

張秀英 D.P.M

地址: 2250 Hayes Street, Suite 206 * 三藩市, 94117 * 電話號碼: 415-386-3338

Patient Registration Form 病人登記表

Demographic Information 人口統計資訊

Last Name 姓: _____ First Name: 名字 _____

Middle Name 中間名字: _____

Address 地址: _____ City 城市: _____

State 州: _____ Zip Code 郵政編碼: _____

Home Phone 家庭電話號碼: _____

Cell Phone 手機號碼: _____

Social Security number 社會安全號碼: _____ - _____ - _____

Date of Birth 出生日期: _____ Age 歲: _____ Sex 性別: F 女 M 男

Email 電子郵件: _____

Employer 雇主: _____ Occupation 職業: _____

Address 地址: _____ City 城市: _____

State 州: _____ Zip Code 郵政編碼: _____

Work phone 工作號碼: _____

Marital Status 婚姻狀況: single 單身 married 已婚 divorced 離婚 widow 寡婦

Name of spouse or partner 配偶或伴侶的姓名: _____

Pharmacy Address 藥局地址: _____

Primary Care Doctor 家庭醫生: _____

Phone number 電話號碼: _____

State 州: _____ Zip Code 郵政編碼: _____

Emergency Contact 緊急聯絡人

Name 姓名: _____

Address 地址: _____ City 城市: _____

State 州: _____ Zip Code 郵政編碼: _____

Relationship 關係: _____

Insurance Information 保險資訊

Name of primary insurance company 主要保險公司名稱: _____

Phone number 電話號碼: _____

Policy number 保單號碼: _____

Subscriber name 保單人名字: _____

Date of Birth of Subscriber 保單人出生日期: _____

Relationship to Patient 報保單人與病人關係: self 自己 spouse 配偶 child 小孩子

Filled by 填寫表格人姓名: _____

Signature 簽名: _____ Date 日期: _____

Patient Consent Form 病人同意書

我明白簽了這份同意書,我授權於張秀英醫生合法地使用我的資料用於治療,賬單和保健業務(簡稱PTO)。我同時同意張秀英醫生致電,留言或見面本人有關於醫療方面,例如提醒預約時間,醫療保險,治療或者實驗結果。

我同意張秀英醫生寄任何關於PTO去我的住宅或其他地址,任何資料將保密處理。我也同意張秀英醫生聯繫以下聯繫人關於賬單問題,實驗報告或任何關於治療的問題。

Name名字: _____ Relationship關係: _____ Phone電話: _____

Name名字: _____ Relationship關係: _____ Phone電話: _____

如果我不簽署這份同意書,張秀英醫生有權利拒絕對我的治療除法律上必須。我有權撤銷這份同意書只限在張秀英醫生非法地透露我的資料。我可以要求使用洩密資料表格用於撤銷這份同意書,或者我可以簡單地寫信與張秀英醫生。

我已閱讀和明白上訴內容。我明白作為一個病人的財務責任。

Signature of Patient 患者簽名 _____ Date日期: _____

Print Name 病人名字: _____

FOR MINORS ONLY 僅限於未成年人

18歲以下的病人，簽署家長/監護人認可治療和同意成為保單上的監護人，除非另行書寫同志。

Print Name名字: _____

Signature 簽名: _____ Today's Date 今天的日期 _____

Patient Medical History 患者病史

Last Name 姓: _____ First Name: 名字 _____

Height 高度 _____ Weight 重量 _____ Weight one year ago 一年前的體重: _____

How many children 有多少個孩子 _____

Have you been treated by a podiatrist before 之前是否看過其他足科醫生? 是 Yes No 不

If yes, what was your foot problem 如果是的話，腳部有什麼問題?

What is your specific foot problem 您的足部具體有什麼問題?

Are we seeing you in relation to any injury/accident 您今天的足部問題是否合受傷或意外有關?

是 Yes No 不

Automobile accident 車禍 Work related injury 工傷 Other 其他

Are you on disability 你有殘疾嗎? 是 Yes No 不

Current Medical Problems 現有健康問題

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arthritis 關節炎 | <input type="checkbox"/> Diabetes 糖尿病 | <input type="checkbox"/> Kidney Disease 腎病 |
| <input type="checkbox"/> Asthma 氣喘 | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure 高血壓 | <input type="checkbox"/> HIV 艾滋病 |
| <input type="checkbox"/> Bowl Disorder 手腕疾病 | <input type="checkbox"/> Hepatitis 肝炎 | <input type="checkbox"/> Prostate Disease 前列腺疾 |
| <input type="checkbox"/> Heart Failure 心臟衰竭 | <input type="checkbox"/> Heart Murmur 心臟雜音 | <input type="checkbox"/> Thyroid Disease 甲狀腺 |
| <input type="checkbox"/> Cancer Type 癌症 | <input type="checkbox"/> Emphysema 氣腫 | <input type="checkbox"/> Ulcer 胃潰瘍 |
| <input type="checkbox"/> Chest Pain 胸口痛 | <input type="checkbox"/> High Cholesterol 高膽固醇 | <input type="checkbox"/> Other 其他症狀 |

What medication do you take routinely? (Dose/frequency) 現正服用什麼藥物? 服用量? 次數?

