

OC Live Active Chiropractic

11770 Warner Ave, Suite 117

Fountain Valley, CA 92708

Tel: 714.975.3188

Bản Thỏa Thuận

Có những rủi ro và nguy cơ rủi ro khi kết hợp với các kỹ thuật trị liệu bằng tay được các bác sĩ nắn xương khớp áp dụng. Đặc biệt, bạn nên lưu ý:

- a) Trường hợp hiếm, một số bệnh nhân có thể gặp triệu chứng đau nặng hơn tạm thời, mỗi cơ bắp và căng dây chằng hoặc bong gân do ảnh hưởng của kỹ thuật trị liệu bằng tay. Mặc dù hiếm nhưng trường hợp bị gãy xương 4E878Csườn cũng được ghi nhận là có thể xảy ra trong quá trình trị liệu nhất định;
- b) Có trường hợp đột quỵ được báo cáo có liên quan đến bác sĩ y khoa và bác sĩ thần kinh cột sống. Nghiên cứu và bằng chứng khoa học chưa chứng minh mối quan hệ nhân quả giữa điều trị chỉnh hình và việc xuất hiện đột quỵ. Các nghiên cứu gần đây cho thấy bệnh nhân có thể tham khảo ý kiến bác sĩ y khoa và bác sĩ thần kinh cột sống khi họ đang ở trong giai đoạn đầu của chứng đột quỵ. Về bản chất, chứng đột quỵ đó đã hình thành từ trước. Tuy nhiên, bạn sẽ được thông báo về việc kết hợp này bởi vì một cơn đột quỵ có thể gây rối loạn thần kinh nghiêm trọng và thậm chí có thể dẫn đến tử vong. Khả năng chấn thương như vậy xảy ra trong khi kết hợp với việc điều chỉnh cột sống cổ tử là cực kỳ hiếm;
- c) Có những trường hợp hiếm hoi được báo cáo về việc chấn thương đĩa đệm được xác định sau khi điều chỉnh cột sống cổ tử và thắt lưng, mặc dù không có bằng chứng khoa học chứng minh là có chấn thương khi điều chỉnh cột sống hoặc điều trị chỉnh hình khác gây ra, hoặc có nguy cơ gây ra;
- d) Có những trường hợp ít gặp được báo cáo là bị bỏng hoặc dị ứng da kết khi hợp với việc sử dụng một số loại trị liệu bằng điện được một số bác sĩ nắn xương khớp sử dụng.

Bảo hiểm

Văn phòng sẽ xử lý các hồ sơ bảo hiểm theo yêu cầu, và sẽ cố gắng cung cấp đầy đủ thông tin cho công ty bảo hiểm để thanh toán chi phí điều trị cho bạn. Có một số trường hợp, các công ty bảo hiểm từ chối hoặc cắt giảm chi phí thanh toán bất chấp nỗ lực của chúng tôi trong việc chứng minh rằng bạn cần được chăm sóc sức khỏe. Trong trường hợp không được công ty bảo hiểm thanh toán đầy đủ, bạn sẽ phải có trách nhiệm thanh toán đầy đủ chi phí.

Tôi thừa nhận rằng tôi đã đọc bản thỏa thuận này và tôi đã thảo luận, hoặc đã có cơ hội được thảo luận với bác sĩ chỉnh xương của tôi về bản chất và mục đích của việc điều trị chỉnh hình nói chung, (bao gồm điều chỉnh cột sống), những lựa chọn điều trị và khuyến nghị đối với tình trạng bệnh của tôi, và các nội dung trong Bản Thỏa Thuận này.

Tôi đồng ý với phương pháp điều trị cột sống mà bác sĩ đã đề xuất cho tôi bao gồm bất cứ phương pháp điều chỉnh cột sống được khuyến nghị.

Tôi muốn áp dụng bản thỏa thuận này cho tất cả những lần điều trị hiện tại và tương lai của tôi.

