

Patient Information			
姓名: Name		性别: Gender at Birth	
Last (姓)	First (名)	M.I.	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female
出生日期: Date of Birth		工卡号码: Social Security No	
月 /	日 /	年	- -
MM	DD	YYYY	
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	
手机号码: Cell Phone		<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 廣東語 <input type="checkbox"/> Other: _____	
()	-		
<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>			
紧急联系人名字: Emergency Contact	与病人的关系: Relationship	紧急联系号码: Emergency Phone	
		() -	
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		与病人的关系: Relationship to Patient	
月 /	日 /	年	
MM	DD	YYYY	

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

*** 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

*** Co-Pay Rebilling Charge. 对共付额重新计费的手续费。**

(缩写姓名)

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。

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

若本人无法前往预约，需

(缩写姓名)

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

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，

(缩写姓名)

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

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。

(缩写姓名)

肖像权使用授权书

我同意 MD 或其代表拍摄我的照片和/或视频录像，以纳入我的医疗档案。此外，我允许 MD 将去标识化的病情图像用于医疗培训或营销目的。我同意这些图像的使用，并理解我无权享有任何所有权或特许权使用费。

(缩写姓名)

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。