

## PATIENT INFORMATION

Name: Last \_\_\_\_\_ First \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  Male  Female  
*Họ Tên Tuổi Ngày sinh Nam Nữ*

Address: \_\_\_\_\_  Other: \_\_\_\_\_  
*Địa chỉ*

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_ Home Number: \_\_\_\_\_  
*Thành phố Tiểu bang Số vùng Điện thoại nhà*

E-mail Address: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_  
*Địa chỉ Điện thư Điện thoại cầm tay*

Occupation: \_\_\_\_\_  I authorize permission to receive text messages  
*Việc làm Có thể nhận tin nhắn được*

Is this your first visit?  Yes  No How did you hear about us? \_\_\_\_\_  
*Có phải lần đầu tiên đến đây? Có Không Do đâu quý vị biết phòng mạch này?*

Reason for seeking vision care:  Glasses  Contacts  Lasik Consultation  Eye Problem: \_\_\_\_\_  
*Lý do quý vị đến đây hôm nay Kính Kính sát tròng Tư vấn Lasik Bệnh mắt*

## INSURANCE INFORMATION

Information has not changed since previous visit / *Thông tin không thay đổi, giống như lần trước*

Name of Insured (if different from patient): \_\_\_\_\_ Relationship to patient: \_\_\_\_\_  
*Tên của người đứng tên bảo hiểm Mối quan hệ*

Insured's birthdate: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Insured's last 4 of SS#: \_\_\_\_\_ Name of Health Insurance Company: \_\_\_\_\_  
*Ngày sinh người đứng tên bảo hiểm 4 số cuối An Sinh Xã Hội Tên của bảo hiểm*

Name of Vision Plan/Network (if applicable): \_\_\_\_\_ Insurance card ID#: \_\_\_\_\_  
*Tên của bảo hiểm mắt Số ID của bảo hiểm*

### Authorization Statement:

I accept responsibility for payment of any portion of vision services rendered which are not covered by my vision insurance.  
PERMISSION IS GRANTED FOR THE RELEASE OF ALL MEDICAL INSURANCE INFORMATION.

X \_\_\_\_\_  
Patient's Signature (Parent/Guardian's Signature if patient is under 18 years old) Date  
*Bệnh nhân ký tên (phụ huynh ký nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi) Ngày*

## PATIENT HISTORY

Information has not changed since previous visit / *Thông tin không thay đổi, giống như lần trước*

When was your last eye exam? \_\_\_\_\_ Are you currently pregnant?  Yes  No  
*Lần cuối khám mắt khi nào? Có đang mang thai không? Có Không*

Are you taking any medication?  Yes  No If yes, what? \_\_\_\_\_  
*Có đang uống thuốc gì không? Có Không Nếu có, xin ghi tên thuốc*

Are you allergic to any medication?  Yes  No If yes, which? \_\_\_\_\_  
*Có bị dị ứng thuốc gì không? Có Không Nếu có, xin ghi tên thuốc*

Have you ever had any eye surgery?  Yes  No If yes, what? \_\_\_\_\_  
*Đã từng mổ mắt bao giờ chưa? Có Không Nếu có, xin ghi rõ*

### Patient and Family Health History/Lý lịch sức khỏe bệnh nhân và gia đình

| Self                     | Family                   | Self                     | Family                   | Self                     | Family                   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Diabetes/Tiểu đường Glaucoma/Cườm nước Macular Degeneration/võng mạc thoái hóa  
Hypertension/Cao máu Cataracts/Cườm khô Thyroid/Bướu cổ  
High Cholesterol/Cao mỡ Blindness/Mù Allergies/Dị ứng  
Heart Problems/Tim mạch Cancer/Ung Thư Other/Bệnh khác: \_\_\_\_\_

**Dilated eye examination information:** Dilation allows the doctor a better view of the retina. The following patients should have their eyes dilated annually; patients experiencing flashes of light or floaters, those with history of diabetes, high blood pressure, heart disease, and patients with myopia greater than -6.00D. The fee for dilation is \$30.00. Procedure is covered by most insurances.  
 I consent to dilation  I decline dilation

X \_\_\_\_\_  
Patient's Signature (Parent/Guardian's Signature if patient is under 18 years old) Date  
*Bệnh nhân ký tên (phụ huynh ký nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi) Ngày*

## REVIEW OF SYSTEMS

Do you now or have you ever had any of the following health problems? / *Hiện tại quý vị có bị những chứng bệnh sau đây không?*

Information is kept strictly confidential. You may discuss this portion directly with the doctor if you prefer.