Tên Bệnh Nhân: _____ Chữ Ký: _____ Ngày: _____

Phụ Huynh: _____ Chữ Ký: _____ Ngày: _____

Tên Người Làm Chứng: _____ Chữ Ký: _____ Ngày: _____

BẢN THỎA THUẬN

Điều 1: Thảo thuận Phân xử: Điều này được hiểu là bất kỳ tranh chấp do sơ suất y tế, cho dù bất kỳ dịch vụ y tế được đưa ra theo hợp đồng này là không cần thiết hoặc không được phép hoặc là không đúng, thực hiện không nghiêm túc hoặc không hoàn chỉnh, sẽ được thỏa thuận trọng tài xác định theo quy định của nhà nước và pháp luật liên bang, và không phải thực hiện kiện tụng hoặc viện đến tòa án, trừ trường hợp pháp luật nhà nước và liên bang cung cấp cho việc xem xét thủ tục tố tụng pháp lý. Cả hai bên tham gia hợp đồng này, bằng việc ký kết, hai bên sẽ từ bỏ quyền hiến pháp của họ khi có bất kỳ tranh chấp nào thì một tòa án pháp luật sẽ đưa ra quyết định trước khi viện đến bồi thẩm đoàn, và thay vào đó là việc chấp nhận sử dụng trọng tài phân xử. Hơn nữa, các bên sẽ không có quyền tham gia làm thành viên của bất kỳ bên nguyên đơn nào, và sẽ không có thẩm quyền đối với bất kỳ tranh chấp được quyết định trên cơ sở khởi tố tập thể. Sự phân xử chỉ có thể quyết định một tranh chấp giữa các bên và có thể không hợp nhất hoặc kết hợp các đơn tố cáo của những người có đơn kiện tương tự.

Điều 2: Tất cả đơn kiện phải được phân xử: Điều này cũng được hiểu rằng bất kỳ tranh chấp không liên quan đến sơ suất y tế, kể cả những tranh chấp là có hay không có bất đồng đều được đệ trình lên trọng tài phân xử, cho dù thỏa thuận này có hợp lý hay không, và bất kỳ tranh chấp nào theo quy trình đều được xác định bằng việc đệ trình lên trọng tài ràng buộc. Ý định của các bên là văn bản này ràng buộc tất cả các bên giống như tất cả các khiếu nại, bao gồm cả khiếu nại phát sinh từ hoặc liên quan đến điều trị hoặc dịch vụ do các nhà chăm sóc sức khỏe cung cấp, bao gồm bất kỳ người thừa kế hoặc vợ hoặc chồng trong quá khứ, hiện tại hay tương lai của bệnh nhân có liên quan đến tất cả các khiếu nại, bao gồm cả việc mất giao tình. Thỏa thuận này cũng được dự định để ràng buộc bất kỳ con cái của bệnh nhân cho dù đã hoặc chưa được sinh ra tại thời điểm xảy ra vụ việc phát sinh bất kỳ yêu cầu bồi thường nào. Thỏa thuận này ràng buộc bệnh nhân và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế và/hoặc các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe, thầy thuốc, bác sĩ nội trú được cấp phép, những người hiện tại hoặc trong tương lai sẽ điều trị cho bệnh nhân trong khi được thuê, làm việc hoặc phối hợp hoặc làm việc như một trợ lý cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bao gồm cả những người làm việc tại phòng khám hoặc văn phòng của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hay bất kỳ phòng khám hoặc văn phòng khác cho dù có ký kết vào văn bản này hay không.

Tất cả các yêu cầu bồi thường thiệt hại về tiền vượt quá giới hạn thẩm quyền của tòa án với các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe, và/hoặc đối tác của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hiệp hội, công ty, quan hệ đối tác, nhân viên, đại lý và bất động sản, phải được phân xử bao gồm, nhưng không giới hạn, bồi thường thiệt hại mất giao tình, chết oan, đau khổ về tinh thần, lệnh chế tài, hoặc buộc bồi thường thiệt hại. Thỏa thuận này nhằm tạo ra một tài khoản ghi nợ, trừ khi và cho đến khi bị thu hồi.

Điều 3: Thủ tục và Luật áp dụng: Một yêu cầu phân xử phải được thông báo bằng văn bản cho tất cả các bên. Mỗi bên sẽ chọn một thẩm phán (trọng tài hai bên) trong vòng ba mươi ngày, và một trọng tài thứ ba (trọng tài trung lập) do các trọng tài viên các bên chỉ định trong vòng ba mươi ngày sau đó. Sau đó, trọng tài trung lập sẽ là trọng tài duy nhất và quyết định phân xử. Mỗi bên trọng tài sẽ trả các chi phí cho trọng tài trung lập theo tỷ lệ của bên đó, cùng với các chi phí phân xử phát sinh khác hoặc được trọng tài trung lập phê chuẩn, không bao gồm phí tư vấn, phí làm chứng, hoặc chi phí phát sinh khác vì lợi ích riêng của bên đó. Mỗi bên đều có quyền chia đôi các vấn đề về trách nhiệm và thiệt hại khi có yêu cầu bằng văn bản đến trọng tài trung lập.

