



Today's Date: _____

PATIENT INFORMATION				
Last Name (Tên họ):		First Name (Tên riêng):		M.I.:
Date of Birth (Ngày sinh):	Social Security # (Số xã hội):	Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Marital Status (Tình trạng hôn nhân):	
Mailing Address (Địa chỉ nhà):				Apt #:
City (Thành phố):		State:	Zip Code (Số vùng):	
Home Phone (Điện thoại nhà):		Cell Phone (Điện thoại di động):	Work Phone (Điện thoại làm việc):	
Preferred Method for Reminder Calls: <input type="checkbox"/> Voice <input type="checkbox"/> Text If Voice, Select Preferred Number: <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work				
E-Mail Address:			Register for patient portal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Race: <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> White/Caucasian <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Other Race <input type="checkbox"/> Decline				
Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Decline			Preferred Language (Ngôn ngữ ưa thích):	
Employment Status: <input type="checkbox"/> Employed (làm việc) <input type="checkbox"/> Unemployed (không việc làm) <input type="checkbox"/> Self Employed (tự làm chủ) <input type="checkbox"/> Student (học sinh) <input type="checkbox"/> Retired (đã nghỉ hưu)				
Employer Name(Tên nhà tuyển dụng):			Employer Phone (Điện thoại):	
Emergency Contact Name (Tên liên lạc khẩn cấp):			Emergency Contact Phone (Điện thoại):	
Relationship to Patient (mối quan hệ với bệnh nhân):				
INSURANCE INFORMATION (Thông tin bảo hiểm)				
Primary Insurance			Secondary Insurance	
Ins. Co. Name:			Ins. Co. Name:	
ID #:			ID #:	
Group #:			Group #:	
Policy Holder Name:			Policy Holder Name:	
Policy Holder DOB:			Policy Holder DOB:	
Policy Holder Social Security #:			Policy Holder Social Security #:	
Relationship to Policy Holder:			Relationship to Policy Holder:	
Patient Signature (Chữ ký bệnh nhân)				
The above information is true to the best of my knowledge. I authorize my insurance benefits be paid directly to the physician. I understand that I am financially responsible for any balance. I also authorize Apex Cardiology of Houston, PLLC or insurance company to release any information required to process my claims.				
(Các thông tin trên là đúng với sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi ủy quyền lợi ích bảo hiểm của tôi được trả trực tiếp cho bác sĩ. Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm về tài chính cho bất kỳ số dư nào. Tôi cũng ủy quyền cho Apex Cardiology của Houston, PLLC hoặc công ty bảo hiểm tiết lộ bất kỳ thông tin nào cần thiết để xử lý khiếu nại của tôi.)				
Patient Printed Name (Tên bệnh nhân in):				Date:
Patient Signature (Chữ ký bệnh nhân):				



Past Medical History (Lịch sử bệnh tình)

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Bệnh tiểu đường) [1 or 2] | <input type="checkbox"/> Heart Problems (Vấn đề tim mạch) | <input type="checkbox"/> Crohn's Disease (Bệnh Crohn) |
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure (Huyết áp cao) | <input type="checkbox"/> Heart Murmur (Hở van tim) | <input type="checkbox"/> Colitis (Viêm đại tràng) |
| <input type="checkbox"/> High Cholesterol (Cholesterol cao) | <input type="checkbox"/> Pneumonia (Viêm phổi) | <input type="checkbox"/> Anemia (Thiếu máu) |
| <input type="checkbox"/> Hypothyroidism (Suy giáp tuyến) | <input type="checkbox"/> Pulmonary Embolism (Thuyên tắc phổi) | <input type="checkbox"/> Jaundice (Vàng da) |
| <input type="checkbox"/> Goiter (Bướu cổ) | <input type="checkbox"/> Asthma (Suyễn) | <input type="checkbox"/> Hepatitis (Viêm gan) [A – B – C] |
| <input type="checkbox"/> HIV/Aids | <input type="checkbox"/> Emphysema (Khí phế thũng) | <input type="checkbox"/> Cataracts (Đục thủy tinh thể) |
| <input type="checkbox"/> Leukemia (Bệnh bạch cầu) | <input type="checkbox"/> Stroke (Tai biến) | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever (Thấp khớp) |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis (Bệnh vẩy nến) | <input type="checkbox"/> Epilepsy Động kinh (Seizures - co giật) | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (Bệnh lao) |
| <input type="checkbox"/> Angina (Đau thắt ngực) | <input type="checkbox"/> Stomach/Peptic Ulcer (Loét dạ dày hoặc dạ dày) | |
| <input type="checkbox"/> Cancer (Ung thư): _____ | <input type="checkbox"/> Other (please list): _____ | |
| <input type="checkbox"/> Obstructive Sleep Apnea – OSA - Khó thở khi ngủ <input type="checkbox"/> CPAP - Điều trị áp lực đường thở dương liên tục | | |

