

CHINATOWN GLOBAL PEDIATRICS

寶康兒科診所

139 Centre Street, Suite 314 New York, NY 10013
 846 55th Street, 2nd Floor Brooklyn, NY 11220
 7324 18 Ave, Brooklyn, NY 12204

紐約華埠中央街 139 號 314 室
 紐約布碌崙 55 街 846 號 2 樓
 紐約布碌崙 18 大道 7324 號

NEW PATIENT REGISTRATION FORM

新病人登記表

LAST NAME 姓:	FIRST NAME 名:	DATE OF BIRTH: 出生日期:	SEX: 性別:	M 男 []	F 女 []
-----------------	------------------	-------------------------	-------------	------------	------------

ADDRESS: 地址:	EMAIL ADDRESS: 電子郵件:
-----------------	-------------------------

PARENTS OR GUARDIANS INFORMATION 父母/監護人資料

NAME (姓名)	DOB 出生日期	OCCUPATION 職業	CONTACT NUMBER 聯絡電話	SOCIAL SECURITY NO: 社會安全卡號碼
FATHER 父:				
MOTHER 母:				

Child is living with (病人跟誰住在在一起): Father 父親 Mother 母親 Grandparent 祖父母 Other 其他:
 Number of children in the household 家庭中的孩子數量 个 Anyone smoke at home? Yes No 家裡有人吸煙嗎? 有 沒有

INSURANCE INFORMATION 醫療保險資料

INSURANCE NAME 保險公司名字:	
PRIMARY INSURER 受保人姓名: RELATIONSHIP TO PATIENT 與病人的關係:	
POLICY NUMBER 保險卡號碼:	
INSURED'S SOCIAL SECURITY NO. 受保人社會安全卡號碼:	

MEDICAL HISTORY 病人病例 Name of Pharmacy/Phone number (藥房和電話): _____

DURING MOM'S PREGNANCY 母親懷孕時, 是否 YES 是 NO 否 SPECIFY 說明:
 ILLNESS 疾病/MEDICATION 藥物 () () _____
 ALCOHOL 喝酒/TOBACCO 抽煙 () () _____
 OTHER DRUGS 其他藥物 () () _____

NEWBORN BIRTH INFORMATION 新生兒出生資料

GESTATIONALAGE AT BIRTH 出生時胎齡: _____ WEEKS 周 DELIVERY 分娩方式: () VAGINAL 順產 () C-SECTION 開刀
 BIRTH LENGTH 出生身長: _____ HOSPITAL OF BIRTH 出生醫院: _____
 BIRTH WEIGHT 出生體重: _____ NEWBORN SCREENING #: _____
 BIRTH HEADCIRCUMFERENCE 出生頭圍: _____ COMPLICATION AT BIRTH 分娩並發症: _____

PAST MEDICAL PROBLEM OF PATIENT 病人過去健康狀況

	YES 是	NO 否	DATE/DESCRIPTION 日期/註釋:
▪ SURGERY 手術	()	()	_____
▪ HOSPITALIZATION 住院	()	()	_____
▪ ALLERGIES 過敏	()	()	_____
▪ CHRONIC MEDICATION 長期藥物	()	()	_____
▪ SERIOUS INJURIES OR ACCIDENTS 意外受傷	()	()	_____
▪ OTHER PAST ILLNESS 其他疾病	()	()	_____

FAMILY HISTORY 家庭病例

RELATION 關係	RELATION 關係	RELATION 關係
HEART DISEASES 心臟病 () _____	MENTAL ILLNESS 精神病 () _____	LIVER DIEASES 肝病 () _____
HYPERTENSION 高血壓 () _____	DIABETES 糖尿病 () _____	BLOOD DISORDERS 血液異常 () _____
H. CHOLESTROL 高膽固醇 () _____	Depression 憂鬱症 () _____	OTHERPROBLEMS 其他疾病 () _____

INFORMATION RELEASE AND PAYMENT AGREEMENT 診治付款同意書

I, _____ am aware that if my insurance will not cover the total charges for medical care, I agree to financial responsibility for any charges not covered by my insurance carrier. I authorize payment of medical benefits to the physician or supplier for services rendered. I also authorize the release of medical information pertaining to my history in which services rendered or treatment given to me or my dependents for purpose of review of this claim. I attest the accuracy of the information on this page.

我, _____ 明白本人的醫療保險不一定會全額支付一切診治費用, 我願意支付非保險公司負擔費用, 我授權保險公司將診金直接付給醫生或其他有關服務者。我同時授權醫生提供病例以及診治資料給保險公司作為申報診費之用。我表明我所提供的資料是正確的。

PARENT'S SIGNATURE (家長簽名): _____ DATE SIGNED (簽名日期): _____