

New Patient Information 新病人簡歷表

ANDREW NAING, M.D. 陳泰吉醫師

Personal Information ( Please Print ) 個人資料 (請用正楷)

Patient's Name 病人姓名 Last 姓 First 名 MI 中間名 ( ) M / ( ) F 男 女 DOB: 出生日期 mm 月 dd 日 yy 年

Address: 住址 Street 街 City 城市 State 州 Zip 郵區

SSN: 工人卡號碼 Phone 電話 Home 家 ( ) Work 工作 ( )

Complete If Under 18 Years Or A Student: 如果你是十八歲以下或學生請完成以下資料

Father's(Guardian's) Name: 父親或監護人姓名 SSN 工人卡號碼

Mother's(Guardian's) Name: 母親或監護人姓名 SSN 工人卡號碼

Parent/Guardian's Address: (If different from patient's) Phone: 電話 ( )

父母或監護人的住址(如果與病人不同)

Insurance Information 保險資料

Does the patient's insurance company also cover other family members? 病人的保險是否也適用於家庭的其他成員?

( ) Yes 是 ( ) No 否 If yes, please name the main policyholder for the family (if different from the patient)? 如果是, 請寫出家庭主要受保人的姓名(如果與病人不同)

Main Policyholder's Name: 主要的受保人姓名 Last 姓 First 名 MI 中間名 ( ) M / ( ) F 男 女 DOB: 出生日期 mm 月 dd 日 yy 年

Main Policyholder's Relationship to Patient 病人與主要的受保人的關係 ( ) Self 自己 ( ) Spouse 配偶 ( ) Parent/Guardian 父母或監護人 ( ) Other 其他

Primary Insurance Co. 首要的保險公司名稱 Main Policyholder's SSN 主要的受保人的工卡號碼

Plan Name 計劃名稱 ID # 保險卡號碼 Group # 組別號碼

Secondary Insurance Co. and Address 次要的保險公司名稱和地址

Plan Name 計劃名稱 ID # 保險卡號碼 Group # 組別號碼

Main Policyholder's Occupation 主要的受保人的職業 Employer 雇主

Employer's Address 雇主的地址

Is the patient personally responsible for the payments of his/her fees? 病人是否親自負責醫療費用?

( ) Yes 是 ( ) No 否 If not, who is? 如果不是, 誰?

Name 姓名 Relationship 關係 DOB 出生日期 Mm 月 dd 日 yy 年

Address 住址 Phone 電話 ( )

Primary Care Doctor's Name 家庭醫生姓名 Phone 電話 ( )

Address 地址

Referral 轉診

Who were you referred by? 是誰介紹的? ( ) Friend/Relative 朋友或親戚 Name 姓名 ( ) Primary Care Doctor 家庭醫生 ( ) Yellow Pages 黃頁 ( ) Seminar 講座 ( ) Newspaper 報紙 ( ) Internet 網絡 ( ) Other 其他

Who Should We Contact In Emergencies? 緊急聯絡人

Name and Address 姓名和住址

Relationship 關係 Phone 電話 ( )

I hereby authorize direct payment of medical benefits to Dr. Andrew Naing for services rendered by him in person or under his supervision. I understand that I am financially responsible for any balance if my insurance is invalid. 我同意由我受保的保險公司直接支付陳泰吉(DR. Andrew Niang)醫師提供服務的醫療費用。如果我的醫療保險無效時, 我願意負責清還所有的醫療費用。

Print Name 正楷姓名 Relationship to Patient 關係

(Parent or Guardian if patient is minor)(父母或監護人如果病人未成年) Signature 簽名 Date 日期