

歡迎來到 BUI, TAYLOR, KHONG, LOWRY 醫生的診所

今天日期: _____ 家庭醫生: _____

TODAY'S DATE

PRIMARY CARE PHYSICIAN

你是如何轉介到我們診所的? HOW WERE YOU REFERRED TO OUR OFFICE?

家庭醫生/其他醫生姓名: _____ 網上 自己 其他: _____

PCP/REFERING PHYSICIAN

INTERNET

SELF

OTHER

病人資料

病人姓名: _____ 性別: 男 女

PATIENT'S NAME

姓/LAST

名 FIRST

SEX

MALE

FEMALE

住址: _____

ADDRESS

街道/STREET

城市/CITY

州/STATE

郵/ZIP CODE

電話#: 家: (____) _____ 工作: (____) _____ 手機: (____) _____

PHONE HOME

WORK

CELLPHONE

出生日期: ____/____/____ 工卡 #: _____ 電郵: _____

BIRTHDATE

SOCIAL SECURITY#

EMAIL

你希望如何被聯繫: 電話 郵寄 電郵

HOW DO YOU PREFER TO BE CONTACTED?

HOME

MAIL

EMAIL

語言: 國語 廣東話 婚姻狀況: 單身 已婚 離異 喪偶

LANGUAGE

MANDARIN

CANTONESE

MARTIAL STATUS

SINGLE

MARRIED

DIVORCED

WIDOWED

RACE: ASIAN ETHNICITY: NOT HISPANIC OR LATINO

工作資料

職業: _____ 工作地: _____

OCCUPATION

WORK ADDRESS

緊急聯絡人

緊急聯繫人姓名: _____ 與患者的關係: _____

EMERGENCY CONTACT NAME

RELATIONSHIP

聯絡人電話#: 家: (____) _____ 手機: (____) _____

PHONE

HOME

CELLPHONE

監護人或授權代言人-請填一下內容如果病人是未成年

家長/監護人姓名: _____

PARENT/GUARDIAN NAME

姓/LAST

名/FIRST

住址: _____

ADDRESS

街道/STREET

城市/CITY

州/STATE

郵/ZIP CODE

電話號碼: 家: (____) _____ 手機: (____) _____

PHONE

HOME

CELLPHONE

授權治療未成年人

我用以上提到未成年人的家長/監護人身份, 在我不能親自批准治療時, 我同意授權予 DAVID P. BUI, MD, JENNIFER B. TAYLOR, MD, DOROTHY KHONG, MD, EUGENE LOWRY, MD, INC. 向未成年人提供緊急醫療。我也同意負責該治療的費用。此許可權在簽字之日起即日生效。如果想取消授權可以通知診所。

家長/監護人簽名: _____

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE

日期: _____

DATE

請翻閱背面 →

眼科/醫療保險資料

請填寫和提供診所醫療保險卡的拷貝

主要醫療保險:

PRIMARY INSURANCE

ID#: _____ 投保人名字: _____

POLICY HOLDER'S NAME

與患者的關係: _____

出生日期: ____/____/____

RELATIONSHIP

BIRTHDATE

投保人的雇主: _____

POLICY HOLDER'S EMPLOYER

副醫療保險:

SECONDARY INSURANCE

ID#: _____ 出生日期: ____/____/____

BIRTHDATE

投保人的雇主: _____

POLICY HOLDER'S EMPLOYER

眼科保險: VISION SERVICE PLAN (VSP)- MEDICAL EYE SERVICE (MES)- SUPERIOR VISION PLAN (SVP)- EYE MED

保險持有人: _____ 自己 其他 _____

SUBSCRIBER'S NAME

SELF

OTHER

ID #: _____ 出生日期: ____/____/____

BIRTHDATE

DAVID P. BUI, MD, JENNIFER B. TAYLOR, MD, DOROTHY KHONG, MD, EUGENE LOWRY, MD, INC. 對病人或
未成年人所提供的醫療服務，我要求了解付款和其他有關的利益。我明白是我的責任去驗證我的保險是否承包醫生
所提供的醫療服務。我也明白即使有些費用是醫療保險會退還的，我依然要先付費。我同時授權以上的醫生可以對
保險公司提供我或未成年人的資料和其他有關的醫療資料。我也同意負責門診費，免賠額和其他保險不承包的費
用。診所不會設置免賠額和門診費的金額或確定那一項醫療服務是保險承包的，這個決定是由病人的醫療保險公司
決定。如果付款時有銀行拒絕診所被收罰款，病人需要付費。我明白在此簽字的意思是，我已閱讀，理解並同意上
述內容。

病人簽名: _____

正楷名字: _____

PATIENT SIGNATURE

PRINT NAME

如果病人是未成年必須由家長或監護人簽名

IF PATIENT IS A MINOR

家長/監護人簽名: _____

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE

保險流通與責任隱私通知

我們診所為了符合健康保險流通與責任法案 (HIPAA) 的隱私條例將為您提供資料隱私。請在下面簽名確認您已收到該通知。
由本人簽字，我承認我已經收到了診所 ALAMEDA EYE PHYSICIANS 隱私慣例的通知。

簽名: _____

正楷名字: _____ 日期: _____

PATIENT SIGNATURE

PRINT NAME

DATE