

张秀英 D.P.M

地址: 3838 California Street, Suite #514 ♦ San Francisco, California 94118

Tel 电话号: 415-386-3338 (feet)

Patient Registration Form 病人登记表格

Patient Information 病人资料

Last Name 姓: _____ First Name 名字: _____ Middle Name 中间名: _____

Home Address 地址: _____ City/State 城市/州: _____

Zip 邮政号码: _____ Home Phone 家庭电话号码: _____

Cell 手机号码: _____ Social Security# 社会安全号码: _____

Date of Birth 出生日期: _____ Age 岁数: _____

Email 电邮: _____

Marital Status 婚姻状况: S 单身 M 已婚 D 离婚 W 丧偶 _____

Name of Spouse/Partner 伴侣名字: _____

Employer 雇主: _____ Occupation 职业: _____

Address 地址: _____ City/State 城市/州: _____ Zip 邮政号码: _____

Work Phone 工作电话: _____

Primary Care Physician 家庭医生

Name 姓名: _____ Phone 电话: _____

Address 地址: _____ City/state 城市/州: _____ Zip 邮政号码: _____

Emergency Contact 紧急联系人

Name 姓名: _____ Phone 电话: _____

Address 地址: _____ City/state 城市/州: _____ Zip 邮政号码: _____

Relationship 与病人关系: _____

Insurance Information 保险资料

Name of Primary Insurance Company 主要医疗保险公司: _____

Phone 电话: _____ Policy Number 保单号码: _____

Subscriber Name 保单人名字: _____ Date of Birth of Subscriber 保单人出生日期: _____

Relationship to patient 报保单人与病人关系: Self 本人 Spouse 配偶 Child 小孩 Other 其他: _____

Name of Secondary Insurance Company 次要医疗保险公司: _____

Phone 电话: _____ Policy Number 保单号码: _____

Subscriber Name 保单人名字: _____ Date of Birth of Subscriber 保单人出生日期: _____

Relationship to patient 报保单人与病人关系: Self 本人 Spouse 配偶 Child 小孩 Other 其他: _____

Filled by 填写表格人姓名: _____ Signature 签名: _____ Date/日期: _____

Patient Consent Form 病人同意书

我明白签了这份同意书，我授权于张秀英医生合法地使用我的资料用于治疗，账单和保健业务（简称 PTO）。我同时同意张秀英医生致电，留言或见面本人有关于医疗方面，例如提醒预约时间，医疗保险，治疗或者实验结果。

我同意张秀英医生寄任何关于 PTO 去我的住宅或其他地址，任何资料将保密处理。我也同意张秀英医生联系以下联系人关于账单问题，实验报告或任何关于治疗的问题。

Name 名字: _____ Relationship 关系: _____ Phone 电话: _____

Name 名字: _____ Relationship 关系: _____ Phone 电话: _____

Name 名字: _____ Relationship 关系: _____ Phone 电话: _____

如果我不签署这份同意书，张秀英医生有权利拒绝对我的治疗除非法律上必须。我有权撤销这份同意书只限在张秀英医生非法地透露我的资料。我可以要求使用泄密资料表格用于撤销这份同意书，或者我可以简单地写信与张秀英医生。

我已阅读和明白上诉内容。我明白作为一个病人的财务责任。

Signature of Patient 病人签名 _____ Date 日期: _____

Patient name 病人名字 _____

FOR MINORS ONLY 仅限于未成年人

18 岁以下病人，签署家长/监护人认可治疗和同意成为保单上的监护人，除非另行书写通知。

Print Name 名字: _____ Signature 签名: _____

Relationship 关系 _____ Today's Date 今日日期: _____

张秀英 D.P.M

3838 California Street, Suite #514 ♦ San Francisco, California 94118

电话号 Tel: 415-386-3338 (feet)

Last Name 姓: _____ First Name 名字: _____ Middle 中间名字: _____

DOB 生日: _____ Age 年龄: _____ Sex 性别: F 女 M 男 _____ Marital Status 婚姻状态 _____

Height 高度 _____ Weight 体重 _____ Weight one year ago 一年前的体重 _____ Children/小孩数量 _____

I am 平时惯用 Left Handed 左手 Right Handed 右手 PCP/家庭医生 _____

Occupation/职业 _____

Have you ever been treated by a podiatrist before 之前是否看过其他足科医生? YES 是 NO 否

If yes, what was your foot problem 如果是, 因为什么足部问题? _____

What if your specific foot problem for this visit 今日的主要足部问题是什么? _____

Are we seeing you in relation to any injury/accident 你今天的足部问题是否和受伤或意外有关? YES 是 No 否

