

Thông Tin Bệnh Nhân

Họ	Tên	Số An Sinh Xã Hội	Ngày Tháng Năm Sinh	Tuổi	Giới tính
Địa Chỉ		Thành Phố	Tiểu Bang	Zip	
Số Điện Thoại Di Động		Số Điện Thoại Nhà	Số Điện Thoại Công Sở		
Email:					
Tình Trạng Hôn Nhân: Độc thân / đã kết hôn/ ly dị /chung sống			Số Năm Bên Nhau		
Tên của vợ/ chồng: Họ Tên			Anh chị/ cô chú có mấy người con?		

Người phụ trách tài chính hoạt bảo hiểm (nếu không phải bản thân bệnh nhân):

Họ	Tên	Số An Sinh Xã Hội	Ngày Tháng Năm Sinh	Tuổi	Giới tính
Địa Chỉ		Thành Phố	Tiểu Bang	Zip	
Số Điện Thoại Di Động		Số Điện Thoại Nhà	Số Điện Thoại Công Sở		

Thông Tin Liên Lạc Khẩn Cấp: Văn phòng có thể liên lạc với ai khi có việc khẩn cấp mà không liên lạc được với quý vị

Họ Tên	Quan hệ	Số điện thoại chính	Số điện thoại khác
Văn phòng có được liên lạc với người này cho việc không khẩn cấp không? (Yes/No)			

Thông Tin Bảo Hiểm

Bảo Hiểm Chính	Số ID Bảo Hiểm Chính	Co-Pay
Bảo Hiểm Phụ	Số ID Bảo Hiểm Phụ	Co-Pay

Hãy cho biết thêm các thông tin sức khỏe khác

Patient Release

Tôi xác nhận rằng các thông tin tôi cung cấp là chính xác.

Tôi cho phép văn phòng xử dụng và tiết lộ với công ty bảo hiểm(bao gồm Medicare) về thông tin sức khỏe cần thiết của tôi với mục đích gửi hóa đơn thu tiền đến công ty bảo hiểm cho việc điều trị sức khỏe tâm lý và tâm thần.

Tôi chấp nhận là văn phòng có thể thu thêm lệ phí khi tôi hủy cuộc hẹn dưới 24 tiếng đồng hồ trước ngày và giờ hẹn của tôi

Chữ ký bệnh nhân hoặc người giám hộ	Ghi Tên Họ	Ngày
-------------------------------------	------------	------

Tony A Pham, MD, Ph.D. (713) 376-3459

Tony A. Pham, M.D., P.A.

Psychopharmacology & Psychotherapy
1315 St. Joseph Parkway, Suite 1307
Houston, TX 77002
Ph (713) 376-3459, Fax (713) 655-0506
mail@tonyphammd.com



Year 2017 Deductible

Most insurance policies have deductible amounts that must be paid first before the insurance policy would start to pay. We have no way of knowing whether your deductible amounts have been met for this year.

As a courtesy, we will only charge you your regular copay, but ask that you give us your credit card information. We will bill any applicable amounts not covered by insurance to your credit card when we receive your insurance explanation of benefits.

Patient name _____
Card type (Visa, mastercard, etc) _____
Card # _____
Expiration date: _____

I agree to pay any applicable amounts.

_____ (signature)

Date: _____

Tony A. Pham, M.D., P.A.

Psychopharmacology & Psychotherapy
1315 St. Joseph Parkway, Suite 1307
Houston, TX 77002
Ph (713) 376-3459, Fax (713) 655-0506
mail@tonyphammd.com



Consent for Release of Protected Health Information

(Entire Medical Records)

I request my records (including mental health) from (below) be released to Dr. Pham

_____, _____
(Physician, Hospital or Institution) (Address/Phone)

Names of people Dr.Pham/office can disclose information to:

_____, _____
(Individuals or Institutions) (Address/Phone)

I, _____, DOB _____
consent to release of the protected health information that is required to carry out
treatment, payment and healthcare operation on my behalf.

