

AstranaCare

Name/Tên _____ Date of birth/ Ngày sinh: _____ Date/Ngày: _____

Race/Chủng Tộc: ☐ Asian/Người Châu Á ☐ White/ Người Da Trắng ☐ African American/Người Mỹ gốc Phi
☐ Declined/Từ chối trả lời ☐ Khác/Khác: _____

Ethnicity/Sắc Tộc: ☐ Non-Hispanic/Không phải người gốc Tây Ban Nha ☐ Hispanic/Người gốc Tây Ban Nha
☐ Declined/Từ chối trả lời

Pharmacy/Address/Phone No./Hiệu Thuốc/Địa Chỉ/Số Điện Thoại:

TIỀN SỬ BỆNH – KIỂM TRA (✓) và cho biết ĐỘ TUỔI quý vị có bất kỳ triệu chứng hoặc bệnh nào sau đây.

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Abdominal Pain
Đau bụng | ☐ High Cholesterol
Cholesterol cao | ☐ Rashes
Phát ban |
| ☐ Alcoholism
Chứng nghiện rượu | ☐ Hives
Nổi mề đay | ☐ Rheumatic Fever
Sốt thấp khớp |
| ☐ Anemia
Thiếu máu | ☐ Hoarseness-prolonged
Khàn giọng kéo dài | ☐ Rheumatoid Arthritis
Viêm khớp dạng thấp |
| ☐ Back Pain
Đau lưng | ☐ Hypertension
Tăng huyết áp | ☐ Ringing in Ears
Ù tai |
| ☐ Bloody/Tarry Stools
Phân đậm máu/hắc ín | ☐ Jaundice
Vàng da | ☐ Scarlet Fever
Sốt tinh hồng nhiệt |
| ☐ Bone Fracture
Gãy xương | ☐ Joint Injury
Chấn thương khớp | ☐ Seizures
Động kinh |
| ☐ Cancer
Ung thư | ☐ Kidney Stones
Sỏi thận | ☐ Shortness of Breath
Hụt hơi |
| ☐ Chest Pain
Đau ngực | ☐ Difficulty in Walking
Khó đi lại | ☐ Skin Problems
Các vấn đề về da |
| ☐ Chicken Pox
Thủy đậu | ☐ Loss of Appetite
Mất cảm giác ngon miệng | ☐ STD
STD |
| ☐ Diabetes, Type I/Type II
Bệnh tiểu đường, tuýp I/tuýp II | ☐ Measles/Mumps
Bệnh sởi/quai bị | ☐ Swollen Ankles
Sưng mắt cá chân |
| ☐ Difficulty Swallowing
Khó nuốt | ☐ Mental Illness
Bệnh tâm thần | ☐ Thyroid Disease
Bệnh tuyến giáp |
| ☐ Ear infections — frequent
Nhiễm trùng tai — thường xuyên | ☐ Migraines
Chứng đau nửa đầu | ☐ Urination Issues
Các vấn đề về tiểu tiện |
| ☐ Eye Infections — frequent
Nhiễm trùng mắt — thường xuyên | ☐ Moodiness
Tâm trạng thất thường | ☐ Weight loss — recent
Sụt cân — gần đây |
| ☐ Foot Pain
Đau chân | ☐ Muscle Weakness
Yếu cơ | ☐ Wheezing
Thở khò khè |
| ☐ GERD
Trào ngược dạ dày thực quản (GERD) | ☐ Nervousness
Bồn chồn | ☐ Alcohol: ___ oz. per week
Rượu: ___ oz/tuần |
| ☐ Hay fever/Allergies
Sốt cỏ khô/Dị ứng theo mùa | ☐ Nose bleeds — recurrent
Chảy máu mũi — tái phát | ☐ Coffee/Tea: ___ cups/day
Cà phê/Trà: ___ cốc/ngày |
| ☐ Hemorrhoids
Trĩ | ☐ Osteoporosis
Loãng xương | ☐ Smoking:
___ # cigarettes per day
___ # of years
Hút thuốc:
___ điếu thuốc mỗi ngày
___ năm |
| ☐ Hernia
Thoát vị | ☐ Pneumonia / Pleurisy
Viêm phổi/Viêm màng phổi | ☐ Other/Khác: _____ |
| ☐ Heart Attack
Đau tim | ☐ Polio
Bại liệt | |





TIỀN SỬ PHẪU THUẬT TRƯỚC ĐÂY

Have you been hospitalized in the last 3 years? YES NO Quý vị có nhập viện trong vòng 3 năm qua không? CÓ KHÔNG

