

新病患信息

歡迎來我們的診所。請您填寫好這份表格並交予我們的前台以便我們準備您的紀錄。謝謝。

個人信息 (請清晰填寫)

姓名 _____ 日期 _____
住址 _____ 公寓號 _____
城市 _____ 州 _____ 郵編 _____
電話: 家庭 (____) _____ 手機 (____) _____
工作 (____) _____ 郵件 _____
生日 ____/____/____ 年齡 _____ 性別 _____ 社會福利號 # _____ - _____ - _____
職業 _____ 公司 _____
婚姻狀況 單身 已婚 寡居 離婚
伴侶名字 _____ 公司 _____
工作電話 (____) _____ 手機 (____) _____

未成年或者學生請填寫以下信息 ****

父母保險信息: 母親 ____ 父親 ____ ****

父親姓名 _____ 公司 _____
家庭住址 _____ 聯繫電話 (____) _____
母親姓名 _____ 公司 _____
家庭住址 _____ 聯繫電話 (____) _____

介紹人:

朋友/親戚 報紙/宣傳單 其他 _____
 醫生 _____ 聯繫電話 () _____
(姓名)

請填寫以下所有的信息!

如果您今天不會以現金付費，請提供您醫療保險卡的複印件。** 若您有視力服務計畫 (VSP)，請務必先得到預先授權！如果您的保險是HMO而且今日是因醫療原因而來，而我們有在您的HMO網內的話，我們也需要您的預先授權而便於報保險。

今日是否以現金付費？ 是 不是
 MEDICARE? ID# _____ MEDI-CAL? ID _____
 工傷賠償？ 受傷日期 ____/____/____
 其他醫療保險 _____
受保人全名 _____ 受保人聯繫電話 _____
保險卡號碼 _____ 保險單/保險群號碼 _____
受保人生日 ____/____/____

我請求,授權支付的醫療和/或保險利益以我的名義提供的任何服務。我授權持有人的任何醫療信息發布給我的保健籌資管理局及其代理商、或任何保險公司我可能有任何所需資料,確定這些優點或應予支付的津貼的有關服務。

簽名 (本人或未成年人的家長) _____ 日期 _____

REVISED 4/01

PENINSULA LASER EYE MEDICAL GROUP