I have read the Notice of Privacy Practices (on office wall, or request copy from front
desk) and am aware of the following:

- I have the right to place restrictions on the way my protected health information is used or disclosed.
- I understand that Dr. Pham is not required to agree with my requested restrictions. I also understand that once Dr. Pham agrees to my restrictions, I must comply with those.
- I have the right to revoke my consent for the use and disclosure of my protected health information at anytime. I understand that, if I choose to revoke my consent, I must submit a written statement that is signed by me.
- I understand that Dr. Pham must immediately comply with my request to revoke consent, except to the extent that some action has already been taken that was based on my original consent.
- Dr. Pham has reserved the right to change our privacy practices at anytime without notification.

Note: Only the patient or parent/guardian may request a release of medical information. Picture ID may be required.

Print Patient's Name

Date of Birth

Signature of Patient/Guardian

Date

Họ Tên _____

Ngày _____

Trắc Nghiệm về sức khỏe tâm thần

1. Xin cho biết vì lý do nào mà *cô/chú/em* được giới thiệu đến văn phòng của chúng tôi

2. *Cô/chú/em* có bao giờ phải nhập viện vì những vấn đề sức khỏe tâm thần Không? **Có / Không** (xin khoanh tròn)

Nếu có, xin hãy cho biết ngày tháng gần đây nhất

3. Hiện giờ hoặc trong quá khứ, *cô/chú/em* có bao giờ sử dụng những chất sau đây:

Rượu	Có / Không
Hút thuốc lá	Có / Không
Ma Túy	Có / Không
Cần sa	Có / Không
Heroin	Có / Không
Chất kích thích	Có / Không
Những chất khác	Có / Không

4. *Anh/ chị/ em* sinh ra ở...?

5. Hiện tại nghề nghiệp của *Anh/ chị/ em* là gì?

6. Tôn giáo của *Anh/ chị/ em* là gì?

7. Hiện tại, *cô/chú/em* đang ở... (khoanh tròn)

Nhà chăm sóc / ở với bà con / ở nhà hoặc apartment / nhà điều dưỡng / không có chỗ ở ổn định

8. *Cô/chú/em* có con cái không? **Có / Không**. Nếu có, mấy người con?

9. Cho biết trình độ học vấn của *cô/chú/em*: (khoanh tròn)

Trung học / đã tốt nghiệp trung học / đại học / tốt nghiệp đại học / cao học

10. *Cô/ chú/ em* có bao giờ vướng vào vấn đề pháp lý hoặc bị bắt giữ? **Có / Không**

11. *Cô/ chú/ em* có những vấn đề sức khỏe sau đây không? (khoanh tròn)

Tiểu đường / tăng huyết áp / bệnh tim / siêu vi viêm gan / thận yếu / cholesterol cao

Xin cho biết những vấn đề sức khỏe khác:

12. *Cô/ chú/ em* có bị dị ứng thuốc không? Nếu có, loại thuốc nào?

13. Xin cho biết những tên thuốc mà *cô/ chú/ em* hiện giờ đang uống

Họ Tên: _____ Ngày: _____

1. Trong 1 tháng qua, cô/chú/em có thường bị những vấn đề sau đây không?

	Tuyệt đối không có	Khoảng độ vài ngày	Trên nửa số ngày	Gần như mỗi ngày
a. Không có hứng thú hay không muốn làm các công việc	0	1	2	3
b. Cảm thấy chán nản, suy sụp, tinh thần, hay thất vọng.	0	1	2	3
c. Không bắt đầu ngủ, khi ngủ thì khó thức, hay ngủ quá nhiều	0	1	2	3
d. Cảm thấy mệt mỏi hay không có nghị lực	0	1	2	3
e. Ăn rất ít hay ăn quá độ	0	1	2	3
f. Cảm thấy bản thân mình khổ sở - hay chính mình thất bại, hay gây thất bại cho gia đình	0	1	2	3
g. Khó chăm chú vào các việc như đọc báo hay xem tivi.	0	1	2	3
h. Cử động hay nói rất chậm mà người khác có thể nhận ra. Hoặc trái lại – rất bất ổn, bồn chồn một cách khác thường.	0	1	2	3
i. Nghĩ rằng nếu chết thì tốt hơn hay tìm các đề tự tử.	0	1	2	3
Add columns:	_____+ _____+ _____			
Total (sum of above) =				

