

500 Grand Ave., Suite 201, Englewood, NJ 07631 (201)886-9000 Fax: (201)227-1789

41-61 Kissena Blvd., Suite 5A, Flushing, NY 11355 (718)886-9000 Fax: (718)961-0666

220 East 161st Street, Bronx, NY 10451 (718)292-9197 Fax: (718) 292-4429

40-12 80th St ,Elmhurst NY 11372

**名字 :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

Name Last (姓) First (名) M.I.

**地址** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apt. #(公寓號碼): \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Street Address (街道地址)

City (城市): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ State(州): \_\_\_\_\_\_\_ (郵政編碼)Zip: \_\_\_\_\_\_\_\_

**出生日期:** \_\_\_\_月\_\_\_\_ **日** \_\_\_\_\_\_**年** **工卡號碼** : \_\_\_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_\_\_\_

Date of Birth : MM DD YYYY  
  
**婚姻狀况:** □**單身** □ **已婚** □ **其他 性别:** □ **男** □ **女**  
Marital Status: Single Married Other Sex: Male Female  
  
**電郵地址**(Email Address)**:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**手機號碼:** ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ 请勿发送手机预约提醒

Cellular Phone Request opt-out of receiving text for appointment reminders

**電話號碼 :** ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Home phone

**緊急聯繫名字:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**緊急聯繫電話號碼:** ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_\_\_

Emergency Contact Emergency Phone

**轉診醫生:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**電話:** ( \_\_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Referring Doctor Phone

Preferred Language: □ English □ Español □ 한국어 □ 国语 □ 廣東話 □ 日本語 □ Other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

你是如何知道我们的?:   
How did you hear about us?  
**□** 医生转诊 **□** 家人/朋友 **□** 保险公司目录**□** 互联网广告 **□** 报纸广告 **□** 电视/电台广告  
 Doctor Referral Family/Friend Insurance Directory Online Advertisement Paper Advertisement TV/Radio Advertisement

**药房信息**

**药房名字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_药房电话(\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

您在提交表格给前台时，请把您的所有保险卡提供给我们。

**主要保险Primary Insurance 你的保险需要专疹单看专科吗?** Does your insurance require a referral to see the specialist?  **□ Yes(需要) □ No(不需要)**

**保單持有人:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Subscriber’s Name Last (姓) First (名) M.I.

**持有人出生日期:** \_\_\_\_\_\_ **月** \_\_\_\_\_\_ **日** \_\_\_\_\_\_ **年** **與病人關係:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Subscriber’s DOB MM DD YY Relationship to Patient

**SIGNED: \_\_X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_**



500 Grand Ave., Suite 201, Englewood, NJ 07631 (201)886-9000 Fax: (201)227-1789

41-61 Kissena Blvd., Suite 5A, Flushing, NY 11355 (718)886-9000 Fax: (718)961-0666

220 East 161st Street, Bronx, NY 10451 (718)292-9197 Fax: (718) 292-4429

40-12 80th St ,Elmhurst NY 11372

**患者隐私指令**

**Patient Privacy Directive**

根据“健康保险流通和责任法案”（HIPPA）,隐私规则，未经您的允许，我们不会披露您受保护的健康信息（PHI）。请提供除您本人以外任何人的姓名和电话号码，以便与我们讨论下列事项：

1. 留言关于预约，治疗或测试结果。
2. 讨论您的预约和账单问题。

获授权者个人姓名 (正楷姓名) 电话号码

**经由签署此表格，本人**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**授权及（或）确认如下：**

(患者姓名/家长监护人)

1. 大都会皮肤诊所将会替我提出索赔，本人还授权此诊所直接向保险公司索取担保认可的医疗费用并发出他们所要求的任何记录。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**填写姓名简写**

1. 如果付款未收到，本人对其全部余额 (自付款（deductible）、共同保险（coinsurance、定额手续费 / 挂号费（copayment ) 保险终止日期之后发生的任何费用(fees from terminated coverage ) 承担责任。我还同意在我的帐户转让给律师或讨债公司时，对任何收款和法庭费用负责任。我同意为任何退回的支票支付35美元罚款。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**填写姓名简写**

1. 本人或我的孩子（或我合法监护的人）有可能拍摄医疗照片。我认知这些资料将会保存在我病历内，也为获得治疗的事先授权或处方批准使用。经由同意拍医疗照片，我认知不会从任何一方收到付款。即使我拒绝拍照片也不会影响到我接受的医疗护理。若有任何疑问或愿意撤回同意，我可以与诊所联系。

⎕ **我同意** ⎕ **我拒绝 \_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**填写姓名简写**

1. 大都会皮肤诊所政策，100915版，可以按我的要求复查。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**填写姓名简写**

1. 本人承认看过在诊所大厅里贴着一份“隐私权惯例通告”的副本。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **填写姓名简写**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| x |  | / / |
| 填写姓名和签名／患者或法定代里人 |  | 日期 |