

健康问卷

病人姓名 _____ 岁 _____ 日期 _____ Ht _____ Wt _____

预约的原因: _____

病史: _____

手术史/上次肠镜检查及结 _____

上次宫颈抹片检查(月/日)及结果: _____ 子宫切除术: 没有 有

上次乳房X光检查(月/日)及结果: _____ 上次月经日期: _____

上次破伤风疫苗 _____ 上次肺炎疫苗 _____ 上次流感疫苗 _____

Office only:		
BP _____	HR _____	Temp _____
2 nd BP _____	HR _____	

家族史: 秦绪(有血缘) 有没有

癌症	没有	有	谁?	什么癌症	_____
中风	没有	有	谁?		_____
心脏疾病	没有	有	谁?		_____
高血压	没有	有	谁?		_____
糖尿病	没有	有	谁?		_____
精神疾患	没有	有	谁?		_____

生活方式: 您有没有

吸毒品	没有	有	什么种	_____
喝酒	没有	有	如何经常	_____
单身	结婚	分开	离婚	丧偶
孩子	没有	有	多少	_____
工作	没有	有	什么行业	_____
抽烟	没有	有	如何经常	_____

药物过敏史 _____ 每日服用药物: 请在反面列出您的药物

系统回顾

一般健康状况

发烧	没有	有	泌尿生殖	没有	有
发冷	没有	有	尿失禁	没有	有
意外减重	没有	有	尿频	没有	有
			排尿困难/尿痛	没有	有
			血尿	没有	有

头/脖子/眼/耳/鼻/嘴/喉

失去知觉	没有	有	肌肉骨骼/皮肤/乳房		
头晕	没有	有	肌肉/关节无力	没有	有
突然视觉变化	没有	有	走路困难	没有	有
颈部僵硬	没有	有	皮疹	没有	有
腺体增大	没有	有	皮肤病	没有	有
眼睛发痒	没有	有	皮肤色较异常素沉	没有	有
最近眼外伤	没有	有	新的乳房肿块	没有	有
耳痛	没有	有	乳房疼痛	没有	有
耳朵排水	没有	有	乳头拍液体	没有	有
听力损失	没有	有			
流鼻血	没有	有	神经/心理		
流鼻涕	没有	有	发作	没有	有
口腔病变	没有	有	麻痹	没有	有
口腔疼痛	没有	有	自伤想法	没有	有
喉咙疼	没有	有	伤害别人想法	没有	有

心脏/肺

胸痛	没有	有	内分泌/血液/淋巴		
呼吸短促	没有	有	头发生长变化	没有	有
手/脚/脚踝肿胀	没有	有	感觉太热/太冷	没有	有
咳嗽	没有	有	皮肤更干	没有	有
喘息	没有	有	血液病	没有	有
呼吸困难	没有	有	异常出血	没有	有

胃肠

呕吐	没有	有	便中带血	没有	有
排便习惯改变	没有	有	腹部疼痛	没有	有
腹泻	没有	有			

您是如何知道这个诊所的? 亲戚/朋友 保险公 司网站 其它

KARIN LI, MD, INC – 登记表 (Chinese) KCL #1-3 (Rev: 01/22/24)

病人姓名(英文): _____ 生日: _____

地址: _____ 出生地点: _____

邮寄地址: ()与居住地相同 _____

电话号码: _____ 手提电话号码: _____ 电子邮箱: _____

主要医疗保险: _____ 保险号码: _____ 投保人名字: _____ 与病人的关系: _____

辅助医疗保险: _____ 保险号码: _____ 投保人名字: _____ 与病人的关系: _____

社会安全号码 (SSN): _____ 婚姻状况: _____ 职业: _____ 吸烟史: 有 没有 以前有 从来没有

性别: 男 女 ()不回答 性取向: _____ ()不回答 语言: _____

种族:()亚洲人 ()白人 ()美洲印第安人 ()非裔美国人/黑人 ()夏威夷原住民/亚太裔人 ()不回答 族裔:()西班牙裔 ()非西班牙裔 ()不回答

紧急联系人姓名(英文)#1: _____ 电话号码: _____ 关系: _____

紧急联系人姓名(英文)#2: _____ 电话号码: _____ 关系: _____

联邦医疗保险/红蓝卡(Medicare)患者: 对于医生或其他同事向我所提供的任何医疗服务, 我要求向我或代表我的 KARIN C LI, MD, A PROF MEDICAL CORP 支付授权福利。我授权任何有关我的医疗信息的持有者向医疗保健融资管理部门及其代理人发布确定福利或相关服务应付福利所需的任何信息。我特此授权 Medicare 向医生提供任何信息关于我的《社会保障法》第 XVIII 章提出的 Medicare 索赔。此签名的副本与原件同等有效。

私人医疗保险患者: 我特此授权发布给我的保险公司提出索赔所需的信息, 并将原本应支付给我, 医生或索赔中指定的团体的福利分配给我。我了解保险公司未承保的任何余额是我的财务责任。此签名的副本与原件同等有效。

患者授权/健康保险携带和责任法案(HIPAA)

●请标出您希望在哪里收到关于您的预约, 验血报告, 或其他医疗保健的信息。

电话号码: _____ 手提电话号码: _____ 电子邮箱: _____

●机密的信息(比如预约, 验血报告, 转诊信, 和医疗结果)可以留在您的语音信箱或发到您的电子邮箱里吗?

()可以 ()不可以

●请列出我们可以通知的家庭成员或其他人员关于您的医疗状况和诊断。

姓名/关系 _____

本授权书上的信息自从患者签字并同意本表格之日起有效期为1年。1年后, 本信息会自动连着1年有效除非患者有通知我们已上的信息需要改变。

患者对健康信息隐私的确认采

通过健康保险携带和责任法案(HIPAA), 我(患者)了解我有某些关于我的受保护健康信息的隐私权。我了解这些信息会用来: 在直接和间接参与我的治疗的多个医疗保健提供者中, 进行, 计划和指导我的治疗和随访; 从第三方付款人处获取付款; 进行正常的医疗保健操做包括质量评估和医生认证。我已被通知我的隐私规则通告, 其中包含对我的健康信息的使用和披露的更完整描述。我签本同意书以前, 我有权查阅我的隐私规则通告。我了解这个组织有权利不时地改它的隐私规则通告, 以及我可以随时索取当前隐私规则通告的副本。我了解我可以以书面请求您(医生或其他同事)限制如何使用或披露我的私人信息以进行治疗, 付款或其他医疗保健操做。我也了解您无需同意我所要求的限制, 但如果您同意, 您有义务遵守此类限制。我了解我随时可以以书面撤销本确认采, 除非您已根据此确认采取行动。

罚款 & 保险会员资格豁免

这个真所有罚款: 错过诊所预约会被罚\$50, 错过医疗程序预约会被罚\$150, 和 交一个空头支票会被罚\$25。我们会替您验证您的保险(例如 HMO, PPO, EPO, POS等)为了检查您的医疗福利。但是, 如果您的保险无效, 所有付款是您的责任。

一致认可

我特此同意和请求被诊所的专业人员认为是可取的诊断程序(例如 X光, 验血, 医疗)和治疗。我认可我有读本同意书和了解它的内容。我有机会讨论同意书的内容, 以及我提出的任何问题都得到了令我完全满意的答复。

通过一下签字, 您证明所有前述信息均正确且真实。此外, 您已阅读, 理解并同意以上所信息。

病人/监护人 签名 _____ 日期 _____

与病人的关系 _____