

張秀英 D.P.M

地址: 2250 Hayes Street, Suite 206 * 三藩市, 94117 * 電話號碼: 415-386-3338

Patient Registration Form 病人登記表

Demographic Information 人口統計資訊

Last Name 姓: _____ First Name: 名字 _____

Middle Name 中間名字: _____

Address 地址: _____ City 城市: _____

State 州: _____ Zip Code 郵政編碼: _____

Home Phone 家庭電話號碼: _____ Cell Phone 手機號碼: _____

Social Security number 社會安全號碼: _____ - _____ - _____

Date of Birth 出生日期: _____ Age 歲: _____ Sex 性別: F 女 ☐ M 男 ☐

Email 電子郵件: _____

Marital Status 婚姻狀況: single 單身 ☐ married 已婚 ☐ divorced 離婚 ☐ widow 寡婦 ☐

Name of spouse or partner 配偶或伴侶的姓名: _____

Emergency Contact 緊急聯絡人

Name 姓名 _____ Phone 電話號碼: _____

Address 地址: _____ City 城市: _____

State 州: _____ Zip Code 郵政編碼: _____

Relationship 關係: _____

Employment 就業

Employer 雇主: _____ Occupation 職業: _____

Address 地址: _____ City 城市: _____

State 州: _____ Zip Code 郵政編碼: _____

Work phone 工作號碼: _____

Primary Care Doctor 家庭醫生

Doctor's Name 醫生姓名: _____ Phone number 電話號碼: _____

Address 地址: _____ City 城市: _____

State 州: _____ Zip Code 郵政編碼: _____

Pharmacy 藥局

Name 姓名: _____ Address 地址: _____

Insurance Information 保險資訊

Name of primary health insurance company 主要健康保險公司名稱: _____

Phone number 電話號碼: _____ Policy number 保單碼: _____

Subscriber name 保單人名字: _____ Date of Birth 出生日期: _____

Relationship to Patient 報保單人與病人關係: self 自己 ☐ spouse 配偶 ☐ child 小孩子 ☐

Filled by 填寫表格人姓名: _____

Signature 簽名: _____ Date 日期: _____

Patient Consent Form 病人同意書

我授權 張秀英醫生 出於治療、付款和醫療保健運營 (TPO) 的目的使用和披露我的受保護健康信息, 但“限制申請表”中規定的任何限制除外。受保護健康資訊是指我們創建或接收的個人識別訊息, 包括與我的身心健康狀況相關的人口統計信息, 用於為我提供醫療保健服務以及收取醫療服務費用。

醫師可能會打電話到我家或其他地點, 透過語音信箱或親自留言, 告知我任何有助於診所進行 TPO 的事項, 例如預約提醒、保險事項, 以及任何與我的臨床護理有關的電話, 包括實驗室結果等。

經此同意, 張秀英醫師可以將任何有助於診所執行 TPO 的物品 (例如, 病患聲明, 只要其標記為「個人」或「機密」)。此外, 我授權 張秀英醫師與以下家庭成員、配偶、室友或其他個人溝通帳單事宜、化驗結果或任何與我的治療和照護相關的資訊。

Name 名字: _____ Relationship 關係: _____

Phone 電話: _____

Name 名字: _____ Relationship 關係: _____

Phone 電話: _____

我瞭解，如果我拒絕簽署此同意書，張秀英醫師有權拒絕為我提供服務。我有權以書面形式撤銷此同意，除非張秀英醫生已依據我先前的同意進行披露。我可以使用我們的「資訊揭露授權表」申請撤銷，或隨時以書面形式致函 張秀英醫師。

我已閱讀並理解上述關於張秀英醫生可能向我提供的治療同意書的聲明。簽署此同意書即表示我承擔所有接受我治療的費用。

Signature of Patient 患者簽名: _____ **Date** 日期: _____

Print Name 病人名字: _____

FOR MINORS ONLY 僅限於未成年人

18歲以下的病人，簽署家長/監護人認可治療和同意成為保單上的監護人，除非另行書寫同志。

Print Name 名字: _____

Signature 簽名: _____ **Today's Date** 今天的日期: _____

Patient Medical History 患者病史

Last Name 姓: _____ **First Name** 名字: _____

Height 高度: _____ **Weight** 重量: _____ **Weight one year ago** 一年前的體重: _____

How many children 有多少個孩子? _____

Have you been treated by a podiatrist before 之前是否看過其他足科醫生? 有 ☐ Yes ☐ No 沒有 ☐

If yes, what was your foot condition? 如果是，你的腳部狀況如何

What is the reason for your visit today? 您今天來訪的原因是什麼?

Are we seeing you for an injury or accident? 我們是因為受傷或發生事故才來看你的嗎? ☐ 有 Yes ☐ No 沒有

What date of injury or accident? 受傷或事故發生的日期是? _____

Current Medical Problems 現有健康問題

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Arthritis 關節炎
_____ | ☐ Heart Disease 心臟病
☐ Hepatitis 肝炎
☐ High Blood Pressure 高血壓
☐ High Cholesterol 高膽固醇
☐ HIV/ AIDS 愛滋病毒/愛滋病
☐ Kidney Disease 腎臟病
☐ Liver Disease 肝臟疾病
☐ Lung Disease 肺部疾病
☐ Mental Health Disorder
精神障礙
☐ Neurological Disorder
神經系統疾病 | ☐ Neuropathy 神經病
☐ Parkinson's 帕金森氏症
☐ Prostate Disease 攝護腺疾病
☐ Sports injuries/Accidents
運動傷害/事故
☐ Stroke 中風
☐ Thyroid Disease 甲狀腺疾病
☐ Ulcer 潰瘍 |
| ☐ Atrial Fibrillation 心房震顫
☐ Back Pain 背痛
☐ Blood Clot 血凝塊
☐ Bowel Disorder 腸道疾病
☐ Cancer Type 癌症
_____ | | |
| ☐ Diabetes 糖尿病
☐ Glaucoma 青光眼 | | |