Automobile accident 车祸 Work Related Injury 工伤 Other/其他 _____

Are you on Disability? 有没有残障福利? YES 是 NO 否 如果是, 工作的最后日期 _____

Current Medical Problems 现有健康问题

Arthritis 风湿病 _____

HIV 艾滋病 _____

Asthma 气喘病 _____

Kidney Disease 肾病 _____

Bowl Disorder 手腕疾病 _____

Prostate Disease 前列腺疾病 _____

Cancer Type 癌症 11 _____

Thyroid Disease 甲状腺 _____

Chest Pain 胸口痛 _____

Ulcer 胃溃疡 _____

Diabetes 糖尿病 _____

Other 其他 _____

Emphysema 气肿 _____

Heart Failure 心脏衰竭 _____

Heart Murmur 心脏杂音 _____

Hepatitis 肝炎 _____

High Blood Pressure 高血压 _____

High Cholesterol 高胆固醇 _____

1. What medication do you take routinely? (Dose/frequency) 现正服用什么药物? 多数? 什么时候?

2. Are you allergic to any medication? 你有没有什么药物过敏? 是 YES 否 NO

If so, what are you allergic to? 如果是, 哪个? _____

Please indicate the reaction you have. 你打过敏有什么症状?

3. Past surgeries (include type and dates) 任何手术? (如果有, 什么时候和什么类型?)

How many times per week do you exercise? 每周运动几次? _____ What type? 什么类型? _____

Do you smoke now? 是否吸? 烟 YES 是 No 否 # of Packs per day? 每天几包? _____ How many years? 多少年? _____

If you quit, how long ago did you quit? 如果已戒烟, 已经戒了多少年? _____

Do you drink alcohol? 是否饮酒? YES 是 No 否 How many ounces per day? 每天多少安士? _____

Are there any diseases that run in your family? 任何家族性遗传病?

Father 父亲: alive 活着 Deceased 过世 Age and cause of death 几岁和过世原因 _____

Mother 母亲: alive 活着 Deceased 过世 Age and cause of death 几岁和过世原因 _____

Sibling 兄弟姐妹: alive 活着 Deceased 过世 Age and cause of death 几岁和过世原因 _____

Please check any illness, symptoms or problems that you have had in the last month:

请勾选所有过去一个月内曾有的病痛或者症状:

