

Patient Information			
姓名: Name _____		性别: Gender at Birth <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	
Last (姓)		First (名)	M.I.
出生日期: Date of Birth 月 / 日 / 年 MM DD YYYY		工卡号码: Social Security No - -	
地址: Street Address (街道地址)		Apt. #: (公寓号码)	
城市: City		州: State	邮编: Zip
电子邮件: Email Address @		婚姻状况: Marital Status <input type="checkbox"/> 单身 Single <input type="checkbox"/> 已婚 Married <input type="checkbox"/> 其他 Other	
电话号码: Home Phone () -		语言: Preferred Language <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> 한국어 <input type="checkbox"/> 日本語 <input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 廣東語 <input type="checkbox"/> Other: _____	
手机号码: Cell Phone () - <small>*If you do NOT want to receive text reminders, please inform the Front Desk staff. *若您不愿意收到预约提醒短信请通知前台。</small>		紧急联系号码: Emergency Phone () -	
紧急联系人名字: Emergency Contact	与病人的关系: Relationship		
转诊医生: Primary/ Referring Doctor		电话: Doctor Phone () -	
药房名字: Preferred Pharmacy Name		药房电话: Preferred Pharmacy Phone/ Region () -	

Insurance Information			
主保险: Primary Insurance Name			
*你的保险需要专疹单看专科吗? <input type="checkbox"/> 需要 Yes <input type="checkbox"/> 不需要 No			
保险持有人: Subscriber's Name _____			
Last (姓)		First (名)	M.I.
持有人出生日期: Subscriber's DOB 月 / 日 / 年 MM DD YYYY		与病人的关系: Relationship to Patient	

签名 Signature: X _____ 日期 Date: _____ / _____ / _____

HIPAA Privacy Authorization 病人隐私指令

根据“健康保险流通和责任法案”(HIPAA)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

Treatment Consent 治疗同意

(缩写姓名) 本人授权同意大都会皮肤诊所进行医疗服务。这会包括由医生, 助理医师, 执业护士来配药, 测验治疗手术等, 为诊断测试时所需的医疗服务。

Authorization & Assignment 授权和利益转让

(缩写姓名) 本人授权大都会皮肤诊所为处理保险索赔, 向保险公司披露我的医疗记录和所需的信息, 并授权此诊所索取保险公司认可的费用。并且明白本人要对保险公司不承保的任何余额负责。

Medicare Claims 联邦医疗保险(俗称红蓝卡)索赔

(缩写姓名) 我们是属于联邦医疗保险计划的提供者。根据合约, 我们会接受对我们的医疗服务分配的理赔。病人有责任支付每年的免赔额和 20%共同保险。在适用的情况下, 我们也会向病人的副保险申请索赔。若副保险在 60 天之内未付款, 病人则会收到医疗账单。

Payment Guarantee 保证付款

(缩写姓名) * **Patient Responsibility. 病人的责任。**

本人明白如果有任何项目不属于保险承包责任范围, 本人将会负全责。我同意在收到账单通知后 30 天之内付款, 否则会产生额外的附加费用。 这项适用于无论我是否有 HMO, PPO, 或者其他健康保险计划。本人理解如果我有拖欠账务, 账单会被代理收账公司管理。代收手续费包括不超过未付余额的 30%, 必要时不限于代收中介费/收款代理费, 律师费, 申请费和法院费用等都会加到您的账单。

* **Contracted Insurers. 签约保险人。**

若我们与您的保险公司有合约, 接受您的保险计划, 我们为您向保险公司提出索赔。

您的责任支付如下:

- Co-payments (共付额) - Annual deductibles (年度免赔额)
- Coinsurances (共同保险) - Non-covered services (不承保的服务)

* **Non-Covered Services. Insurers routinely state, "The determination of benefit is made at the time of the claim is received." 不承保的事项。 保险公司通常会说“在收到索赔时即确定利益”**

在我们收到保险公司的 EOB (保险理赔的解释说明) 之前, 我们通常不会知道治疗是否在承保范围内。关于保险不承保的项目, 我们会在收到您的 EOB 之后, 寄给您账单。项目可能会被保险公司拒绝承保的因为如下: 1) 医疗上不必要的 2) 前已存在的疾病 3) 属于美容的。在红蓝卡计划或健康保险拒绝理赔的情况下, 我同意支付全部金额。

