

New Patient Information 新病人簡歷表

ANDREW NAING, M.D. 陳泰吉醫生

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

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

Address : _____
地址 Street 街 City 城市 State 州 Zip 郵區

SSN: 工人卡號碼 _____ Phone 電話 Home 家(_____) _____ Cell 手機 (_____) _____

Complete If under 18 Years Or A Student: 如果未滿十八歲或學生請完成以下資料

Father's (Guardian's) Name: 父親 (監護人) 姓名 _____ SSN: 工卡號碼 _____

Mother's (Guardian's) Name: 母親 (監護人) 姓名 _____ SSN: 工卡號碼 _____

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

父母或監護人地址(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其他家庭成員?

() Yes () No If yes, please name the main policyholder for the family (if different from the patient).
是 否 如果是, 請列出家庭的主要受保人的姓名 (如果與病人不同)。

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

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

Primary Insurance Co. _____ Main Policyholder's SSN: _____
首要的保險公司名稱 主要受保人工卡號碼

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

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

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

Main Policyholder's Occupation 主要受保人的職業 _____ Employer 雇主 _____

Employer's Address 雇主的地址 _____

Is **the patient** personally responsible for the payments of his/her fees? 病人是否親自負責支付自己的醫療費用?

() 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 地址 _____

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

Address 地址 _____ Fax 傳真 (_____) _____

Referral 轉診

Who were you referred by? () Friend/Relative 朋友/親戚 Name 姓名 _____
是誰介紹的?

() Primary Care Doctor 家庭醫生 () Yellow Pages 黃頁 () Seminar 講座

() Newspaper 報紙 () Internet 互聯網 () Other 其他 _____

Who Should We Contact In Emergencies? 緊急聯絡人

Name and Address 姓名和地址 _____

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醫生(Dr. Andrew Naing) 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 _____