*Thông tin được giữ bí mật. Quý vị có thể thảo luận về phần này trực tiếp với bác sĩ.*

| Problems/Bệnh Trạng                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> Yes/Có | <input checked="" type="checkbox"/> No/Không | If yes, explain/Nếu có, giải thích |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| * Eye injury or pain/Mắt bị thương hay đau                                                                          |                                            |                                              |                                    |
| * Loss of vision/Mất thị lực                                                                                        |                                            |                                              |                                    |
| * Blurred vision/Mắt mờ                                                                                             |                                            |                                              |                                    |
| * Tired eyes/Mắt mỏi                                                                                                |                                            |                                              |                                    |
| * Redness/Mắt đỏ                                                                                                    |                                            |                                              |                                    |
| * Itchy/Mắt ngứa                                                                                                    |                                            |                                              |                                    |
| * Excessive tears/Chảy nước mắt liên tục                                                                            |                                            |                                              |                                    |
| * Vision disturbance (spots/flashes)<br><i>Tầm nhìn xáo trộn (những đốm, loé sáng)</i>                              |                                            |                                              |                                    |
| * Light sensitivity/Nhạy cảm ánh sáng                                                                               |                                            |                                              |                                    |
| * Double vision/Nhìn 1 thành 2 hình                                                                                 |                                            |                                              |                                    |
| * Diabetic retinopathy/Bệnh võng mạc tiểu đường                                                                     |                                            |                                              |                                    |
| * Amblyopia/Chứng quáng gà                                                                                          |                                            |                                              |                                    |
| * Eye turn/Mắt quay                                                                                                 |                                            |                                              |                                    |
| * Keratoconus/Giác mạc hình chóp                                                                                    |                                            |                                              |                                    |
| Respiratory (asthma, emphysema, etc)<br><i>Hô hấp (suyễn, bệnh khí thũng, v.v)</i>                                  |                                            |                                              |                                    |
| Cardiovascular (high blood pressure, vascular diseases, etc)<br><i>Tim mạch (cao huyết áp, bệnh mạch máu, v.v.)</i> |                                            |                                              |                                    |
| Gastrointestinal (diarrhea, constipation, ulcers)<br><i>Tiêu hóa (tiêu chảy, táo bón, viêm loét)</i>                |                                            |                                              |                                    |
| Genitourinary ( <i>genitals, kidney, bladders</i> )                                                                 |                                            |                                              |                                    |
| Mucles/Bones/Joints (arthritis)<br><i>Những bắp thịt/xương/mối nối (viêm khớp)</i>                                  |                                            |                                              |                                    |
| Endocrine (diabetes, thyroid, etc)<br><i>Nội tiết (bệnh tiểu đường, tuyến giáp, v.v.)</i>                           |                                            |                                              |                                    |
| Psychiatric (anxiety, depression, etc)<br><i>Tâm thần (lo âu, trầm cảm, v.v.)</i>                                   |                                            |                                              |                                    |
| Blood/Lymph (anemia, high cholesterol, etc)<br><i>Máu/bạch huyết (thiếu máu, cao cholesterol, v.v.)</i>             |                                            |                                              |                                    |
| Allergic/Immunologic (hay fever, lupus, etc)<br><i>Dị ứng/miễn dịch (phấn hoa, bệnh lở ngoài da, v.v.)</i>          |                                            |                                              |                                    |
| Skin/Da                                                                                                             |                                            |                                              |                                    |
| Neurological (headaches, multiple sclerosis)<br><i>Thần kinh (nhức đầu, nhiều xơ cứng)</i>                          |                                            |                                              |                                    |

### Receipt of Notice of Privacy Policies

#### Acknowledgement of receipt of Notice of Privacy Practices

I, \_\_\_\_\_ (Patient's name), acknowledge that I have received the Notice of Privacy Practices of MyOptics Optometry. / *Tôi xác nhận đã nhận được tài liệu thông báo bảo mật thực tiễn của Văn phòng MyOptics.*

**X** \_\_\_\_\_  
Patient's Signature  
*Bệnh nhân ký tên*

**OR**

**X** \_\_\_\_\_  
Parent/Guardian's Signature if patient is under 18 years old  
*Phụ huynh ký nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi*

\_\_\_\_\_  
Date  
*Ngày*

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient  
*Mối quan hệ*