

PAIIENT PRE-REGISTRA 病人預先注冊表	AHONF		_	rrv Hill 🗆 🏻 E	Ballard □ Iss	aguah	□ Edmonds □
						-	
Expected Date of Service: Please select type of service: Diagnostic OB Surgery Clinic Clinic						0 1	
預計服務日期:	請及	選擇服務類型	궐:	Ħ	诊斷 □ 婦產科□		手術□ 門診□
Patient Information病人	資料						
LAST NAME/ 姓		FIRST NAME/ 名		MIDDLE NAME/ 中间名			
ALIAS OR MAIDEN NAME/ 別名或婚前姓氏		SEX/ 性别	BIRTHE 生日	DAY DATE/	SOCIAL SECU 社會安全卡号码		MARITAL STATUS/ 婚姻状况
STREET ADDRESS/街道地址		CITY/ 城市		STATE/州		ZIP CODE/ 邮码	
LANGUAGE/語言		NEED INTERPRETER/需要口譯員		ETHNICITY/族裔		RACE/種族	
HOME PHONE/ 家庭电话		WORK PHO	DNE/工作	電話	CELL PHONE/	手機	RELIGION/ 宗教信仰
EMPLOYER NAME/雇主名稱		EMPLOYMENT STATUS/就業狀況		RETIREMENT DATE (IF APPLICABLE)/ 退休日期(如適用)		OCCUPATION/ 職稱	
PRIMARY CARE PROVIDER NAME 家庭医生姓名:		PROVIDER CARE PHONE# / 家庭医生电话号码:		REFERRED? REFERRING PROVIDER 由医生推荐? NAME/# 推荐医生姓名/电话号码			
Guarantor 擔保人(Person Resp	oonsible fo	or Bill 賬單负责	F/) [□Self/ 本人			
LAST NAME/姓	FIRST N			MIDDLE NAM			TONSHIP TO NT / 与病人的关系
ALIAS OR MAIDEN NAME/ 別名或婚前姓氏		SEX/性别	BIRTH 生日	DAY DATE/	SOCIAL SECU 社會安全卡号码		MARITAL STATUS/ 婚姻状况
STREET ADDRESS/街道地址		CITY/城市			STATE/州		ZIP CODE/ 邮码
EMPLOYER NAME/雇主名稱		OCCUPATION/職稱		EMPLOYMENT STATUS/就業狀況			

Insurance Informatio/保險資料
Primary Insurance主要保險

INSURANCE COMPANY NAME/ 保險公司名稱	GROUP NUMBER/保險號碼	SUBSCRIBER ID NUMBER/ 保險戶主的 ID 號	INS. ADDRE	ESS / 保險公司地址
SUBSCRIBER'S NAME/ 保險戶主的名字	SOCIAL SECURITY #/ 保險戶主的社會安全卡号码	BIRTH DATE/ 保險戶主的生日	SEX/ 保 險戶主的 性别	RELATIONSHIP TO PATIENT/ 保險戶主与病人的关系
SUBSCRIBER'S EMPLOYER NAME/ 保險戶 主的雇主名稱	SUBSCRIBER EMPLOYMENT STATUS/ 保險戶主的就業狀況	HOME PHONE/家庭電 話	WORK PHO	NE/工作電話

Secondary Contact輔助保險聯繫資料

- Cocondating Minimum Ann					
INSURANCE COMPANY 保險公司	GROUP NUMBER/保險號碼	SUBSCRIBER ID NUMBER/ 保險戶主的 ID 號	INS. ADDRESS/保險公司地址		
SUBSCRIBER'S NAME/ 保險戶主的名字	SOCIAL SECURITY #/ 保險戶主的社會安全卡号码	BIRTH DATE/ 保險戶主的生日	SEX/ 保險戶 主的性 别	RELATIONSHIP TO PATIENT/保險戶主与病人的关系	
SUBSCRIBER'S EMPLOYER NAME/ 保險戶主的雇主名稱	SUBSCRIBER EMPLOYMENT STATUS/ 保險戶主的就業狀況	HOME PHONE/ 家庭電話	WORK PHONE/工作電話		

Emergency Contacts緊急聯繫人

PRIMARY CONTACT/ 主要緊急聯繫人	RELATIONSHIP TO PATIENT/与病人的关系
HOME PHONE/家庭電話	EMERGENCY/緊急聯絡電話
SECONDARY CONTACT/ 第二緊急聯繫人	RELATIONSHIP TO PATIENT/与病人的关系
HOME PHONE/家庭電話	EMERGENCY/緊急聯絡電話
CONTACT YOUR PCP OR INSURANCE COMPANY IF YOU ARE UNSUR如果您不能肯定是否需要有医生推荐或保險公司批准的要求,請聯繫您的主治醫療	

Me	dicare聯邦醫療保險		
/ledicare Number:		_ Part A □ A 部分	Part B □ B 部分
MEDICARE QUESTIONN	IAIRE_ Required for		****
聯邦醫療保險問卷調查			
∕es 是 □ No 否 □ Are you receiving Black Lung Benef 你有否接受黑肺症的福利?	fits?		
∕es 是□ No 否□ Are services to be paid by a Govern 所有医院服務收費是否由政府補助項	• •	• ,	
∕es 是□ No 否□ Has the Department of Veterans Aff 退伍軍人事務部是否授權此医院给退		facility?	

Yes 是□ No 否□ Is your illness or inju 您的病症或受傷是否	ıry due to a work-related accident or 與因工作有關的意外或工作條件而造		
Yes 是□ No 否□ Is your illness or inju 您的病症或受傷不是	ıry due to a non-work related accide 與因工作有關的意外或工作條件而造		
Yes 是□ No 否□ Do you receive grou你接受的保險是否基	ip medical coverage based on you o 於你或你的配偶現時受僱工作的集團		
·	include retirement benefits that are s 第二保險的退休福利)	secondary to Medicare)	
Are you entitled to Medicare based on: 你獲得聯邦醫療保險是基於:	: Age Yes □ No □ 年齢 是 否 Disability Yes □ No □ 残疾 是 否 End Stage Renal Disease (ESRD) 晚期腎病(ESRD)	Yes □ No □ 是 否	
Have you been admitted to a hospital of 你曾否在過去 60 天內住院留醫过?		~	
If Yes, provide name of facility and dat 如果是,請提供醫院名稱及住院日期:	e:		
Medicare benefits due to Disability or E	ESRD more information will be requi	red yes to any of the above questions or a ired to process your registration. R險是因殘疾或晚期腎病而受領的話,則你	_
	Accident/Injury Claim意外	/受傷的索賠	
Work* /工傷* Auto/ 車禍 Other/ 其	他		
Claim #/ 索賠檔案號碼:			·····
Date of Injury/ 受傷日期:			
* Employer/* 雇主名稱:			
Phone/ 電話:			
Briefly describe how injury occurred/ 質	第 單描述受傷如何發生:		