



患者登记/信息表  
(PATIENT REGISTRATION/INFORMATION SHEET-CHINESE)

姓名: \_\_\_\_\_  
姓 名 中间名

出生日期: \_\_\_\_\_ 性别: 男 女 婚姻状况: \_\_\_\_\_  
社会保险号码: \_\_\_\_\_ 电子邮件地址\*: \_\_\_\_\_  
街道地址: \_\_\_\_\_ 城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮编: \_\_\_\_\_  
家庭电话: \_\_\_\_\_ 手机: \_\_\_\_\_  
单位电话: \_\_\_\_\_ 第一语言: \_\_\_\_\_

人种:  美洲印第安人  亚洲人  非裔美国人  夏威夷土著  白人  其他  未知  
种族:  西班牙裔/拉丁美洲人  非西班牙裔/拉丁美洲人  
宗教信仰(可选): \_\_\_\_\_

\*提供电子邮件地址即意味着您选择接收 Hoag 医疗集团及其附属机构的电子邮件通信。

就业情况: \_\_\_\_\_  
工作单位: \_\_\_\_\_ 职业: \_\_\_\_\_  
街道地址: \_\_\_\_\_ 城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮编: \_\_\_\_\_  
退休日期(如有): \_\_\_\_\_ 配偶的退休日期(针对 Medicare 保险患者): \_\_\_\_\_

紧急联系人: \_\_\_\_\_ 关系: \_\_\_\_\_  
街道地址: \_\_\_\_\_ 城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮编: \_\_\_\_\_  
家庭电话: \_\_\_\_\_ 手机: \_\_\_\_\_  
单位电话: \_\_\_\_\_

本人特此允许在无法联系到本人的情况下与上述人员联系。 本人还允许任何主治医生或医生代表就本人或本人的身体状况与此人交谈, 包括但不限于化验/病理/诊断测试结果。  是  否

原保险:  HMO 保险  POS/PPO 保险  Medicare 保险  现金保险  其他: \_\_\_\_\_  
保险公司名称: \_\_\_\_\_ 团险保单号: \_\_\_\_\_ 保单/身份证号: \_\_\_\_\_

再保险:  HMO 保险  POS/PPO 保险  Medicare 保险  现金保险  其他: \_\_\_\_\_  
保险公司名称: \_\_\_\_\_ 团险保单号: \_\_\_\_\_ 保单/身份证号: \_\_\_\_\_

原保险投保人: \_\_\_\_\_ 关系: \_\_\_\_\_  
出生日期: \_\_\_\_\_ 社会保险号码: \_\_\_\_\_  
就业情况: \_\_\_\_\_ 工作单位: \_\_\_\_\_  
职务: \_\_\_\_\_

街道地址: \_\_\_\_\_ 城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮编: \_\_\_\_\_

转诊医生: \_\_\_\_\_ 其他主治医生: \_\_\_\_\_

患者/法定代表人: \_\_\_\_\_ 日期/时间: \_\_\_\_\_

如果签字人不是患者本人, 请注明其与患者之间的关系: \_\_\_\_\_

打印姓名(法定代表人): \_\_\_\_\_

QUESTIONNAIRE

Form# 8019-C

Rev 12/01/21



[2050]

PATIENT LABEL