

如需到我中心考察，请向我们查询！

患者登记表					
姓氏		名字		选择的名字(若不同)	
地址		公寓号	城市		所在州 邮编
电话号码： (手机) _____ (宅电) _____ (工作) _____					
社保号		出生日期： 月 日 年 / /		电子邮件	
如果您 17 周岁以下：家长 / 法定监护人姓名			母亲的婚前姓		
我是： <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 伴侣 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 离婚 <input type="checkbox"/> 丧偶	完成的最高学位： <input type="checkbox"/> 高中以下 <input type="checkbox"/> 高中毕业 / GED <input type="checkbox"/> 大专肄业 <input type="checkbox"/> 大专以上学历		我是一名： <input type="checkbox"/> 全日制学生 <input type="checkbox"/> 非全日制学生 <input type="checkbox"/> 非学生 我目前： <input type="checkbox"/> 全职工作 <input type="checkbox"/> 不工作 <input type="checkbox"/> 兼职工作 <input type="checkbox"/> 已退休		收入： \$ _____ <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每年 被抚养家属人数： _____
民族： <input type="checkbox"/> 西班牙裔 / 拉美裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔 <input type="checkbox"/> 不愿公开		种族： <input type="checkbox"/> 美洲印第安人 / 阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 <input type="checkbox"/> 太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 黑人 / 非裔美国人 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 不愿公开		您的语言？ <input type="checkbox"/> 英文 <input type="checkbox"/> 西班牙语 <input type="checkbox"/> 法语 <input type="checkbox"/> 广东话 <input type="checkbox"/> 普通话 <input type="checkbox"/> 孟加拉语 <input type="checkbox"/> 其他： _____	
出生国家： _____					
我法律上的性别 (身份证或保险卡上的性别)： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		您希望别人怎么称呼您？ <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 未列出： <input type="checkbox"/> 她 _____ <input type="checkbox"/> 他们		性别认同 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 性别酷儿 (Genderqueer) / 非常规 <input type="checkbox"/> 女 性别 <input type="checkbox"/> 跨性别男性 <input type="checkbox"/> 我不想回答 <input type="checkbox"/> 跨性别女性 <input type="checkbox"/> 未列出： _____	

出生时性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 双性 <input type="checkbox"/> 我不想回答	性取向 <input type="checkbox"/> 女同性恋／男同性恋 <input type="checkbox"/> 我不想回答 <input type="checkbox"/> 异性恋 <input type="checkbox"/> 未列出：_____
<input type="checkbox"/> 双性恋 <input type="checkbox"/> 我不知道	

您是否曾经服兵役？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，在美军服役 <input type="checkbox"/> 是，在其他国家的军队服役 如果是，我目前状态： <input type="checkbox"/> 现役军人 <input type="checkbox"/> 国民警卫队 <input type="checkbox"/> 预备役 <input type="checkbox"/> 退伍／未入伍	您从哪里听说我们中心？ <input type="checkbox"/> 朋友／家人 <input type="checkbox"/> 宣传单 <input type="checkbox"/> 互联网 _____ <input type="checkbox"/> 健康保险计划 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 311 <input type="checkbox"/> 社交媒体 _____
--	---

我的药房（药店）： 名称：_____	如有我遇到紧急情况，请致电： 姓名：_____ 关系：_____
电话号码：_____	电话号码：_____
地址：_____	地址：_____

接受治疗同意书	
<p>通过下面的签名，我同意社区医疗网络（CHN）的医疗机构可以向我提供这些服务：</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 医护和治疗 <input type="checkbox"/> X光拍片 <input type="checkbox"/> 化验 <input type="checkbox"/> 给药 </p> <p>我也了解，为了在 CHN 取得其他医护服务，我不需要在 CHN 获得计划生育服务。</p>	
_____ 患者签名	_____ 日期
_____ 家长或法定监护人签名 （若患者 17 周岁以下）	_____ 关系 日期

披露病历同意书	
<p>我了解我的健康记录属于私密信息。我同意未经我书面许可，不得向任何人披露我的健康记录，除非以下人员需要披露：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 与我的医护或治疗有关的任何医生或医院 • 为我支付医疗费用的人士或健康保险公司 • 帮助开展其他活动，以支持我在 CHN 接受医疗服务的健康保险公司 <p>我同意，我的保险待遇款项将直接给付至社区医疗网络。</p>	
_____ 患者签名	_____ 日期
_____ 家长或法定监护人签名	_____ 关系 日期

(若患者 17 周岁以下)

患者的人权法案通知和确认书

我已收到患者手册（包括患者的人权法案），并且已了解社区医疗网络可提供的服务。

患者签名

日期

家长或法定监护人签名
(若患者 17 周岁以下)

关系

日期