

**Associate Ophthalmologists Registration Sheet**

**聯營眼科註冊登記表**

NAME 姓名: \_\_\_\_\_ MARITAL STATUS 婚姻狀況: (圈一個) S 單 M 婚 D 離 W 寡 GENDER 性別: M 男 F 女  
ADD 住址: \_\_\_\_\_ APT 室: \_\_\_\_\_ CITY 市: \_\_\_\_\_ STATE 州: \_\_\_\_\_ ZIP 郵編: \_\_\_\_\_  
DOB 出生日期: \_\_\_\_\_ AGE 年齡: \_\_\_\_\_ SSN 社會安全號: \_\_\_\_\_ EMAIL 電郵地址: \_\_\_\_\_  
聯絡電話 WORK 公司: \_\_\_\_\_ HOME 住宅: \_\_\_\_\_ CELLULAR 手提: \_\_\_\_\_  
EMPLOYER 雇主: \_\_\_\_\_ OCCUPATION 職業: \_\_\_\_\_  
EMERGENCY 緊急聯絡人姓名: \_\_\_\_\_ REL 關係: \_\_\_\_\_ PHONE 電話: \_\_\_\_\_

**MEDICAL INFORMATION 醫療資料**

GLASSES 你戴眼鏡嗎? (圈一個) Y 是 N 否 CONTACTS 你戴隱形眼鏡嗎? (圈一個) Y 是 N 否  
GLAUCOMA 家庭成員有過青光眼嗎? (圈一個) Y 是 N 否 如果是誰有? \_\_\_\_\_  
DIABETES 你有糖尿病嗎? \_\_\_\_\_ HIGH BLOOD PRESSURE 高血壓? \_\_\_\_\_  
OTHER 其他醫療疾病診斷? \_\_\_\_\_  
EYE PROBLEM 眼部診斷? \_\_\_\_\_  
ALLERGIES 藥物過敏? \_\_\_\_\_  
CURRENT MEDICATIONS 目前服用藥物: \_\_\_\_\_  
PREGNANT 目前懷孕嗎? (圈一個) Y 是 N 否 PRIMARY CARE PHYSICIAN 你有家庭主診醫生嗎? Y 是 N 否  
NAME 醫生姓名: \_\_\_\_\_ PHONE 電話: \_\_\_\_\_  
REFERRED 誰介紹您來的? \_\_\_\_\_  
HEALTH FAIR 您是否曾經在保健品博覽會接受過檢查? (圈一個) Y 是 N 否 如果是, 在哪一個/哪裡: \_\_\_\_\_  
WORK-RELATED INJURY 這是工傷嗎? Y 是 N 否 NOTIFIED? 如果是, 你已通知雇主嗎? Y 是 N 否

**INSURANCE INFORMATION 保險資料**

INSURANCE 保險公司: \_\_\_\_\_ SECONDARY 輔助保險 (如果有) \_\_\_\_\_  
SUBSCRIBER IF OTHER THAN PATIENT 與投保關係, 若非本人 (圈一個) SPOUSE 配偶 PARENT 家長 OTHER 其他  
NAME 投保人姓名 (以身份證為準): \_\_\_\_\_ DOB 出生日期: \_\_\_\_\_ SS# 社會安全號: \_\_\_\_\_

**PLEASE READ AND SIGN BELOW 請閱讀並簽字**

本人 (\_\_\_\_\_) 特此授權 **聯營眼科** 有權向上述指定機構公開資訊和記錄並索取醫療福利支付所有相關醫療服務。本人在此確認本人有責任在就診前獲取醫生介紹信 (或在適用的情況下, 通知我的主治醫生) 並負責所有共付額和自付額(扣除額)等財務責任。我已經審閱並獲發一份 **聯營眼科, 保護隱私權政策通知** 副本。

*I authorize payment of medical benefits to **Associate Ophthalmologists** and authorize the release of medical information necessary to process my claims. I acknowledge that I am responsible for obtaining a referral (or where applicable, notifying my Primary Care Physician) prior to my visit and that all copayments and deductibles are my responsibility. I have reviewed and received a copy of **Associate Ophthalmologists, Notice of Privacy Practices**.*

SIGNATURE 簽名 \_\_\_\_\_ TODAY'S DATE 今天的日期 \_\_\_\_\_

Office Use Only 官方使用:

Ins. Effective Date 保險生效日期 \_\_\_\_\_ Ins. Co-payment 保險共付額 \_\_\_\_\_ Referral Needed 需要醫生介紹信? \_\_\_\_\_