Các bên đồng ý với sự can thiệp và liên kết trong phân xử này của bất kỳ người hoặc tổ chức nào đó nếu không sẽ là một bên bổ sung thích hợp trong việc tố tụng, và sau khi can thiệp và liên hợp như vậy, bất kỳ tố tụng hiện tại nào chống lại người hoặc tổ chức bổ sung đó sẽ được chờ phán xét. Các bên đồng ý rằng các quy định của nhà nước và liên bang pháp luật, nơi áp dụng, thiết lập quyền cung cấp bằng chứng về bất kỳ số tiền phải nộp vì lợi ích của bệnh nhân đến mức tối đa cho phép của pháp luật, hạn chế quyền thu hồi thiệt hại phi kinh tế, và quyền yêu cầu bồi thường thiệt hại cho việc thanh toán định kỳ trong tương lai, áp dụng đối với các tranh chấp trong Hiệp định Trọng tài này. Các bên cũng đồng ý rằng các Quy định Trọng tài Thương mại của Hiệp hội Trọng tài Hoa Kỳ sẽ chi phối mọi phân xử được tiến hành theo quy định của Hiệp định Trọng tài này.

Điều 4: Trích lập Dự phòng: Tất cả khiếu nại dựa trên cùng một sự cố, giao dịch, hoặc các trường hợp liên quan đến trách nhiệm sẽ được phân xử theo một thủ tục tố tụng. Một khiếu nại bị khước từ và bị cấm vĩnh viễn nếu (1) ngày nhận đơn kiện được thông báo, nếu được xét là một vụ kiện dân sự, sẽ bị cấm do hạn chế về các quy chế pháp lý được áp dụng, hoặc (2) Nguyên đơn không thực hiện khiếu nại theo thủ tục quy định trong tài liệu này một cách nghiêm túc.

Điều 5: Hủy bỏ: Thỏa thuận này có thể được hủy bỏ bằng cách thông báo bằng văn bản đến các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong vòng 30 ngày kể từ ngày ký, và nếu không được hủy bỏ dẫn đến việc bệnh nhân sẽ được hưởng tất cả các dịch vụ chuyên nghiệp và thắng tất cả các tranh chấp khác giữa các bên.

Điều 6: Hiệu lực hồi tố: Nếu bệnh nhân muốn thỏa thuận này bao gồm các dịch vụ trả trước ngày được ký kết (ví dụ, điều trị cấp cứu), bệnh nhân nên bắt đầu từ đây. _____ . Có hiệu lực vào ngày thực hiện dịch vụ chuyên nghiệp lần đầu.

Initial Here

Nếu bất kỳ điều khoản của Hiệp định Trọng tài này không có hiệu lực hoặc không thể thi hành được thì các quy định còn lại sẽ duy trì đầy đủ hiệu lực và sẽ không bị ảnh hưởng bởi sự vô hiệu hóa của bất kỳ điều khoản nào khác. Tôi hiểu rằng tôi có quyền nhận được một bản sao của Hiệp định Trọng tài này. Bằng cách ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng tôi đã nhận được một bản sao.

CHÚ Ý: BẢNG VIỆC KÝ TÊN VÀO HỢP ĐỒNG NÀY BẠN ĐỒNG Ý VỚI BẤT KỲ SƠ SUẤT Y TẾ NÀO ĐƯỢC TRỌNG TÀI TRUNG LẬP QUYẾT ĐỊNH VÀ BẠN SẼ TỪ BỎ QUYỀN KIẾN LÊN BỒI THẨM ĐOÀN HOẶC TÒA XÉT XỬ. XEM ĐIỀU 1 CỦA HỢP ĐỒNG NÀY.