Please note date(s) of surgery/Vui lòng ghi rõ (các) ngày phẫu thuật: _____

MEDICATION LIST / DANH SÁCH THUỐC

List both prescribed and over the counter./Liệt kê cả thuốc kê toa và không kê toa NO CURRENT MEDICATIONS/KHÔNG CÓ THUỐC HIỆN TẠI

Name/Tên	Dose/Liều lượng	Frequency/Tần suất
Are you allergic to any medications? YES NO Quý vị có bị dị ứng với bất kỳ loại thuốc nào không? CÓ KHÔNG		
Are you allergic to any foods? YES NO Quý vị có bị dị ứng với bất kỳ loại thực phẩm nào không? CÓ KHÔNG		

*Vui lòng ghi các loại thuốc bổ sung ở mặt sau.

DATE OF LAST TEST OR VISIT / NGÀY XÉT NGHIỆM HOẶC THĂM KHÁM CUỐI CÙNG

Blood Test/Xét Nghiệm Máu		Rectal/Stool/Trực tràng/Phân	
Pap Smear/Phết Tế Bào Cổ Tử Cung		Colonoscopy/Nội Soi Đại Tr tràng	
Eye/Mắt		EGD/Nội Soi Đường Tiêu Hóa trên (EGD)	
Hearing/Thính Lực		TB Skin Test/Xét Nghiệm Bệnh Lao Qua Da	

FAMILY MEDICAL HISTORY / TIỀN SỬ BỆNH GIA ĐÌNH *Khoanh tròn tất cả những mục phù hợp *Khoanh tròn tất cả những mục phù hợp

(Mother, Father, Grandmother, Grandfather, Son, Daughter, Aunt, Uncle, Cousins/Mẹ, Cha, Bà, Ông, Con Trai, Con Gái, Cô/Dì, Chú/Bác, Anh/Chị/Em Họ)

Alcoholism/Chứng nghiện rượu	Cardiovascular Disease/Bệnh tim mạch	Hemophilia/Bệnh máu khó đông	Migraines/Chứng đau nửa đầu
Anemia/Thiếu máu	Diabetes/Bệnh tiểu đường	Hepatitis/Viêm gan	Osteoporosis/Loãng xương
Arthritis/Viêm khớp	Epilepsy/Seizures/Động kinh/Co giật	Hypertension/Tăng huyết áp	Renal Failure/Suy thận
Asthma/Bệnh suyễn	Glaucoma/Bệnh tăng nhãn áp	Kidney Disease/Bệnh thận	Stroke/Đột quỵ
Cancer/Ung thư	Heart Disease/Bệnh tim	Mental Illness/Bệnh tâm thần	Thyroid/Tuyến giáp
Other/Khác: _____			

FEMALES ONLY / CHỈ DÀNH CHO NỮ GIỚI			MALES ONLY / CHỈ DÀNH CHO NAM GIỚI
Menstrual Flow / Lưu Lượng Kinh Nguyệt ☐ Regular/Đều ☐ Irregular/Không đều ☐ Pain/Cramps/ Đau/Chuột rút	Number of /Số lần _____ Pregnancies/Mang Thai _____ Abortions/Phá Thai _____ Miscarriages/Sảy Thai _____ Live Births/Thai Sinh Sống	Date of Last Pelvic Exam / Ngày Khám Vùng Châu Cuối Cùng _____ Date of Last Breast Exam / Ngày Khám Vú Cuối Cùng _____ Date of Last Mammogram / Ngày Nhũ Ảnh Cuối Cùng _____ ☐ Normal/Bình thường ☐ Abnormal/Khác thường	Date of Last Prostate Exam / Ngày Khám Tuyến Tiền Liệt Cuối Cùng _____ ☐ Normal/Bình thường ☐ Abnormal/Khác thường
_____ Days of Flow / Ngày Hành Kinh	☐ Flushing/Menopause/ Bốc Hôa/Mãn Kinh		
_____ Length of Cycles / Độ Dài Chu Kỳ	Birth Control Method / Phương Pháp Tránh Thai		
_____ Last Date of Period / Ngày Có Kinh Cuối Cùng	Date of Last Pap Smear / Ngày Phết Tế Bào Cổ Tử Cung Cuối Cùng _____ ☐ Normal/Bình thường ☐ Abnormal/Khác thường		
☐ Pain/Bleeding around sex Đau/Chảy máu khi quan hệ tình dục	☐ Normal/Bình thường ☐ Abnormal/Khác thường		