☐ Other 其他: _____

List all medication(s) and supplement(s) you take regularly 列出您定期服用的所有藥物和補充劑

Are you allergic to any medication? 您有沒有對什麼藥物過敏 ☐ Yes 有 ☐ No 沒有

If yes, list them and your reaction 如果是，請列出並說明您的反應

List all surgeries and year 列出所有手術和年份

List all hospitalizations/urgent care visits and year 列出所有住院/緊急護理就診和年份

Do you smoke 你抽煙嗎? ☐ Yes 有 ☐ No 沒有

How many pack(s)/cigarettes per day 每天抽多少包/支香菸 _____ How many year(s) 多少年 _____

Do you drink alcohol 你喝酒嗎? ☐ Yes 有 ☐ No 沒有 How many times per week 每週幾次? _____

Do you use drugs 您是否吸毒？ ☐ Yes 有 ☐ No 沒有 How many times per week 每週幾次？ _____

Do you drink coffee or tea? 你喝咖啡/茶嗎?? ☐ Yes有 ☐ No 沒有 How many cups per day? 每天幾杯? _____

Do you exercise 你運動嗎? ☐ Yes有 ☐ No 沒有

How many times per week 每週幾次? _____

What type(s) of exercise 什麼類型的運動 _____

Are there any disease that run in your family? 任何家族性遺傳病? _____

Family Members 家庭	Alive 還活著	Deceased 過去的方式	Age 年齡	Medical Condition(s) 醫療條件
Mother 母親				
Father 父親				

辦公室政策

醫師竭盡所能，力求將醫療費用降至最低。您可以免除我們向您收取費用的麻煩，這對我們大有裨益。為了更有效地維護我們的合作關係，以下是我們診所政策的摘要。

錯過預約/最後一刻取消費用

我們將盡力滿足您的預約需求。如果您無法赴約，請至少提前兩個工作天（48小時，週一至週五）致電我們辦公室告知我們。我們無法回覆簡訊或電子郵件。所有未按預約時間就診或在最後一刻取消預約的患者，將收取75美元的費用。您的健康保險計劃不涵蓋任何錯過的預約或最後一刻取消預約的情況。

所有付款應在服務時支付

服務時需付款。這包括適用的共同保險和參與保險公司的共同支付。醫生接受現金、個人支票、Visa卡和MasterCard卡。所有退回支票將收取35美元的服務費。

病患財務協議

根據《民法典》第1785.27條，本醫療債務合約的持有人不得向消費者信用報告機構提供任何與該債務相關的資訊。除法律允許的任何其他處罰外，如果任何人明知故犯地違反該條款，向消費者信用報告機構提供與該債務相關的信息，則該債務無效且不可執行。

記錄副本

若要取得您的醫療記錄副本以供個人使用，需支付 25 美元的手續費。

填寫表格

除加州殘障和工傷賠償表格外，填寫所有保險和殘障表格均需預付 25 美元。此費用不會向您的保險公司收取。

帳單問題/退款

如果您對郵件中的帳單有任何疑問，請聯絡我們的帳單辦公室，以便我們更好地為您提供協助。多付款項將在我們辦公室確認後 30 天內根據書面申請退還。

藥物續配

所有藥物續配，請直接聯絡您的藥局。我們無法在晚上和週末存取病患記錄。因此，在這些時間內無法提供麻醉藥品續配服務。

保險

張秀英醫生將免費向參與的保險公司開立帳單；但是，您需自行承擔所有未包含在您的醫療保險單據中的費用，包括但不限於共同支付、自付額、共同保險以及未涵蓋的服務。您也同意填寫所有必要的文件，以便保險公司支付您的理賠費用；如果您的保險公司未代您支付理賠費用，您同意承擔所有費用的全部責任。

福利及治療授權轉讓

您授權將任何必要的醫療或其他資訊揭露給張秀英醫生、您的保險公司或任何其他醫療機構，以確定福利或相關設備或服務的應付福利。如有任何要求，我們將向您的保險公司或其他機構發送此授權書的副本。張秀英醫生將保留授權書原件。

您瞭解，您應對醫療福利未涵蓋的任何費用向醫療機構承擔財務責任。您有責任將您的醫療保險範圍的任何變更通知張秀英醫生。在某些情況下，確切的保險福利只有在保險公司收到理賠申請後才能確定。如果已提交的理賠申請或其中任何部分被拒付，您將承擔張秀英醫生和/或您的醫療保險機構確定的全部帳單或帳單餘額。

隱私保護措施通知

個人健康資訊的濫用已被認定為全國性問題。我們謹此告知您，我們的員工、管理人員和醫生均持續接受培訓，以了解並遵守政府關於1996年《健康保險流通與責任法案》(HIPAA)的規章制度，尤其強調「隱私規則」。我們致力於在為患者提供服務時達到最高的道德和誠信標準。

我們的政策是根據政府規章制度、法律法規，妥善確定個人健康資訊的適當用途。作為該計劃的一部分，我們實施了一項合規計劃，以監督防止任何不當使用個人健康資訊的行為。

我已閱讀並瞭解上述政策。簽署此表格，即表示我同意承擔張秀英醫生為我提供的所有服務的財務責任。

Signature of Patient / Parent/Legal Guardian
病患/父母/法定監護人簽名

Relationship 關係

Patient Name (print) 列印名稱

Date 日期