Surgical History (Lịch sử phẫu thuật)

Date(Tháng/Năm)	Name of Surgery (Tên của phẫu thuật)

Hospitalizations (Nhập viện)

Date(Tháng/Năm)	Reason for Hospitalization (Lý do nhập viện)

Family History (Lịch sử Gia đình)

Family (Gia đình)	Diabetes (Bệnh tiểu đường)	Hypertension (Huyết áp cao)	Heart Disease (Bệnh tim)	Stroke (Tai biến)	Cancer (Ung thư)	Mental Disorder (Rối loạn tâm thần)	Unknown
Father							
Mother							
Sibling							
Sibling							
Child							
Child							

Social History (Lịch sử xã hội)

Tobacco Use(Sử dụng thuốc lá):

- Current Smoker (Hút thuốc hiện tại)
 Former Smoker (Từng hút thuốc trước kia)
 Non-Smoker (không hút thuốc)
 Uses tobacco in other forms
- How many cigarettes a day (Hút thuốc lá vào một ngày)?
- 5 or less
 6-10
 11-20
 21-30
 31 or more

Drugs/Alcohol(Thuốc / Rượu):

- Have you used drugs other than those for medical reasons in the past 12 months? yes no
(Bạn đã sử dụng các loại thuốc không hợp pháp trong 12 tháng qua?)
- Do you drink alcohol (Có uống rượu không)? yes no

Caffeine Use (Sử dụng caffein):

- How many cups of coffee do you drink in a day(Uống bao nhiêu ly cà phê trong một ngày)?
- không uống cà phê
 1-2 ly
 2-3 ly
 3-4 ly
 hơn 4 ly



Physician Information (Thông tin bác sĩ)

Primary Care Physician (Bác sĩ gia đình)		Phone # (Điện thoại):
Referring Physician (Bác sĩ giới thiệu)		Phone # (Điện thoại):

Review of Systems (Đánh giá hệ thống)

[Chọn CÓ(YES) hoặc KHÔNG (NO)]

