

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"/> 非二元 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> X
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"/> 跨性別男變女 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 跨性別女變男 <input type="checkbox"/> 存疑 <input type="checkbox"/> 非二元 <input type="checkbox"/> 其他: _____		<input type="checkbox"/> 性別酷兒 <input type="checkbox"/> 兩種精神 <input type="checkbox"/> 選擇不披露	
出生性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> Intersex <input type="checkbox"/> 其他: _____		<input type="checkbox"/> 不披露	
性取向	<input type="checkbox"/> 無性戀 <input type="checkbox"/> 雙性戀 <input type="checkbox"/> 男同性戀 <input type="checkbox"/> 泛性戀 <input type="checkbox"/> 酷兒 <input type="checkbox"/> 異性戀		<input type="checkbox"/> 女同性戀 <input type="checkbox"/> 全性戀 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不披露	
性別代詞	<input type="checkbox"/> 她, 她的 <input type="checkbox"/> 非二元, 其 <input type="checkbox"/> 他, 他的 <input type="checkbox"/> 患者名字		<input type="checkbox"/> 不披露 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
您是什麼族裔?	<input type="checkbox"/> 古巴人 <input type="checkbox"/> 墨西哥人, 美國墨西哥裔 <input type="checkbox"/> 波多黎各人 <input type="checkbox"/> 其他西班牙裔、拉丁裔或西班牙籍		<input type="checkbox"/> 非西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 不披露	
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"/> 美洲印第安人 <input type="checkbox"/> 黑人/非裔美國人 <input type="checkbox"/> 華人 <input type="checkbox"/> 關島人或查莫羅人 <input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> 夏威夷土著 <input type="checkbox"/> 薩摩亞人 <input type="checkbox"/> 其他亞裔 <input type="checkbox"/> 其他太平洋島國人 <input type="checkbox"/> 不披露		<input type="checkbox"/> 亞洲印度人 <input type="checkbox"/> 菲律賓人 <input type="checkbox"/> 韓國人 <input type="checkbox"/> 越南人 <input type="checkbox"/> 白人	
您有殘障嗎?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
如果有, 請勾選所以選項:	<input type="checkbox"/> 溝通障礙 <input type="checkbox"/> 學習障礙 <input type="checkbox"/> 運動障礙 <input type="checkbox"/> 社會關係障礙 <input type="checkbox"/> 心理健康障礙 <input type="checkbox"/> 聽力障礙 <input type="checkbox"/> 視力障礙 <input type="checkbox"/> 思考障礙 <input type="checkbox"/> 記憶障礙			
您是否曾在美國軍隊、武裝部隊或制服部隊服役?		<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。	姓	名		
	與患者的關係	電話 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 手機 <input type="checkbox"/> 工作 ____ - ____ - ____		
如果患者是未滿18歲的未成年人, 請提供法定監護人。	地址	公寓	出生日期 __ / __ / __ 月 日 年	
	市	州	郵政編碼	

