

患者注册

PATIENT REGISTRATION

请完整填写表格
PLEASE FILL OUT FORM COMPLETELY

患者 女 男
PATIENT: Female Male

姓名 Name: _____ 生日 Birth Date: _____
社安号 Social Security Number: _____ 婚姻状况 Marital Status: _____
语言 Language: _____ 种族 Race: _____ 族群 Ethnicity: _____
街道地址 Street Address: _____ 市, 州 City, State: _____ 邮政编码 Zip Code: _____
家中座机 Home#: _____ 可以留言请打勾 电子邮箱 Email: _____
手机 Cell #: _____ 可以留言请打勾
工作电话 Work#: _____ 可以留言请打勾

雇主 Employer: _____ 职业 Occupation: _____

转介及家庭医生 (请列出转介医生和家庭医生的全名及地址)

Referring and Primary Care Physician (Please print full name and address of referring doctor and Primary Care Physician)

是医师将您转介到我们中心吗? 如果是, 是那位医生? 地址
Did a physician refer you to our practice? If yes, who is the physician? Address _____
如果不是, 您如何得知我们中心呢?
If no, how did you hear about our practice? _____

家庭医生的姓名 地址
Name of your primary care physician: _____ Address: _____

妇产科医生姓名 地址
Name of your OB/GYN: _____ Address: _____

病人的医疗保险信息

Patient's Insurance Information

保险公司名 卡号
Insurance Company Name: _____ ID#: _____

请填写在保险卡背面, 健康医疗提供者/会员服务的 1-800 开头的号码: _____

Please include the 1-800 # for Provider/Member Services on back of insurance card: _____

投保人姓名 生效日期
Subscriber Name: _____ Effective Date: _____

专科看诊定额手续费 您还有其他医疗保险吗? 是 或 否

Co-pay amount for specialist office visit: _____ Are you covered under any other insurance policy? Yes or No

如果是, 保险公司名 卡号 生效日期
If yes, supply insurance name: _____ ID#: _____ Effective Date: _____

配偶 女 男
PARTNER Female Male

姓名 _____ 生日 _____
Name: _____ Birth Date: _____
社安号 _____ 婚姻状况 _____
Social Security Number: _____ Marital Status: _____
语言 _____ 种族 _____ 族群 _____
Language: _____ Race: _____ Ethnicity: _____
街道地址 _____ 市, 州 _____ 邮政编码 _____
Street Address: _____ City, State: _____ Zip Code: _____
电话 _____ 可以留言请打勾 _____ 电子邮箱 _____
Telephone: () _____ Check if okay to leave a message Email: _____
雇主 _____ 职业 _____
Employer: _____ Occupation: _____

配偶医疗保险信息

Partner's Insurance Information

保险公司名 _____ 卡号 _____
Insurance Company Name: _____ ID#: _____
投保人 _____ 生效日期 _____
Subscriber Name: _____ Effective Date: _____
您还有其他医疗保险吗? 是 或 否 _____
Are you covered under any other insurance policy? Yes or No
如果是, 保险公司名 _____ 卡号 _____ 生效日期 _____
If yes, supply insurance name: _____ ID#: _____ Effective Date: _____