sức Khỏe: _____
(Name of insurance Company)

Người Đứng Tên Bảo Hiểm (Xin Biên Giống Như Tên Hiện Trên Thẻ): _____
(Primary Insured Name) (Please print Exactly on The Insurance Card)

Số Hôi Viên Bảo Hiểm: _____ Số Tổ Hợp: _____
(Insured ID Number) (Group Number)

Social Information

Sắc Tộc: _____ Ngôn Ngữ: _____ Chủng Tộc: _____
(Ethnicity) (Preferred Language) (Race)

Bệnh Nhân Cho Phép Chúng Tôi Được Đưa Ra Chi Tiết Về Bệnh Lý : Bệnh Nhân đồng ý cho văn phòng chúng tôi được đưa ra hoặc xử dụng những thông tin về tình trạng bệnh lý, cách chữa trị, tiền chi phí chữa trị, bảo hiểm chi trả.

(Authorization to release information: I hereby consent to releasing information for the purpose of treatment, payment, or health care operations.)

Trách Nhiệm của Bệnh Nhân: Bệnh nhân đồng ý tất cả những chi phí của công ty bảo hiểm sẽ được trả thẳng cho văn phòng Bác Sĩ chúng tôi

(Assignment of benefits: I hereby authorize my insurance benefit to be paid directly to my physician.)

Bệnh Nhân Đồng Ý Cho Cách Chữa Trị: Bệnh nhân sẽ đồng ý tất cả những phương cách chữa trị của văn phòng Bác Sĩ chúng tôi/hoặc các nhân viên phụ tá nếu cần tùy thuộc vào sự quyết định của các Bác Sĩ trong văn phòng.

(Consent for treatment: I hereby consent to necessary examination procedures and/or treatment by my physician, his/her assistants, designees as is necessary in his/her judgment.)

Chữ Ký Bệnh Nhân: _____
(Patient Signature)

Ngày Ký Tên: _____ / _____ / _____
(Date) (MM / DD / YY)

Xin Biên Tên Bằng Chữ In: _____
(Print Your Name)

OFFICE FINANCIAL POLICY

Orange County Kidney sẽ cam kết cung cấp sự phục vụ tốt nhất và chu đáo nhất về vấn đề chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân. Đảm bảo bệnh nhân chúng tôi thông hiểu quy trình thanh toán chi phí, xin bệnh nhân đọc những chính sách tài chính dưới đây của văn phòng chúng tôi:

HỦY BỎ HỢP ĐỒNG CHỮA TRỊ: (CANCELLATIONS)

Bệnh nhân được quyền hủy bỏ hợp đồng chữa trị trong vòng 24 tiếng trước khi ngày hẹn. Quý vị sẽ phải trả \$15.00 đồng nếu không gọi cho văn phòng thông báo hủy bỏ cuộc hẹn trước 24 tiếng. Số tiền cước phí này sẽ không được công ty bảo hiểm của quý vị hoàn lại.

TỪ CHỐI CHI PHÍ SAU KHI CHỮA TRỊ: (DENIED CLAIMS)

Nhân viên thanh toán chi phí của văn phòng sẽ không liên quan đến vấn đề tranh chấp giữa bệnh nhân và công ty bảo hiểm của quý vị về những chi phí và sự phối hợp vấn đề lợi ích, điều kiện hiện tại và tồn tại về trước hoặc bất kỳ vấn đề nào khác. Nên quý vị sẽ hoàn toàn chịu trách nhiệm về tất cả những chi phí nếu công ty bảo hiểm của quý vị từ chối chi trả, và xin quý vị thanh toán chi phí ngay tại văn phòng chúng tôi.

SỰ PHỐI HỢP CỦA CÔNG TY BẢO HIỂM: (INSURANCE PARTICIPATION)

Chúng tôi cố gắng phối hợp với tất cả những công ty bảo hiểm nếu được. Tuy vậy bệnh nhân sẽ chịu trách nhiệm đảm bảo với văn phòng Bác Sĩ chúng tôi là quý vị đã tham gia vào bảo hiểm của quý vị. Tất cả bệnh nhân được chữa trị nhưng không tham gia vào những bác sĩ thuộc tổ hợp chúng tôi sẽ chịu trách nhiệm về chi phí khấu trừ hay chi phí áp đặt bởi công ty bảo hiểm của quý vị.

HỒ SƠ BỆNH LÝ VÀ QUANG TUYẾN: (MEDICAL RECORDS AND X-RAYS)

Chúng tôi sẽ tính lệ phí khi quý vị cần bản sao về hồ sơ bệnh lý hay (hoặc) hồ sơ về quang tuyến. Quý vị có thể hỏi các nhân viên văn phòng về những lệ phí liên quan đến bản sao thuộc về hồ sơ quý vị.