	YES	NO	CARDIAC(Tim)	YES	NO
GENERAL (Giáo trưởng)			CARDIAC (Tim)		
Significant weight loss (Giảm cân đáng kể)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest pain(Đau ngực/tức ngực)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Significant weight gain (Tăng cân đáng kể)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest pressure(Áp lực ngực)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EAR, NOSE, THROAT (Tai, Mũi, Họng)	YES	NO	Shortness of breath(Khó thở)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excessive snoring (Ngáy quá mức)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulty breathing while laying flat (Khó thở khi nằm thẳng)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESPIRATORY (Hô hấp)	YES	NO	Awakening with breathing difficulty (Thức dậy với khó thở)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coughing up blood (Ho ra máu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Swelling in feet/ankles (Sưng ở bàn chân / mắt cá chân)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GASTROINTESTINAL (Tiêu hóa)	YES	NO	Palpitations (Đánh trống ngực)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blood in stools (black stools) (Máu trong phân)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nearly passing out spells(Gần như bỏ bùa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GENITOURINARY (Bộ phận sinh dục)	YES	NO	Passing out spells(Vượt qua phép thuật)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blood in urine(Máu trong nước tiểu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Any other reason why you need to see a cardiologist		
VASCULAR (Mạch máu)	YES	NO	(Bất kỳ lý do nào khác tại sao bạn cần gặp bác sĩ tim mạch)?		
Calf pain with walking(Đau bắp chân khi đi bộ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Varicose veins (Suy tĩnh mạch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Restless leg syndrome (Hội chứng chân không yên)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
MUSCULOSKELETAL (Cơ xương khớp)	YES	NO	_____		
Muscle pain at rest(Đau cơ khi nghỉ ngơi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
NEUROLOGICAL (Thần kinh)	YES	NO	_____		
Dizziness(Chóng mặt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
PSYCHIATRIC (Tâm thần)	YES	NO	_____		
Excessive stress(Căng thẳng quá mức)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
ENDOCRINE (Nội tiết)	YES	NO	_____		
Feel cooler than others (Cảm thấy mát mẻ hơn những người khác)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
HEMATOLOGICAL (Huyết học)	YES	NO	_____		
Unusual Bleeding(Chảy máu bất thường)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		



Vu Hoang, M.D.
 Don Pham, M.D.
 11914 Astoria Blvd. Suite 410
 Houston, TX 77089
 P. 281-922-9239
 F. 855-518-5437

GENERAL CONSENT FOR CARE AND TREATMENT

(Sự đồng ý chung cho việc chăm sóc và điều trị)

You have the right, as a patient, to be informed about your condition and the recommended surgical, medical or diagnostic procedure to be used so that you may make the decision whether or not to undergo any suggested treatment or procedure after knowing the risks and hazards involved. At this point in your care, no specific treatment plan has been recommended. This consent form is simply an effort to obtain your permission to perform the evaluation necessary to identify the appropriate treatment and/or procedure for any identified condition(s).

This consent provides us with your permission to perform reasonable and necessary medical examinations, testing and treatment. By signing below, you are indicating that you intend that this consent is continuing in nature even after a specific diagnosis has been made and treatment recommended; and (2) you consent to treatment at this office or any other satellite office under common ownership. The consent will remain fully effective until it is revoked in writing. You have the right at any time to discontinue services.

You have the right to discuss the treatment plan with your physician about the purpose, potential risks and benefits of any test ordered for you. If you have any concerns regarding any test or treatment recommend by your health care provider, we encourage you to ask questions.

I voluntarily request a physician, and/or other health care providers or the designees as deemed necessary, of APEX CARDIOLOGY OF HOUSTON, PLLC to perform reasonable and necessary medical examination, testing and treatment for the condition which has brought me to seek care at this practice. I understand that if additional testing, invasive or interventional procedures are recommended, I will be asked to read and sign additional consent forms prior to the test(s) or procedure(s). I certify that I have read and fully understand the above statements and consent fully and voluntarily to its contents.

MEDICAL POWER OF ATTORNEY

(Giấy ủy quyền y tế)

Do you have a Medical Power of Attorney Representative? Yes No

Name: _____ Phone: _____

RELEASE OF INFORMATION

(Phát hành thông tin)

I authorize Apex Cardiology of Houston, PLLC to release my medical and/or billing information to the individual(s) listed below:

Name (Tên)	Relationship (Mối quan hệ với bệnh nhân)	Phone Number: (Điện thoại)

- I understand I have the right to revoke this authorization at any time and that I have the right to inspect or copy the protected health information to be disclosed.
- I understand that information disclosed to any above recipient is no longer protected by federal or state law and may be subject to re-disclosure by the above recipient.
- You have the right to revoke this consent in writing.

Patient Printed Name (Tên bệnh nhân in): _____ **Date:** _____

Patient Signature (Chữ ký bệnh nhân): _____