

Patient Demographic Form 教員團體執業患者人口統計表

(Completion required at each patient appointment)

| | | | |
|--|--|---|--|
| 姓名 (姓氏、名字、中間名) [Name (Last, First, MI)] | | 電子郵件地址 [Email address] | |
| 街道地址 [Street Address] | 城市 [City] | 州 [State] | 郵遞區號 [Zip] |
| 住宅電話 [Home Phone] () <input type="checkbox"/> 首選 [Preferred] | 工作電話 [Work Phone] () <input type="checkbox"/> 首選 [Preferred] | 手機 [Cell Phone] () <input type="checkbox"/> 首選 [Preferred] | |
| 社會安全號碼 [SSN] | 出生日期 [Date of Birth] | 性別 [Gender] <input type="checkbox"/> 男 [Male] <input type="checkbox"/> 女 [Female] | 婚姻狀況 [Marital Status] <input type="checkbox"/> 單身 [Single] <input type="checkbox"/> 已婚 [Married] |
| 種族 [Race] | 族裔 [Ethnicity] | 偏好語言 [Preferred Language] | 出生國 [Country of Origin] |

財務責任方 [Financially Responsible Party]

患者本人是否為責任方/擔保人? 是 否 (若您年滿 18 歲且並未接受機構的照顧, 則屬擔保人, 及須負責繳納就診期間自身可能產生的任何費用的財務責任方)

[Is patient responsible party/guarantor? Yes No (If you are over the age of 18 and not in the care of an institution you are the guarantor as you are the person financially responsible for any charges you may incur during your visit)]

| | | | |
|--|--|--|-------------------------------------|
| 姓名 [Name] | 地址 [Address] | 城市/州/郵遞區號 [City/State/Zip] | 與患者的關係 [Relationship to Patient] |
| 職業 [Occupation] | 僱主 [Employer] | 電子郵件地址 [Email Address] | 出生日期 [Date of Birth] |
| 住宅電話 [Home Phone] () <input type="checkbox"/> 首選 [Preferred] | 工作電話 [Work Phone] () <input type="checkbox"/> 首選 [Preferred] | 手機 [Cell Phone] () <input type="checkbox"/> 首選 [Preferred] | |

緊急聯絡人 [Emergency Contact]

| | | |
|--|--|--|
| 姓名 [Name] | 與患者的關係 [Relationship to Patient] | |
| 住宅電話 [Home Phone] () <input type="checkbox"/> 首選 [Preferred] | 工作電話 [Work Phone] () <input type="checkbox"/> 首選 [Preferred] | 手機 [Cell Phone] () <input type="checkbox"/> 首選 [Preferred] |

轉診資訊 [Referral Info]

| | |
|--|--|
| 轉診醫師姓名 [Referring Physician's Name] | 醫師電話/傳真 (若知道) [Physician Phone/Fax (if known)] () |
| 醫師地址 [Physician Address] | |

主治醫師資訊 [PCP Info]

| | | |
|---|--|--|
| 主治醫師姓名 [Primary Care Physician's Name] | (請核對是否與上述轉診醫師相同) (Check if same as Referring Physician above) | 醫師電話／傳真 (若知道) [Physician Phone/Fax (if known)] () |
|---|--|--|

醫師地址
[Physician Address]

保險資訊 [Insurance Information]

主要保險公司
[Primary Insurance Company]

| | | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> EYEMED | <input type="checkbox"/> MEDICARE | <input type="checkbox"/> SPECTERA | <input type="checkbox"/> VSP | <input type="checkbox"/> MARCH |
| <input type="checkbox"/> DAVIS VISION | <input type="checkbox"/> MEDICAID | <input type="checkbox"/> BLOCK | <input type="checkbox"/> NVA | <input type="checkbox"/> SUPERIOR |
| <input type="checkbox"/> EMBLEM HEALTH | <input type="checkbox"/> HUMANA | <input type="checkbox"/> CIGNA | <input type="checkbox"/> EMPIRE BCBS | <input type="checkbox"/> OTHER |

| | |
|--------------------|-------------------|
| 保單號碼 [Policy #] | 組別號碼 [Group #] |
|--------------------|-------------------|

| | |
|--|--|
| 患者與受保人的關係 [Patient's Relationship to Insured] | 投保人姓名 (若非患者本人) [Name of Subscriber (if other than patient)] |
| <input type="checkbox"/> 本人 [Self] <input type="checkbox"/> 配偶 [Spouse] <input type="checkbox"/> 子女 [Child] <input type="checkbox"/> 其他 [Other] | |

| | | | | |
|---|--|-------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| 投保人社會安全號碼 [Subscriber's Social Security #] | 性別 [Gender] <input type="checkbox"/> 男 [M] <input type="checkbox"/> 女 [F] | 出生日期 [Date of Birth] | 投保人的僱主 [Employer of Subscriber] | 工作電話 [Work Phone] () |
|---|--|-------------------------|------------------------------------|-----------------------------|

| | | |
|---|--------------------|-------------------|
| 備選保險公司 [Secondary Insurance Company] | 保單號碼 [Policy #] | 組別號碼 [Group #] |
|---|--------------------|-------------------|

| | |
|--|--|
| 患者與受保人的關係 [Patient's Relationship to Insured] | 投保人姓名 (若非患者本人) [Name of Subscriber (if other than patient)] |
| <input type="checkbox"/> 本人 [Self] <input type="checkbox"/> 配偶 [Spouse] <input type="checkbox"/> 子女 [Child] <input type="checkbox"/> 其他 [Other] | |

| | | | | |
|---|--|-------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| 投保人社會安全號碼 [Subscriber's Social Security #] | 性別 [Gender] <input type="checkbox"/> 男 [M] <input type="checkbox"/> 女 [F] | 出生日期 [Date of Birth] | 投保人的僱主 [Employer of Subscriber] | 工作電話 [Work Phone] () |
|---|--|-------------------------|------------------------------------|-----------------------------|

在下方簽名，表示我確認盡我所能提供的資訊乃屬正確無誤。
[By signing below, I acknowledge that the information I provided is correct to the best of my ability.]

患者簽名
[Patient Signature] _____ 日期：_____年_____月_____日
[Date]

X _____

擔保人簽名 (若非患者本人) :
[Guarantor Signature (if other than patient)] _____ 日期：_____年_____月_____日
[Date]

X _____