

Thông Tin Của Bệnh Nhân
ĐIỀU QUAN TRỌNG LÀ TẤT CẢ THÔNG TIN YẾU CẦU
PHẢI ĐIỀN VÀO

Họ đưa trẻ _____ Tên đưa trẻ _____

Địa Chỉ: Số _____ Tên đường _____ Số Phòng _____

Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Bưu Mã _____

(_____) _____ (_____) _____
Điện thoại nhà _____ Điện thoại chỗ làm _____

Ngày Sinh: ____/____/____
Tháng Ngày Năm

Nam
 Nữ

Tên Cha Mẹ/Giám Hộ _____ TÊN _____ HỌ _____

Tên Cha Mẹ/Giám Hộ _____ TÊN _____ HỌ _____

TRONG NĂM QUA, CON BẠN CÓ ĐƯỢC KHÁM:

- BỞI MỘT BÁC SĨ MẮT HAY KHÔNG? _____ Có/Không
- ĐƯỢC KÍNH CỦA BÁC SĨ MẮT? _____ Có /Không

NẾU CÓ, KHI NÀO? _____ (Ngày khám cuối cùng)

Tên Bác Sĩ Mắt: _____

Địa Chỉ Bác Sĩ Mắt: _____

CUỘC KHÁM MẮT:

Dùng thuốc nhỏ để thư giãn mắt là một phần của cuộc khám mắt toàn diện. Nó làm nở rộng con ngươi và ngăn chặn tầm nhìn của các vật ở gần. Thuốc nhỏ vào có thể làm cay mắt vài giây. Con ngươi sẽ mở rộng khoảng chừng sáu giờ. Thường lệ, thuốc nhỏ được dùng khi khám mắt cho trẻ em và em bé. Đây là tiêu chuẩn làm việc trong phòng bác sĩ khi khám mắt.



THÔNG TIN CỦA BẢO HIỂM

Số Thẻ Mass Health

____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____
Số Hợp Đồng

Bảo Hiểm Sức Khỏe Khác

Tên Chương Trình: _____

Số Hợp Đồng: # _____

Người Đứng Tên: _____

Ngày Sinh Của Người Mua: ____/____/____
Tháng Ngày Năm

Con tôi hiện nay không có bảo hiểm. Tôi muốn có cách khác để con tôi được chăm sóc mắt qua chương trình này

Tôi ủy quyền cho bác sĩ mắt của New England Eye để khám cho con tôi. Tôi hiểu và cho phép tiến hành một cuộc khám mắt toàn diện, bao gồm việc thư giãn và làm nở con ngươi bằng cách nhỏ thuốc. Tôi cho phép New England Eye chia sẻ kết quả cuộc khám của con tôi với giáo viên, y tá trường học, và các nhân viên thích hợp khác.

Tôi cũng ủy quyền cho New England Eye phát hành bất kỳ thông tin nào cần thiết cho mục đích thanh toán chi phí, các hoạt động chăm sóc hay điều trị. Tôi gao phó tất cả phúc lợi y tế mà tôi được hưởng cho New England Eye. Tôi chịu trách nhiệm về phí tổn khấu trừ và đồng trả theo "Explanation of Benefits". Tất cả các thông tin trên đây là đúng và chính xác theo sự hiểu biết của tôi.

Tôi đọc và hiểu về chương trình mắt và cho phép con tôi tham gia. Tôi có sẵn một bản thông cáo Thực Hành Bảo Mật.

X
CHA - MẸ/GIÁM HỘ KÝ TÊN

_____/_____
IN TÊN HỌ NGÀY

_____/_____
LIÊN HỆ VỚI ĐỨA TRẺ SỐ CELL PHONE

**NEW ENGLAND
EYE ON-SIGHT**

Bệnh Viện Mắt Di Động



sẽ đến trường bạn!

Con bạn có thể được:

- một cuộc khám mắt toàn vẹn với bác sĩ nhi khoa mắt.
- một đơn cho kính mắt, nếu cần
- kính mắt có thể xin trong ngày em được khám
- kết quả khám mắt sẽ được gửi đến nhà, bằng thư hay điện thoại, kèm theo lời đề nghị chăm sóc mắt tiếp theo.