* **Transfer of Credit Balance. 转移 Credit 余额。**

保险或其他资源退回来的 Credit 余额能适用在受保人或其家人的账户上。

*** Pathology & Laboratory Charges. 病理和实验室的费用。**

最终的实验室费用是当时无法预料的，且不在本诊所的控制下。临床实验室为了澄清或确认诊断而将进行所有必要的测试，因此会产生附加费用。您将承担保险不包的任何费用。

Fees 费用

(缩写姓名) *** Co-Pay Rebilling Charge. 对共付额重新计费的手续费。**

根据与您保险公司的合约，病人必须当天支付共付额。如果您要求寄出其账单而不是当时支付，则会加上\$10的手续费。

*** Insurance Charge. 保险费**

如果本人在保险索赔提交截止日期之前不提供正确的保险信息给此诊所，该医疗费将会全自负。

*** Returned Checks. 退回的支票** 关于退回的支票，您会被收取\$25 手续费，该支票也会转给代理收账公司实践进一步的查询。

*** Transfer of Records. 医疗记录费用**

按地区手续费用如下

New York 纽约: 每一张复印\$0.75 美金，对医疗诊断图像也有些许的费用，以及邮票费。

New Jersey 新泽西州: 前 100 张每张\$1 美金，之后每张\$0.25，总额不能超过\$200 美金。

Appointment Cancellation or 'No Show' Policy: 取消预约或失约

(缩写姓名) 若本人无法前往预约，需

至少在 24 个小时前会通知大都会皮肤诊所，如果没有按时取消（24 小时以内取消），会被视为失约，本人明白“失约”会被收取\$ 50 美金费用。本人清楚明白回答留言机器是不会被接受为取消的。
。这项罚款不能计入到保险公司。

本人同意提供信用卡信息，用于支付\$50 失约的罚款¹。

本人同意一定要至少在 24 个小时之内取消或改期，避免被收取失约费用。

如果收到有网站链接的预约确认短信时，您可以拨打 718-886-9000，大都会诊所会根据你的需要帮您改期。

Medication Refills 处方重配

(缩写姓名) 病人将给予足够药物直到下次就诊。对于六个月前开出去的处方，若需要重配，病人则需要复诊。某些药物可以开一次性的重配，具体会取决于药物种类。

No Insurance Card 医疗保险卡

(缩写姓名) 您在首次登记或每当需要更改资料，必须出示保险卡以及带有照片的身份证明。皆因最近不幸医疗保险诈骗事件，我们无法服务当天没携带医疗卡及身份证明的病人，若不能出示保险卡和身份证明，需要再预约时间。

如果没携带着保险卡还要首次看医生，您要自付医疗费用。

签名: X _____

Signature

日期: _____ / _____ / _____

Date

*我们会将您的信用卡信息存储在第三方供应商处 **Stripe**。Stripe

将信息存储在单独的安全网站中。这使我们能够在我们的系统里运行信用卡交易。办公室人员无法接触您的信息。系统只会显示您信用卡的最后 4 位数字。

日期: Date _____ / _____ / _____ MRN: _____ (仅供办公室填写)

患者姓名: Patient's Name _____

患者筛查问卷

Patient Pre-screening Questionnaire

(Updated in July 2022)

由于新冠病毒(COVID-19)大流行和猴痘(Monkeypox)疫情.

的原因,所有患者和监护人/家长必须在就诊之前填写这份表格。只有一位成人家长/监护人陪同未成年患者或行动不便患者进入诊疗室。感谢您的合作。

1. 在过去 14 天内,您或家人是否出现过任何症状,例如皮疹或皮肤病变、发烧、头痛、喉咙痛、疲劳?
是(Yes) 否(No)
2. 过去 14 天内,您是否在有过新冠病毒(COVID-19)检测呈阳性?
是(Yes) 否(No)
3. 在过去 21 天内,您是否在有过猴痘病毒(Monkeypox virus)或正痘病毒属(Orthopox virus)检测呈阳性?
是(Yes) 否(No)
4. 在过去 21 天内,您是否密切接触过任何确诊新冠病毒(COVID-19),猴痘病毒(Monkeypox virus)的患者或因此居家隔离的人?
是(Yes) 否(No)

您下方的签名,证明以上回答均属实。若您没有如实回答或故意隐瞒信息会被拒绝医疗服务,并可能受适用于法律约束。

患者/监护人(家长) 签字 Patient/ Caregiver Signature **X** _____