Tên bệnh nhân _____

Chữ ký của bệnh nhân _____

Ngày _____

Chữ ký của văn phòng _____

Ngày _____

Ngôn Ngữ Ưu Tiên: Tiếng Anh Tiếng Việt Khác: _____

Thông tin cá nhân

Tên: _____ Giới tính: Nam Nữ Khác _____

Địa Chỉ: _____

Thành phố: _____ Tiểu Bang: _____ Số Vùng: _____

Số Điện thoại

Nhà: _____ Việc làm: _____ Di động: _____

Email: _____

Ngày sinh: _____ Social Security Number: _____

Lựa chọn một ô:

Độc thân Kết hôn Ly hôn Góa bụa Ly thân Sống chung

Có con cái: Không Có Số con: _____ Số tuổi: _____

Nghề nghiệp: _____

Số giờ làm việc trong tuần: _____

Địa chỉ liên hệ khẩn cấp:

Tên: _____

Điện thoại: _____

Quan hệ: _____

Tình trạng sức khỏe hiện tại:

Sức khỏe hiện tại

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tinh thần

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Căng thẳng

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kém

Tốt

Tốt Nhất

Môi trường/Ô nhiễm

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ít

Nhiều

Tên bệnh nhân: _____

Những lần kiểm tra gần đây (Liệt kê ngày):

Cơ thể (Physical Exam): _____
Sản phụ khoa (Ob/Gyn): _____
Khám sức khỏe (Wellness): _____

Mắt (Eye): _____
Răng (Dental): _____

Phụ nữ:

Tuổi xuất hiện kinh nguyệt: _____
Chu kỳ kinh nguyệt lần cuối: _____
Tần suất chu kỳ: _____
Mùi/ Độ đặc bất thường: _____
Đau/Khó chịu: _____
Ngày tắt kinh, nếu có: _____
Ngày xét nghiệm ung thư cổ tử cung: _____
Biện pháp tránh thai: _____
Điều trị Hormone/Estrogen: _____

Những nhà chăm sóc sức khỏe khác:

	Trước đây	Hiện tại	
Châm cứu (Acupuncture)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nắn khớp xương (Chiropractic)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sự xoa bóp (Massage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Y khoa (Medical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Naturopathy/Homeopathy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chuyên gia dinh dưỡng (Nutrition)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Những chuyên gia Khác:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miêu tả: _____

Những Xét nghiệm/Kiểm tra Đặc biệt (Liệt kê ngày nếu có thể):

Xét nghiệm máu: _____
Ngực (♀): _____
Nội soi đại tràng: _____
Chụp CT: _____
DEXA: _____
Nội soi bao tử: _____
MRI: _____
Tuyến tiền liệt (♂): _____
Siêu âm: _____
X-ray: _____
Khác: _____

Tên bệnh nhân: _____

Tiền sử Bệnh lý (Liệt kê ngày nếu có thể):

Cá nhân	Hiện tại		Họ ngoại	Họ nội
	<input type="checkbox"/>	Dị ứng (Allergies)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Viêm khớp (Arthritis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Hen suyễn (Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Rối loạn máu (Blood)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Ung Thư (CA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Trầm cảm (Depression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Bệnh tiểu đường (DM2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Bệnh tim/Nhồi máu cơ tim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Bệnh Gan/Túi mật (Liver/GB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Huyết áp cao (HTN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Bệnh thận/Sỏi thận (Kidney)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Huyết áp thấp (Low BP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Bệnh phổi (Lung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Bệnh thần kinh (Neuro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Rối loạn tâm lý (Psych)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Thấp khớp (RA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Động kinh (Seizure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Ruột non/Đại Tr tràng (Colon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Bao tử (Stomach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Đột quỵ (Stroke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Bệnh tuyến giáp (Thyroid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Bệnh mạch máu (Vascular)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Khác: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hãy liệt kê bất kỳ loại thuốc nào đang dùng, bao gồm cả liều lượng dùng nếu có thể:

Hãy liệt kê bất kỳ liệu pháp bổ sung hoặc liệu pháp thảo dược nào đang dùng, bao gồm cả liều dùng nếu có thể:

Tên bệnh nhân: _____

Bệnh/Chấn thương/Phẫu thuật/Nhập viện (Liệt kê ngày nếu có thể):