	Tuyệt đối không có	Khoảng độ vài ngày	Trên nửa số ngày	Gần như mỗi ngày
a. Tâm trạng sợ xệt, lo lắng				
b. Bật bội/tắt giận				
c. Áo thanh/nghe thấy những tiếng/giọng nói không có thật				
d. Không hoặc khó tập trung được				
e. Hay quên				
f. Cô/chú/em từng có uống rượu không?				
g. Cô/chú/em từng có dùng cần sa (marijuana) không?				
h. Cô/chú/em từng hút thuốc lá không?				
i. Cô/chú/em từng dùng thuốc nghiện không hợp pháp không? (xin liệt kê dưới đây)				

Patient Name: _____DOB: _____

General Health Questionnaire

Have you suffered from any of the following within the past month? (Please circle all that apply):

Constitutional: fever / night sweats / weight gain / weight loss

Head: blurred vision / fainting / head trauma / headache / seizures

Eyes: diminished vision in (both eyes / right eye / left eye) / double vision / eye pain / infection / itching / visual blurring

Ears/Nose/Throat: dizziness / dryness of mouth / frequent sore throats / hearing difficulties / hearing loss / hoarseness / infected gums / runny nose / loss of smell / nasal obstruction / ringing in the ears / sinus infection / sore throat

Respiratory: chills / cough / difficulty breathing / exertional dyspnea / fever / hemoptysis / non-exertional dyspnea / pleuritic pain / rib pain / shortness of breath

Cardiovascular: chest pain / dizziness / lightheadedness / palpitations / tachycardia

Gastrointestinal: abdominal pain / bloating / constipation / diarrhea / dyspepsia / fatty food intolerance / heartburn / nausea / vomiting

Genitourinary: abnormal menses / blood in urine / cysts / difficulty voiding / dysuria / foamy urine / frequency / hematuria / hesitancy / incontinence / painful urination / urinary tract infection

Musculoskeletal: arthritis / back pain / decreased range of motion / joint pain / joint swelling

Skin: dry skin / hair loss / jaundice / rashes / discoloration

Neurological: dizziness / headaches / loss of consciousness / memory loss / migraines / motor disorder / neuropathy / numbness / recent seizure / stroke / weakness

Endocrine: changes in hair texture / cold sensation / excessive sweat / excessive thirst / goiter

Hematologic: anemia / bleeding disorder / bruising / leukemia / night sweats

Allergy and Immunology: hives / seasonal allergies

Patient/Guardian Signature: _____Date: _____

Name _____

Date _____

Family History

The U.S. Government has mandated that detailed family history be recorded in your chart. Please help us to do this by providing information below.

1. Did your family have any of the following illnesses?

- a. Mother: Age ____ Living Deceased
(If deceased, provide age and year of death → age ____ / year ____)
→ Circle the following that applies: none/depression/schizophrenia/bipolar disorder/anxiety/dementia/ heart disease/cancer, which? _____)
hypertension/diabetes/ asthma/alcohol addition/drug addiction
- b. Father: Age ____ Living Deceased
(If deceased, provide age and year of death → age ____ / year ____)
→ Circle the following that applies: none/depression/schizophrenia/bipolar disorder/anxiety/dementia/ heart disease/cancer, which? _____)
hypertension/diabetes/ asthma/alcohol addition/drug addiction
- c. Circle one → Brother/Sister: Age ____ Living Deceased
(If deceased, provide age and year of death → age ____ / year ____)
→ Circle the following that applies: none/depression/schizophrenia/bipolar disorder/anxiety/dementia/ heart disease/cancer, which? _____)
hypertension/diabetes/ asthma/alcohol addition/drug addiction
- d. Circle one → Brother/Sister: Age ____ Living Deceased
(If deceased, provide age and year of death → age ____ / year ____)
→ Circle the following that applies: none/depression/schizophrenia/bipolar disorder/anxiety/dementia/ heart disease/cancer, which? _____)
hypertension/diabetes/ asthma/alcohol addition/drug addiction

2. Any other relevant family history? (Grandmother maternal, grandfather maternal, grandmother paternal, grandfather paternal etc.) Please make note below.

PharmacyForm

Your Information

First Name _____

Last Name _____

Pharmacy Information

Pharmacy name: _____

Phone: _____

Fax: _____

Street Address _____

City/State/Zip _____

Primary Doctor Info:

Name: _____

Phone: _____