Are you allergic to any medication? 您有沒有對身麼藥物過敏 Yes有 No 沒有

If so, what are you allergic to? 如果有, 對哪種有過敏

Please indicate the reaction you have. 清說明您的反應

Past surgeries (include type and dates) 以前有做過手術嗎? (如果有, 是什麼時候做何什麼類型?)

How many times per week do you exercise 每周運動多少次? _____

What type 什麼類型? _____

Do you smoke now 現在遊吸煙嗎? Yes有 No 沒有

of Packs per day? 每天幾包? _____ How many years? 多少 _____

If you quit, how long ago did you quit? 如果已戒煙, 已經結了多少年年 _____

Do you drink alcohol? 是否喝酒? Yes有 No 沒有

How many ounces per day? 每天多少安士 _____

Do you drink coffee or tea? 是否喝咖啡或茶? Yes有 No沒有

How many cups per day? 每天幾杯? _____

Are there any diseases that run in your family? 任何家族性遺傳病? _____

Father 父親: Alive 活著 Deceased 過世 Age and cause of death 歲數和過世原因

Mother 母親: Alive 活著 Deceased 過世 Age and cause of death 歲數和過世原因

Sibling(s) 兄弟姐妹: Alive 活著 Deceased 過世 Age and cause of death 歲數和過世原因

辦公室政策核程序

張秀英醫生盡一切可能減少醫療保健費用，您可以通過避免寄賬單來幫助降低費用。為了使我們的關係的工作更加有效，以下是我們的付款政策的概要。

錯過預約時間

我們將盡可能地遷就你的日程安排。相對地，我們懇請您可以準時赴約。如果你不能提前2日時取消預約，你將會被收取\$75失約費。醫療保險不負責失約費。

所有費用將於提供服務當日收取。

除非提前而作出安排，費用需在提供服務當日收取。這適用於保險費。如果我們辦公室必須為你的保險費寄賬單，你需要自付\$15手續費。此費用你的醫療保險將不承擔。張秀英醫生接受，現金，私人支票，Visa 和MasterCard. 如有任何退票，將被會收取\$35手續費。

餘額

未繳清餘額的病人需在下次預約前作出付款安排。如果你有財政困難，請聯絡我們的會記部門尋求協助。

檔案的副本

如需醫療記錄副本需預先支付\$25。此費用不能計入您的保險公司。

殘疾表格

加州殘疾表格和工人賠償表格以外，其他殘疾表格需自付\$20手續費。你的醫療保險將不負責這費用。

賬單問題/退款

如你有任何關於賬單的疑問，請聯繫我們的賬單部門。多付款項需提出書面要求，並在30天內得到我們辦公室的確認。

藥物補充

如你需要藥物補充，請致電你的藥房。我們不能在傍晚和周末訪問病人的記錄。因此，麻醉藥不能在上述時間補充。

保險

張秀英醫生會向醫療保險索取費用，但是病人需要負責任何醫療保險公司不承擔的服務費用，包括但不限於保險費，免賠額，和不承包的服務。我同意填妥所有醫療保險表格以便我的保險公司支付和承擔我的費用。以此同時我也同意支付所有醫療保險不承擔的費用。

取消手術政策

病人如果在預約手術時間失約，或在少於48小時前通知需要取消預約，將會被收取高達\$500失約費。而這失約費將不可退還，保險公司也不承擔。如果你的主診醫生認為你還沒有準備好進行手術，請盡快通知我們。

此外，所有病人如取消手術預約並重新預約2次或以上將會每次被收取\$500失約費。這費用保險公司將不承包和不可被退還。

福利和治療授權

本人允許張秀英醫生當有需要的時候使用我的任何醫療報告或保險內容。必要時，這份授權書會寄去保險公司。授權書正本將由張秀英醫生保存。

我明白我需負責任何醫療費用當醫療保險不承擔的時候。如果有任何醫療保險改變，這是我的責任通知張秀英醫生。在某些情況下，保險公司需在收到索賠後才能確定醫療福利。當我的醫療公司拒絕支付情況下，我需要對全部張秀英醫生的醫療賬單負責。

隱私條例通知

濫用個人醫療資料已經成為國家問題。請你明白，我們的醫療團隊不斷接受培訓，使他們了解和遵守隱私條例，政府法規，醫療保險攜帶與責任法案。我們將盡可能提供我們的病人誠意和最優質的服務。

合法地使用病人的資料是我們的政策。因此我們有一個合法的程度去監控任何非法使用個人資料。

我已經閱讀並理解上述的政策。我明白簽署了本表格，我需為自己的醫療費用負責。我明白作為一個病人的財務責任。

Signature of Patient/Legal Guardian 病人簽名/監護人_____

Relationship 與病人關係: _____ Date 日期: _____

Patient's Name 病人名字 (楷書): _____