ASIAN AMERICAN
Healthcare Center, Inc.

亚美义诊中心 (Asian American Healthcare Center)
8860 Columbia 100 Parkway, Suite 207, Columbia, MD 21045
电话 (Phone) /传真 (Fax): 410-884-0888
邮箱 (Email): aahcscheduling@gmail.com
网站 (Website): http://aahchc.org/
邮寄地址 P.O. Box 646 , Highland, MD 20777

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):

住宅电话 (Home Phone): _____ 手机 (Cell): _____ 电子邮件 (Email): _____

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): _____

所住家庭人数 (Number Residents): _____

与住户关系 (Relationship with Residents): _____ 住户电话 (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)

亚美义诊中心 (Asian American Healthcare Center)
8860 Columbia 100 Parkway, Suite 207, Columbia, MD 21045
电话 (Phone) /传真 (Fax): 410-884-0888
邮箱 (Email): aahcscheduling@gmail.com
网站 (Website): http://aahchc.org/
邮寄地址 P.O. Box 646 , Highland, MD 20777

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)**