



BETANCES HEALTH CENTER

# 病人登記表

姓：		名：		中间名：	爱名：								
出生日期：		岁：	工卡号码：		语言：								
地址：				家庭电话：									
				手机号码：									
市：	州：	邮区号码：		电邮：									
如果患者未满 18 岁，请提供监护人的信息：													
姓：		名：		与患者的关系：									
地址：				家庭电话：									
				手机：									
市：	州：	邮区号码：		电邮：									
您是否想通过互联网/病人网页获取您的医疗记录吗？					<input type="checkbox"/>	是（请填写电邮）	<input type="checkbox"/>	不是					
出生时分配的性别：			关系状态：										
<input type="checkbox"/>	男	<input type="checkbox"/>	女	<input type="checkbox"/>	单身	<input type="checkbox"/>	已婚	<input type="checkbox"/>	离婚	<input type="checkbox"/>	分居	<input type="checkbox"/>	丧偶
性别认同:(选择一个)					性取向:(选择一个)								
<input type="checkbox"/>	男	<input type="checkbox"/>	女		<input type="checkbox"/>	同性恋者	<input type="checkbox"/>	异性恋者					
<input type="checkbox"/>	变性男（女-男）		<input type="checkbox"/>	变性女（男-女）		<input type="checkbox"/>	双性恋者	<input type="checkbox"/>	其它				
<input type="checkbox"/>	其它				<input type="checkbox"/>	未知							
<input type="checkbox"/>	选择不透露				<input type="checkbox"/>	选择不透露							
种族:(选择所有合适的)													
<input type="checkbox"/>	美洲印第安人或阿拉斯加原住民		<input type="checkbox"/>	亚洲人		<input type="checkbox"/>	黑人或非裔美国人	<input type="checkbox"/>	夏威夷原住民				
<input type="checkbox"/>	其他太平洋岛民		<input type="checkbox"/>	白人		<input type="checkbox"/>			未报告/拒绝举报种族				
种族:(选择一个)													
<input type="checkbox"/>	西班牙裔或拉丁裔		<input type="checkbox"/>	非西班牙裔或非拉丁裔		<input type="checkbox"/>			拒绝报告种族				
您是否还有其他人会授权带孩子受诊与讨论患者资料并代表你做出临床决定？								如果没有，请选此框	<input type="checkbox"/>				
姓：		名：		与患者的关系：									
姓：		名：		与患者的关系：									

请翻过来填写注册表											
如遇紧急情况，我们可以联系谁？											
姓	名：			与患者的关系：							
家庭电话				手机号码：							
首选药房资料：									如果没有，请选此框		
药房名：				电话：							
地址：				传真号码：							
财务信息：Betances 是一家联邦政府资助的组织，必须掌握其患者的财务状况，以继续获得资金。请回答以下所有问题。											
你是否有工作？（选一）		<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	否	你是否有医疗保险？		<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否
你是户主吗？（选一）		<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	受抚养者人数（包括自己 1 人）					
家庭收入是多少？（写入并圈出一个）		\$				每两周	每月	每年			

**财务政策：** 该信息旨在为 Betances Health Center 的患者提供有关服务时应付的保险，共付，免赔额和共同保险金额的说明。Betances Health Center 有义务在提供服务之前应用任何免赔额和/或收取任何共同支付的各种医疗保健计划。

**共同付款：** 您需要在抵达时支付您的共同付款以进行预约。

**免赔额和共同保险：** 您将在办理登记时被要求付清适用于您门诊的任何免赔额或共同保险。

**以前的余额：** 您需要在门诊之前为以前的余额提供付款。如果您无法全额支付余额，中心会要求您设置付款方案。您可以在我们的办公室设置此计划或回答有关您的账单的任何问题，请致电 212-227-8401 联系我们的账单部门。

为方便民众，本中心接受大多数医疗保险计划。付费可使用现金，信用卡，支票和邮政汇票。如果您有医疗保险，我们会要求保险公司尽可能给你承保最多的医疗福利为您付款，但如果你的要求被拒绝或保险公司仅付部分费用，你有责任支付余留的医疗费。首次就诊不接受私人支票缴付医疗费。被银行拒付的支票将加收 \$ 30.00 处理费。90 天内收不到付款的账单将寄到追债公司。如果取消约诊，必须在 48 小时前通知本中心。

**请在下面的确认书上签名：**

我确认上述信息是本注册表中所列患者的真实准确的人口统计信息。我还承认，通过签署此表格，我授权医疗保险向签署的医生或所述服务的供应商付款。我还阅读了上述财务政策并同意政策条款。

患者签名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

家长或监护人签名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_