CÁC LỆ PHÍ KHÁC: (MISCELLANEOUS CHARGES)

Tất cả những chi phiếu bị trả lại từ nhà bank quý vị sẽ bị phạt thêm \$25.00 đồng trên tổng số tiền quý vị đã trả. Văn phòng chúng tôi sẽ tính lệ phí sau khi các Bác Sĩ đã hoàn tất khám bệnh và ký tên trên giấy tờ chăm sóc, tất cả các lệ phí khác nhau tùy thuộc vào việc khám bệnh.

TRÁCH NHIỆM CỦA BỆNH NHÂN: (PATIENT RESPONSIBILITY)

Không có trường hợp ngoại lệ, bệnh nhân hoàn toàn chịu trách nhiệm về những chi phí khám bệnh và khoảng tiền hàng bảo hiểm không trả sau khi việc khám bệnh đã hoàn tất. Nếu quý vị không thể trả được những chi phí khám bệnh trên văn phòng chúng tôi được quyền thay đổi lại ngày và giờ hẹn. Tất cả những hoá đơn chi phí phụ trội thanh toán về việc khám bệnh, chi phí khấu trừ và (hoặc) của quý vị sẽ được gửi đến quý vị dựa trên công ty hãng bảo hiểm của quý vị. Công ty bảo hiểm của quý vị sẽ cung cấp quý vị sự giải thích về những lợi ích cần thiết về việc cần khám bệnh của quý vị. Tất cả những bệnh nhân không có bảo hiểm phải trả đủ chi phí trước khi được khám bệnh. Cuối cùng là phần trách nhiệm của quý vị phải thông báo cho văn phòng chúng tôi biết nếu có những thay đổi về bảo hiểm mới và những chi phí chi trả thay đổi của công ty bảo hiểm.

GIỚI THIỆU: (REFERRALS)

Tất cả bệnh nhân cần giới thiệu đến Bác Sĩ chuyên môn hay phòng thí nghiệm sẽ được giới thiệu tùy theo sự đồng ý của công ty bảo hiểm của quý vị. Tất cả bệnh nhân được giới thiệu đến văn phòng Bác Sĩ chúng tôi phải cầm theo giấy giới thiệu từ văn phòng Bác Sĩ gia đình của chính mình hoặc giấy giới thiệu từ hãng bảo hiểm của quý vị. Xin liên lạc với hãng bảo hiểm của mình để biết thêm chi tiết nếu cần. Mỗi văn phòng Bác Sĩ chuyên môn hay phòng thí nghiệm có mỗi thủ tục và cách thức tính chi phí khác nhau, nên quý vị cần liên lạc với văn phòng riêng biệt để biết thêm chi tiết.

HOÀN TRẢ TIỀN CHI PHÍ THẶNG DƯ: (REFUNDS)

Tất cả tiền chi phí thặng dư (nếu có) sẽ được xử lý hoàn trả lại trong vòng 6 đến 8 tuần sau khi số tiền được phát hiện và kiểm chứng trong ngân khoản của quý vị hay nếu quý vị yêu cầu hoàn trả. Bệnh nhân có bảo hiểm nhưng chỉ được bảo hiểm trả từng phần chi phí khám bệnh, hay được bảo hiểm trả đầy đủ, sẽ được hoàn trả lại sau khi văn phòng chúng tôi kiểm chứng.

Bằng cách ký vào mẫu đơn này, Tôi đồng ý chính sách đã được đưa ra bởi văn phòng *Orange County Kidney*

Tên Bệnh Nhân (Viết Bằng Chữ In) (Patient Name)

Chữ Ký Bệnh Nhân (Signature)

Ngày (Date)

ỦY QUYỀN ĐƯỢC XỬ DỤNG / CÔNG BỐ THÔNG TIN Y TẾ
(AUTHORIZATION FOR USE/DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION)

Tên Bệnh Nhân: _____ Date of Birth: _____
Patient Name *First (Tên)* *Middle (Tên Đệm)* *Last (Họ)* *Ngày Sinh*

Ủy Quyền Được Xử Dụng/Công Bố Về Thông Tin Y Tế: Tôi tự nguyện ủy quyền và cho phép văn phòng Orange County Kidney, tại địa điểm 17150 Euclid St, Ste 200, Fountain Valley, CA 92708, được quyền tiết lộ tình trạng sức khỏe của tôi trong kỳ hạn cho phép người nhận có tên dưới đây:

Người Nhận Hồ Sơ: (Recipient of Records) _____
Địa Chỉ Hồ Sơ Cần Gửi Đến: (Address for Delivery of Records) _____

Thông tin được tiết lộ: Giấy ủy quyền này cho phép người có tên người nêu trên được tiết lộ các hồ sơ y tế như sau:

- Tất cả những tin tức chi tiết liên quan đến tình trạng sức khỏe của tôi mà văn phòng đang lưu giữ, luôn cả những hồ sơ củ liên quan đến tôi, từ tâm thần hay tình trạng thể chất và tất cả những phương cách điều trị mà tôi nhận được, bao gồm nhưng không giới hạn tất cả như: ảnh quang tuyến, tình trạng nhiễm HIV hay AIDS, xét nghiệm di truyền, bệnh tâm lý và những thông tin về sức khỏe tâm thần, nghiện thuốc, nghiện rượu, hay những loại nghiện ngập khác, thông tin về chi phí thanh toán phải trả, thư tín, và tất cả các hồ sơ khác từ nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe khác của tôi có thể gửi. *(All of my health information that the provider has in his or her possession)*
- Tất cả những tin tức chi tiết liên quan đến tình trạng sức khỏe của tôi đã đề ra nêu trên **ngoại trừ** những chi tiết sau đây: *(All except:)*

Chỉ các hồ sơ hoặc các loại thông tin sức khỏe sau đây: (chỉ định kèm ngày điều trị, loại điều trị hoặc chỉ định khác)
(Only the following records or types of health information: (Insert dates of treatment, types of treatment or other designation.)

Tôi không chấp nhận cho phép đưa ra bất cứ thông tin gì về tình trạng sức khỏe của tôi cho bất kỳ người nào, bất cứ lúc nào. *(NONE)*

Kỳ Hạn: Giấy ủy quyền này sẽ có hiệu lực trong vòng một (1) năm kể từ ngày giấy ủy quyền này được ký kết. *(Term)*

Tái Tiết Lộ: Tôi hiểu rằng một khi trung tâm cung cấp dịch vụ chăm sóc của tôi tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi cho người xác định nêu tên ở trên, thì trung tâm cung cấp dịch vụ chăm sóc sẽ không bảo đảm rằng người nhận sẽ không đưa ra những tin tức này đến người thứ ba biết. Và người thứ ba này có thể không cần phải tuân theo những luật lệ qui định như giấy ủy quyền đã ký này hoặc áp dụng luật phát của liên bang hay tiểu bang qui định về việc sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi. *(Redisclosure)*

Quyền Từ Chối Ký Tên/Quyền Thu Hồi: Tôi hiểu rằng tôi có thể được quyền từ chối ký tên hoặc được quyền thu hồi (bất cứ lúc nào) giấy ủy quyền này vì bất cứ lý do gì, hay được tiếp tục hoặc về chất lượng điều trị của tôi bằng cách cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi. *(Refusal to sign/right to revoke)*

Thu Hồi: Tôi biết rằng sự cho phép sẽ vẫn có hiệu lực cho đến khi thời hạn ủy quyền này sẽ hết hạn hoặc cho đến khi tôi thông báo một văn bản thu hồi tới nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại địa chỉ văn phòng. Việc thu hồi này sẽ có hiệu lực ngay lập tức sau khi văn phòng nhận được thông báo bằng văn bản của tôi, ngoại trừ việc thu hồi sẽ không có bất kỳ tác dụng trên bất cứ hành động của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi trong sự phụ thuộc vào giấy ủy quyền này trước khi văn phòng nhận được văn bản của tôi về việc thu hồi. *(Revocation)*

Câu Hỏi: Tôi có thể liên lạc đến số điện thoại văn phòng của trung tâm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để trả lời cho bất kỳ những câu hỏi riêng tư về tình trạng sức khỏe của tôi. Và tôi cũng biết rằng tôi được quyền xin bản sao của giấy ủy quyền này tại trung tâm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. *(Questions)*

Bản Sao Chép Lại: Máy sao chép bản quyền, máy chuyển điện thư hoặc máy sao chép bằng điện toán của giấy ủy quyền sẽ được coi như là có hiệu lực và giá trị như bản gốc. *(Photocopy)*

Chữ Ký Bệnh Nhân (*Signature*)

Viết Tên Bằng Chữ In (*Printed Name*)

Ngày Ký Tên (*Date*)

Chữ Ký Người Nhân Chứng (*Signature*)

Viết Tên Bằng Chữ In (*Printed Name*)

Ngày Ký Tên (*Date*)

Nếu Bệnh Nhân không thể ký tên được cho giấy ủy quyền này, xin người đại diện điền vào những phần dưới đây:
(If Individual is unable to sign this Authorization, please complete the information below)

Chữ Ký Người Đại Diện
(*Signature of Personal Representative*)

Tên Người Đại Diện
(*Name of Representative*)

Liên Hệ Chính Thức
(*Legal Relationship*)

Chữ Ký Của Người Nhân Chứng (*Signature of Witness*)

Tên Người Nhân Chứng (*Name of Witness*)

Ngày Ký Tên (*Date*)