

患者登記表

PATIENT REGISTRATION FORM



歡迎!我們很高興成為您的醫療保健夥伴。我們收集以下信息的目的是為了向您提供最好的醫療服務。

患者信息及人口統計數據			今天的日期	___ / ___ / ___	
姓	名	中間名	曾用姓	常用稱呼	
社會安全號 ___ - ___ - ____		出生日期 ___ / ___ / ___ 月 日 年		法定性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 非二元	
郵寄地址			公寓		
市		州	郵政編碼		
首選電話 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 手機 <input type="checkbox"/> 工作 ___ - ___ - ____			此號碼將用於外展活動的聯繫, 以及預約提醒。		
備選電話 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 手機 <input type="checkbox"/> 工作 ___ - ___ - ____					
性別認同	<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 疑惑		<input type="checkbox"/> 男變性為女 <input type="checkbox"/> 女變性為男 <input type="checkbox"/> 非二元/性別酷兒		
出生性別	<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 其他: _____		<input type="checkbox"/> 不披露		
性取向	<input type="checkbox"/> 無性戀 <input type="checkbox"/> 泛性戀		<input type="checkbox"/> 雙性戀 <input type="checkbox"/> 酷兒		
性別代詞	<input type="checkbox"/> 她, 她的 <input type="checkbox"/> 他, 他的		<input type="checkbox"/> 非二元, 其 <input type="checkbox"/> 患者名字		
您是什麼族裔?	<input type="checkbox"/> 古巴人 <input type="checkbox"/> 波多黎各人		<input type="checkbox"/> 墨西哥人, 美國墨西哥裔 <input type="checkbox"/> 其他西班牙裔、拉丁裔或西班牙籍		
您是什麼種族或家庭背景? 可多選	<input type="checkbox"/> 阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 黑人/非裔美國人 <input type="checkbox"/> 關島人或查莫羅人 <input type="checkbox"/> 夏威夷土著 <input type="checkbox"/> 其他亞裔 <input type="checkbox"/> 不披露		<input type="checkbox"/> 美洲印第安人 <input type="checkbox"/> 華人 <input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> 薩摩亞人 <input type="checkbox"/> 其他太平洋島國人		
您是美國退役軍人嗎?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		您有殘障嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
如果您是患者, 請提供緊急聯繫人。如果我們無法聯繫到您, 我們將聯繫此人, 但是我們不會與其分享您的健康信息。 如果患者是未滿18歲的未成年人, 請提供法定監護人。	姓		名		
	與患者的關係		電話 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 手機 <input type="checkbox"/> 工作 ___ - ___ - ____		
	地址		公寓	出生日期 ___ / ___ / ___ 月 日 年	
	市		州	郵政編碼	
是否允許此人代表您與醫療團隊進行口頭溝通* (此人是否參與您的醫療護理; 是否您的醫療代表人, 或是您的法定監護人)? *排除保密服務				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

患者登記表

PATIENT REGISTRATION FORM



Continued from reverse.

您或您的家庭成員是否在NEIGHBORCARE HEALTH工作?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
您的就業情況如何?	<input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 季節性工作	<input type="checkbox"/> 兒童 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 服兵役中	<input type="checkbox"/> 自僱 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 學生
您的首選語言是哪種?			
您需要口譯員嗎?	您需要口譯員嗎?		
註冊MYCHART	您想註冊MyChart,嗎?註冊後將可在線讀取您的化驗報告,以及在線與您的醫療團隊溝通。		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
保險			
您是否有保險?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
請列出保險的信息	保險名稱		生效日期
	團體計劃號碼	會員身份號碼 #	
	投保人名稱	投保人出生日期	
您對我們的滑動費用折扣計劃感興趣嗎?	如果您需要幫助以支付醫療保健費用,我們會提供滑動費用折扣。所有患者都可以申請此計劃。參與該計劃的資格和最低費用取決於您的家庭人數和收入。有關更多信息和申請,您是否有興趣與我們的資格審核專員會面?		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
其他疑問(為患者回答,或者,如果患者是未成年人,請為法定監護人回答)			
年或月收入	您的家庭年度總收入是多少?	\$	如果更容易計算,您的家庭月總收入是多少?
家庭總人數	在聯邦所得稅申報表上報告的家庭成員人數:		
住房狀況	<input type="checkbox"/> 非無家可歸 <input type="checkbox"/> 目前非無家可歸,但在過去 12 個月內是 <input type="checkbox"/> 永久支助性住房	<input type="checkbox"/> 與別人同住 <input type="checkbox"/> 在庇護所居住 <input type="checkbox"/> 在過渡性住房居住	<input type="checkbox"/> 酒店 <input type="checkbox"/> 街道、營地、橋底、車輛 <input type="checkbox"/> 無家可歸,住所不明
流動務工/季節性工作狀況	在過去兩年的任何時候,季節性或外出農場務工是否是您或您家庭的主要收入來源?		<input type="checkbox"/> 無農場務工 <input type="checkbox"/> 是的,外出農場務工 <input type="checkbox"/> 是的,季節性農場務工