

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:

- BỜÌ 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 khoản 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, và tá trưởng 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 giao 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 ĐƯA 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.

TẤT CẢ TRẺ EM BẮT BUỘC PHẢI ĐƯỢC SÀNG LỌC THỊ LỰC VÀ/HOẶC MỘT CUỘC KHÁM MẮT TOÀN DIỆN TRƯỚC KHI VÀO MẪU GIÁO.

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 _____
ĐƯA 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 chạm 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 đé _____

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"/> | Cha 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: _____