CHÚNG TÔI ĐỀ NGHỊ LÀ CÁC HỌC SINH CẦN KHÁM MẮT TOÀN DIỆN MỘT LẦN TRONG VÒNG 1-2 NĂM

- CÓ, TÔI MUỐN CON TÔI ĐƯỢC CUỘC KHÁM MẮT TOÀN DIỆN**
- KHÔNG, TÔI KHÔNG CHO PHÉP CON TÔI THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH NÀY**

TÊN HỌ _____
ĐỨA TRẺ: _____

TRƯỜNG: _____

LIÊN LẠC: www.newenglandeye.org
(617)-587-5700

TRANG SAU →

TÊN ĐƯA TRỄ: _____

SỨC KHỎE MẮT CỦA CON BẠN

Tên Của Bác Sĩ: _____

Địa Chỉ Của Bác Sĩ: _____

Số Điện Thoại Của Bác Sĩ: _____

Các Triệu Chứng Mắt Gần Đây:

Có	Không	Bao lâu?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mờ mắt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mỏi mắt khi đọc
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nheo mắt quá mức
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thường nhứt đầu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nhìn đôi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cọ xát mắt nhiều

Có	Không	Bao lâu?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mắt lè hoặc lèch
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thường chảy nước hay có ghèn
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nhạy cảm ánh sáng
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hay chàm vào đồ vật
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thay đổi khả năng học
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Khó học

Tiểu Sử Về Mắt: Bệnh Nhân Có Các Vấn Đề Sau Đây Không?

Có	Không	Tuổi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Khảm mắt bởi Bác Sĩ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mang kính
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Che mắt

Có	Không	Tuổi	Giải Thích
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Mắt bị thương
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Giải phẫu mắt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Vấn đề khác về mắt

Tiểu Sử Khi Sanh:

Trọng Lượng: ___lb, ___oz.

Có	Không	Nếu có, vấn đề gì?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Khi mang thai
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Khè khi sanh hoặc sanh bằng kẹp
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mồ đề

Có	Không	Nếu có, tại sao?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sanh sớm hơn 2 tuần hoặc sanh trẻ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Em bé phải ở lại bệnh viện vì có bệnh
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Phát triển chậm

Các Vấn Đề Y Tế Khác?

- Không
- Suyễn
- Thường nhiễm trùng tai
- Tai, mũi, họng khác
- Tim
- Bệnh phổi
- Các vấn đề thần kinh
- Sốt hoặc sụt cân

- Không
- Chứng Rối Loạn Kém Chú Ý (IEP)?
- Con bạn có Kế Hoạch Giáo Dục Cá Nhân không
- Vấn Đề khác: _____
- Các dị ứng (xin kê ra): _____
- _____
- _____

Thuốc:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Tiểu Sử Gia Đình: Người thân của bệnh nhân (mẹ, cha, anh/chi/em) có ai bị các vấn đề sau đây không?

- | Có | Không | AI? |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bị mù |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chứng giảm thị lực (mắt lười) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trị liệu che mắt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mắt lè (mắt chéo) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mồ cơ mắt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mang kính trước 6 tuổi |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cườm khi còn bé |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tăng nhãn áp khi còn bé |

- | Có | Không | Các bệnh nghiêm trọng khác: |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Các bệnh nghiêm trọng khác: |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chưa mẹ còn sống và khỏe mạnh? |

Sắc Tộc/Chủng Tộc của Đứa Trẻ?

- Trắng/Người da trắng
- Mỹ gốc Phi Châu hay Da Đen
- Tây Ban Nha, Latin hay gốc Tây Ban Nha
- Thổ dân Mỹ hay gốc Alaska

- Á Đông
- Gốc Hawaii/Đảo Pacific.
- Chủng tộc khác

Xem xét lại:

Bác sĩ: _____
Ngày: _____