<input type="checkbox"/> Bỏng/Phồng (Burns)	<input type="checkbox"/> Có bao giờ cảm thấy bị quên mất thời gian không? (Losing time)
<input type="checkbox"/> Sự chấn động (Concussion)	<input type="checkbox"/> Chứng nhìn đôi hoặc vấn đề về sự nhìn khác (Double vision/Other)
<input type="checkbox"/> Phẫu thuật thẩm mỹ (Cosmetic)	<input type="checkbox"/> Chóng mặt, choáng váng (Vertigo, Lightheadedness)
<input type="checkbox"/> Gãy xương (Fracture)	<input type="checkbox"/> Mặt, tay, hoặc chân bị tê liệt hoặc yếu cơ bất đột ngột (Sudden weakness/numbness)
<input type="checkbox"/> Bị bệnh hoặc bị nhiễm trùng thường xuyên/định kỳ (Frequent illness)	<input type="checkbox"/> Nói khó khăn (Dysphasia)
<input type="checkbox"/> Chấn thương đầu (Head injuries)	<input type="checkbox"/> Chứng nuốt khó (Dysphagia)
<input type="checkbox"/> Mất ý thức/Bất tỉnh (LOC)	<input type="checkbox"/> Sự khó đi lại (Dystaxia/Ataxia)
<input type="checkbox"/> Vết rách (Lacerations)	<input type="checkbox"/> Sự nôn (Emesis)
<input type="checkbox"/> Tai nạn xe (MVA)	<input type="checkbox"/> Mất cảm giác hoặc bị tê một nửa người (One-sided numbness or weakness)
<input type="checkbox"/> Cấy ghép cơ quan (Transplants)	<input type="checkbox"/> Chứng giật cầu mắt (Rapid eye movement)
<input type="checkbox"/> Ngã hoặc chấn thương nghiêm trọng (Falls/Trauma)	<input type="checkbox"/> Mất thăng bằng/trượt ngã (Loss of Balance)
<input type="checkbox"/> Mang thai: sinh mổ (Childbirth C-Section)	<input type="checkbox"/> Mất khả năng sự thuận dùng tay (Loss of dexterity)
<input type="checkbox"/> Mang thai: Sinh con tại nhà (Childbirth at home)	<input type="checkbox"/> Đại/tiểu tiện bất thường (Abnormal bowel/bladder)
<input type="checkbox"/> Mang thai: Sinh thường ở bệnh viện (Childbirth in hospital)	<input type="checkbox"/> Sự suy nhược (Asthenia/Weakness)
<input type="checkbox"/> Khác (Miêu tả):	<input type="checkbox"/> Tính hay quên (Mental fog/forgetfulness)

Liệt kê bất cứ chứng ngừa đã có:

Tên bệnh nhân: _____

Tính chất xã hội:Thuốc lá: Không bao giờ sử dụng Ngày bỏ: Bao/Tuần: _____Bia/Rượu: Không Có Li Uống hàng tuần: _____Thuốc kích thích: Không Miêu tả: _____

Ngủ mỗi đêm bao nhiêu tiếng: _____

 Bị làm phiền thức dậyQuan hệ tình dục: Có Không Bệnh hoa liễu: _____

Thể dục: Ít vận động
(ít/không hoạt động thể chất)
 Hoạt động vừa phải
(3-5 ngày/tuần)

Hoạt động nhẹ
(1-2 ngày/tuần)
 Rất tích cực
(6-7 ngày/tuần)

Dị ứng/Nhạy cảm với Thực phẩm:

- | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chuối | <input type="checkbox"/> Trứng | <input type="checkbox"/> Tôm, cua, sò |
| <input type="checkbox"/> Chocolate | <input type="checkbox"/> Gluten | <input type="checkbox"/> Đậu nành |
| <input type="checkbox"/> Trái cây/Cam quýt | <input type="checkbox"/> Đậu phộng | <input type="checkbox"/> Dâu tây |
| <input type="checkbox"/> Bắp/Ngô | <input type="checkbox"/> Ót | <input type="checkbox"/> Cà chua |
| <input type="checkbox"/> Bơ sữa | <input type="checkbox"/> Đường tinh | <input type="checkbox"/> Lúa mì |
| <input type="checkbox"/> Khác: _____ | | |

H₂O/Nước hằng ngày: _____ oz**Tiền sử chế độ ăn (Đánh dấu mức độ thường xuyên):**

Loại thực phẩm	0	<1 lần/Tháng	1-3 lần/ Tháng	1-2 lần/Tuần	3-4 lần/Tuần	5-6 lần/Tuần	1 lần/Ngày	>2 lần/Ngày
Hạt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rau củ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quả	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chất Đạm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bơ sữa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chất Béo/Ngọt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tên bệnh nhân: _____