



PO Box 22210 • Oakland, CA 94623  
www.laclinica.org

PATIENT I.D. CARD
PATIENT NAME _____
MR# _____ DOB _____ M F
PRIMARY PROVIDER _____ DATE _____

- La Clínica de La Raza     San Antonio Neighborhood Health Center  
 Clínica Alta Vista         La Clínica Oakley         La Clínica Pittsburg  
 La Clínica Monument       La Clínica Vallejo         La Clínica North Vallejo  
 La Clínica Vallejo Great Beginnings     Davis Pediatrics

## 病人註冊表

### 病人資料

姓: \_\_\_\_\_ 名字: \_\_\_\_\_ 其他名字: \_\_\_\_\_

出生日期: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ 性別:  男  女 社安號碼: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

郵寄地址: \_\_\_\_\_ 城市: \_\_\_\_\_ 郵編: \_\_\_\_\_

首選姓名(別名): \_\_\_\_\_ 電子郵件: \_\_\_\_\_

可否以電話與閣下聯絡:  郵件  文本  呼叫  電子郵件(與上同)  圖表

短信: 請提供手機號碼(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, 向此手機號碼發送短信沒問題嗎?  是  否

致電: 請提供電話號碼(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, 向此電話號碼留消息沒問題嗎?  是  否

如果是不同的電子郵件, 請提供: \_\_\_\_\_

婚姻狀況:  已婚  單身  離婚  鰥寡  同居  分居  重要的另一半

族裔:  西裔  否  病人拒絕  未知

種族:  阿拉斯加本土人  美洲印地安人  亞裔  非裔美國人/黑種人  夏威夷本土人  太平洋島民  白種人  未知  病人拒絕

美國退伍軍人/兵役狀況:  現役  非現役  沒有之前的經歷  預備役軍人  退伍軍人

### 緊急聯絡:

全名: \_\_\_\_\_ 關係: \_\_\_\_\_

緊急聯絡人電話號碼:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### 患者/法定監護人#1(如果是17歲及以下):

姓: \_\_\_\_\_ 名: \_\_\_\_\_ 其他名字: \_\_\_\_\_

與患者的關係: \_\_\_\_\_ 電話號碼:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

地址(如果不同): \_\_\_\_\_ 城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 郵編: \_\_\_\_\_

### 患者/法定監護人#2(如果是17歲及以下):

姓: \_\_\_\_\_ 名: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

與患者的關係: \_\_\_\_\_ 電話號碼:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

地址(如果不同): \_\_\_\_\_ 城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 郵編: \_\_\_\_\_

患者雇主名稱: \_\_\_\_\_

就業狀態:  兒童  全職  兼職  未就業  退休  現役軍人  自雇  學生全職  學生兼職  殘疾

需要口譯員嗎?  是  否 首選語言: \_\_\_\_\_ 視覺或聽覺障礙: \_\_\_\_\_

### 保險資料

Medicare會員全名 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 醫療保險會員編號 \_\_\_\_\_ Medi-Cal會員名稱 \_\_\_\_\_ 加州醫療咭(白咭)號碼# \_\_\_\_\_

其他健康計畫名稱 \_\_\_\_\_ 投保人姓名 \_\_\_\_\_ 保單號碼# \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_

利益分配與財務協議: 我授權向La Clínica為提供的專業服務支付所有醫療福利。我理解我在經濟上為所有收費負責, 無論其被保險覆蓋與否。如果發生違約, 我同意支付所有收回費用和合理的律師費。

患者/監護人簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

**病人附加資料(請回答所有問題)**

La Clínica是一家致力於服務我們的社區需要的非營利組織。這些資訊將幫助La Clínica訪問額外的撥款以繼續幫助我們的社區中的沒有保險的和得不到充分服務的居民。這些資訊也幫助我們找出可能對於專門資助計畫或其不知道其有資格的服務有資格的客戶。這些資訊將成為您的保密醫療記錄的部分。

**家庭規模 (包括患者)?** \_\_\_\_\_ **What is your Annual Income (before taxes) \$** \_\_\_\_\_

**在過去的12個月中，患者是否無家可歸?**  有  沒有

如有，是  住露宿者之家  與人共住  露宿街頭  公共居所  其他: \_\_\_\_\_

**患者的性別認同:**  女  男  跨性別的 (MTF)  跨性別的 (FTM)  拒絕說明  非二元性別的 / 性別酷兒  其他

**患者的性取向:**

直或異性戀  雙性戀  男同性戀  女同性戀  泛性戀  別的東西

不知道  拒絕說明  非二元性戀 / 酷兒  全性戀  無性戀

**患者的代詞:**

她  他/他/他的  他們  Ze/Hir/Hirs  Ey/Em/Eirs  Xe/Xem/Xyrs  其他  病人姓名  拒絕回答  未知

**同意:** 要提供治療、為您的保險開帳單，或您的承保人要求的其他其他行政任務，我們必須通過您在下面提供您的簽名得到您的同意。

**私隱政策通告:** 拿堅力加承諾遵從法律，保障閣下的個人健康資訊。以下附上有關私隱政策通告:

- 保護關於您的個人健康資訊的您的資訊是根據法律我們的義務。
- 有關閣下的健康資訊應如何公開及使用。
- 有關閣下對閣下健康資訊的權益。
- 我們有更改私隱政策通告的權利。
- 如認為閣下的私隱被侵犯，應如何進行投訴。
- 本通告并未列出的使用及公開資訊的條款。
- 得到關於我們的隱私實踐的進一步資訊的聯繫資訊。

本人特此承認本人收到了/被提供了一份同意書和隱私實踐通知。

患者/監護人簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

父母/患者代表的全名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

**重要文件請求:**

\* 請為下麵列出的每種類別提供至少一份文件。

- ▶ 對於17歲及以下的兒童：出生證明或監護委託書。
- ▶ 身份：有照片的證件或駕駛執照或任何未過期的身份證明。
- ▶ 居民身份證明：工作許可證、居民卡（綠卡）、公民證或美國護照。
- ▶ 收入證明：上個月的工資單、所得稅申報表、W-2表
- ▶ 地址證明：水電費帳單或房租帳單
- ▶ 其他：社會保障卡
- ▶ 其他：保險卡