Constitutional 泛

Blood pressure 血压 _____

Respiration 呼吸问题 _____

Fever/Sweats 发烧/出汗 _____

Fatigue 疲劳 _____

Loss of appetite/weight change 食欲不振/体重下降

Musculoskeletal 肌肉

Joint Pain/Stiffness 关节痛/僵硬 _____

Muscle Pain/cramps/Weakness 肌肉痛/无力 _____

Back Pain/背痛 _____

Gastrointestinal 肠胃

Problems with bowel movements 排便问题 _____

Nausea/Vomiting 呕吐 _____

Rectal Bleeding/blood in stool 大便出血/直肠出血 _____

Abdominal Pain/Heartburn 胃痛/胃灼 _____

Eyes 眼睛

Eye Disease or injury 眼睛疾病或受伤 _____

Eye glasses/contact lenses 带眼睛或隐性眼睛 _____

Blurred/double vision 视觉模糊或双重影像 _____

Glaucoma 青光眼 _____

Skin 皮肤

Rashes/皮疹 _____

Lesions/病变 _____

Ulcers/溃疡 _____

Genitourinary/泌尿生殖器

Flank pain/侧腹痛 _____

Problems with urination/排尿问题 _____

Blood in urine/血尿 _____

Kidney Stone/肾结石 _____

Ears/Nose/Mouth/Throat 耳鼻喉科

Hearing loss 失聪 _____

Hearing noises in ear 听到有杂音 _____

Earaches and drainage 耳痛或有液体流出 _____

Nosebleeds 流鼻血 _____

Trouble swallowing/吞食困难 _____

Bleeding gums/牙龈出血 _____

Sore throat/喉咙痛 _____

Snoring/鼻鼾 _____

Voice Changes/变声 _____

Problems with thyroid/甲状腺问题 _____

Cardiovascular 心血管

Chest pain/angina 胸口痛/心绞痛 _____

Palpitations 心悸 _____

Shortness of breath 气短 _____

Swelling of feet, ankles or hands 手, 脚或脚踝肿胀 _____

Murmur 杂音 _____

Neurological 神经类

Headaches 头痛 _____

Numbness/tingling sensation 麻痹/刺痛感 _____

Tremors 震颤 _____

Head injury 头部受伤 _____

Respiratory 呼吸问题

Cough 咳嗽 _____

Spitting up blood 吐血 _____

Shortness of breath 气短 _____

Wheezing 喘息 _____

Hematologic/Lymphatic 血液/淋巴

Slow to heal after cuts 割伤复原慢 _____

Tendency to bleed/bruise 容易出血或瘀伤 _____

Blood clots 血块 _____

Past blood transfusion 曾经输血 _____

Other Symptoms 其他症状

Memory loss/confusion 记忆混乱或失忆 _____

Nervousness/anxiety 紧张/焦虑 _____

Depression 情绪抑郁 _____

Insomnia 失眠 _____

Filled by 填写表格人姓名: _____ Signature 签名 _____ Date 日期 _____

张秀英 D.P.M

3838 California Street, Suite #514 ♦ San Francisco, California 94118

电话号 Tel: 415-386-3338 (feet)

办公室政策和程序

张秀英医生尽一切可能减少医疗保健费用，你可以通过避免寄账单来帮助降低费用。为了使我们的关系的工作更加有效，以下是我们的付款政策的概要。

错过预约时间

我们将尽可能地迁就你的日程安排。相对地，我们恳请您可以准时赴约。如果你不能提前 24 小时取消预约，你将会被收取\$50 失约费。医疗保险不负责失约费。

所有费用将于提供服务当日收取

费用需在提供服务当日收取，除非提前作出安排。这适用于保险费。如果我们的办公室必须为你的保险费寄账单，你需自付\$15 手续费。此费用你的医疗保险将不承担。张秀英医生接受，现金，私人支票，Visa 和 MasterCard. 如有任何退票，将被会收取\$35 手续费。

余额

未缴清余额的病人需在下次预约前作出付款安排。如果你有财政困难，请联络我们的会计部门寻求协助。

档案的副本

如需医疗记录副本需预先支付\$25。此费用不能计入您的保险公司。

残疾表格

加州残疾表格和工人赔偿表格以外，其他残疾表格需自付\$20 手续费。你的医疗保险将不负责这费用。

账单问题/退款

如你有任何关于账单的疑问，请联系我们的账单部门。多付款项需提出书面要求，并在 30 天内得到我们办公室的确认。

药物补充

如你需要药物补充，请致电你的药房。我们不能在傍晚和周末访问病人的记录。因此，麻醉药不能在上述时间补充。

张秀英 D.P.M

3838 California Street, Suite #514 ♦ San Francisco, California 94118

电话号 Tel: 415-386-3338 (feet)

保险

张秀英医生会向医疗保险索取费用，但是病人需要负责任何医疗保险公司不承担的服务费用，包括但不限于保险费，免赔额，和不承包的服务。我同意填妥所有医疗保险表格以便我的保险公司支付和承担我的费用。以此同时我也同意支付所有医疗保险不承担的费用。

取消手术政策

病人如不能在预约手术时间前来，或在少于 48 小时前通知，将会被收取高达\$500 失约费。而这失约费将不可退还，保险公司也不承担。如果你的主诊医生认为你还没有准备好进行手术，请尽快通知我们。

此外，所有病人如取消预约并重新预约 2 次或以上将会被收取\$500 失约费。这费用保险公司将不承包和不可被退还。

福利和治疗授权

本人允许张秀英医生使用我的任何医疗报告或保险内容当有需要的时候。必要时，这份授权书会寄去保险公司。授权书正本将由张秀英医生保存。

我明白我需负责任何医疗费用当医疗保险不承担的时候。如果有任何医疗保险改变，这是我的责任向张秀英通知。在某些情况下，保险公司需在收到索赔后才能确定医疗福利。我需对全部张秀英医生的医疗账单负责当我的医疗公司拒绝支付。

隐私条例通知

滥用个人医疗资料已经成为国家问题。请你明白，我们的医疗团队不断接受培训，使他们了解和遵守隐私条例，政府法规，医疗保险携带与责任法案。我们将尽可能提供我们的病人，诚意和最优质的服务。

合法地使用病人的资料是我们的政策。因此我们有一个合法的程度去监控任何非法使用个人资料。

我已经阅读并理解上述的政策。我明白签署了本表格，我需为自己的医疗费用负责。我明白作为一个病人我的财务责任。

Signature of Patient/Legal Guardian 病人签名/监护人 _____

Relationship 与病人关系 _____ Date 日期 _____

Patient's name (print) 病人名字 (楷书) _____