



註冊

(請用正楷填寫)

日期

家庭電話 ( )

移動電話 ( )

## 患者資料

姓名	社會工作卡號
姓 名 中間名字縮寫	
地址	電子郵箱
城市	洲 郵政編碼
性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年齡 _____ 生日 _____	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 寡婦 <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 未成年 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 同居 _____ 年
患者雇主/學校	職業
雇主/學校地址	雇主/學校電話 ( )
我們應感謝轉介您的人?	
緊急情況下應通知的人?	電話號碼 ( )

## 主要保險

負責人帳戶	
姓 名 中間名字縮寫	
與患者關係 生日	社會工作卡號
地址 (如有異于患者)	電話 ( )
城市	洲 郵政編碼
負責人受雇于	職業
營業地址	營業電話 ( )
保險公司	
保險公司電話號碼 ( )	醫療網號 用戶號碼

## 附加保險

患者是否有附加保險? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
用戶姓名 生日	與患者關係
地址 (如有異于患者)	電話 ( )
城市	洲 郵政編碼
用戶受雇于	營業電話 ( )
保險公司	社會工作卡號
保險公司電話號碼 ( )	醫療網號 用戶號碼

## 分配和釋放

我保證我和/或我的家屬有購買 \_\_\_\_\_ 保險和把所有保險利益直接分配給 \_\_\_\_\_ 保險公司名

**SAN GABRIEL VALLEY PERINATAL MEDICAL GROUP, INC.**, 如果有的話。否則由我支付所提供的服務費用。我明白, 我財政上負責所有費用, 無論它們是否由保險公司支付。我授權使用我的簽名在所有保險意見書上。上述醫生可能會使用我的醫療保健信息和可能會透露這些信息給上述保險公司及其代理人。目的是獲取支付服務、確定保險待遇, 或相關服務的應付待遇。此同意書將于我目前的治療計劃完成時, 或在以下簽署日起一年結束。

患者、父母、關護人, 或私人代表簽名

日期

請用正楷書寫患者、父母、關護人, 或私人代表的名字

與患者關係