



ASIAN AMERICAN  
Healthcare Center, Inc.

亚美义诊中心 (Asian American Healthcare Center)  
8860 Columbia 100 Parkway, Suit 207,  
Columbia, MD 21045  
电话 (Phone) / 传真 (Fax): 410-922-0888  
邮箱 (Email): aahcscheduling@gmail.com  
网站 (Website): <http://aahchc.org/>

## Patient Registration Form (就医注册及社会和经济状况调查表)

病人 (Patient): \_\_\_\_\_ 性别 (Sex): \_\_\_\_\_

姓 (LastName)      名 (First Name)      Middle Initial      男 (M)      女 (F)

出生日期 (Date of Birth): \_\_\_\_\_ 年龄 (Age): \_\_\_\_\_

家庭地址 (Address): \_\_\_\_\_  
街道 (Street)      城市 (City)      州 (State)      邮政编码 (Zip Code)

职业 (Occupation): \_\_\_\_\_ 雇主 (Employer): \_\_\_\_\_

婚否 (Marital Status): \_\_\_\_\_ 社会安全号 (SSN): \_\_\_\_\_

住宅电话 (Home Phone): \_\_\_\_\_ 手机 (Cell): \_\_\_\_\_ 工作电话 (Work Phone): \_\_\_\_\_

有否医疗保险 (Do you Have Medical Insurance?): Please check \*  
没有 (No)      有 (Yes)      保险公司名称 (Insurance Company): \_\_\_\_\_  
医疗保险号码 (ID # and group #): \_\_\_\_\_

有否有家庭医生 (Primary Care Physician): Please check\*     没有 (No)     (Yes)

家庭医生姓名和电话 (Primary Care Physician): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

紧急联系人信息 (Emergency Contact Information):

姓名 (Name): \_\_\_\_\_ 与患者关系 (Relationship): \_\_\_\_\_ 电话 (Phone): \_\_\_\_\_

\*填表须知(Note): Window 操作系统- 用鼠标点击方框, Mac 操作系统- 在方框前后键入空格键 (Window system- click mouse on the checkbox, Mac system- click "space" on the keyboard before or after the checkbox)



ASIAN AMERICAN  
Healthcare Center, Inc.

亚美义诊中心 (Asian American Healthcare Center)  
8860 Columbia 100 Parkway, Suit 207,  
Columbia, MD 21045  
电话 (Phone) / 传真 (Fax): 410-922-0888  
邮箱 (Email): aahcscheduling@gmail.com  
网站 (Website): <http://aahchc.org/>

所住家庭人数 (Number Residents): \_\_\_\_\_

与住户关系 (Relationship with Residents): \_\_\_\_\_ 住户电话 (Phone): \_\_\_\_\_

居住类型 (Type of Residence): Please check\*

独立屋 (Single Home)       连栋屋 (Town Home)       公寓 (Condo)  
 老年公寓 (Senior Apartment)       收容所 (Shelter)       其他 (Other)

家庭年收入水平 (Income Level per Year): Please check\*

>\$5,000       >\$10,000       >\$15,000       >\$20,000       >\$25,000

收入来源 (Income Sources): Please check\*

工资 (Wages)       退休金 (Pension)       社会保险福利 (SSB)

教育程度 (Education Level): Please check\*

初中 (Intermediate School)       高中 (High School)       大学肄业 (College Study)  
 大学学士 (BA/BS Degree)       硕士学位 (MA/MS Degree)       博士学位 (PHD Degree)

移民美国年数 (Years of Immigration): Please check\*

>5 年       >10 年       >15 年       >20 年

移民身份 (Legal Status): Please check\*

公民 (Citizen)       永久居民 (Permanent Resident)       其他 (Other)

我, \_\_\_\_\_ 保证上述信息是真实准确的。如果我的健康状况发生变化和/或上述任何信息需要更改时, 我会及时通知该诊所。  
我理解并同意对所提供的医疗服务而产生的费用负全部责任。

(I \_\_\_\_\_ certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge. I will notify you of any changes in my health status and/or information listed above. I understand and agree that I am ultimately responsible for the payment for any professional services rendered.)

申请人签字 (Authorized Signature of Subscriber)

日期 (Date)

\*填表须知(Note): Window 操作系统- 用鼠标点击方框, Mac 操作系统- 在方框前后键入空格键 (Window system- click mouse on the checkbox, Mac system- click "space" on the keyboard before or after the checkbox)