



TUNG HUU NGUYEN, M.D.
CARDIOLOGY

9822 Bolsa Ave Suite F
Westminster, CA 92683
Phone: (714) 775-7000
Fax: (714) 775-5200
www.tungnguyenmd.com

Patient Demographics (Vietnamese)

Patient Name: _____ DOB: _____ Date: _____
(Tên họ bệnh nhân) (Ngày và năm sinh) (Ngày)

Male or Female (circle) SSN: _____ Drivers License: _____
(Nam/ Nữ) (Số an sinh xã hội) (Số bằng lái)

Primary Care Physician: _____ Referring Physician: _____
(Bác sĩ gia đình) (Bác sĩ giới thiệu)

Address: _____
(Địa chỉ) Street City State Zip

Home Phone: _____ Cell Phone: _____
(Điện thoại)

Marital Status Single: _____ Married: _____ Other: _____
(Tình trạng hôn nhân) (Độc thân) (Đã kết hôn) (Khác)

Primary Insurance: _____ Type: _____
(Tên công ty bảo hiểm) PPO, HMO, EPO, IPA (Medical Group)

Group Number: _____ Policy Number: _____
(Tập đoàn bảo hiểm) (Số hồ sơ bảo hiểm)

Deductible: _____ Phone Number: _____
(Khấu trừ) (Số điện thoại)

Secondary Insurance: _____ Phone Number: _____
(Tên công ty bảo hiểm) (Số điện thoại)

Group Number: _____ Policy Number: _____
(Tập đoàn bảo hiểm) (Số hồ sơ bảo hiểm)

Next of Kin(Name/Relation): _____ Phone: _____
(Họ tên người thân) (Số điện thoại)

Next of Kin Address: _____
(Địa chỉ) Street City State Zip

Employer _____ Employer Phone: _____
(Tên sở làm) (Số điện thoại sở làm)

Employer Address: _____
(Địa chỉ) Street City State Zip

Signature: _____ Date: _____
(Ký Tên) (Ngày)