

成年患者登记表 – Prenatal Diagnostic Center

说明：请填写下方所有适用的字段。

患者信息		
患者姓名（姓，名）：		出生日期 (DOB)：
婚姻状况：	性别：	社会安全号码 (SSN)：
家庭住址：		
住宅电话：	手机号：	
电子邮箱：		
您首选哪种语言进行沟通？		您需要一名翻译吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您想通过哪种方式接收预约提醒？ <input type="checkbox"/> 短信 <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 不要提醒		您目前是否有工作？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如有，请填写雇主名称：
Primary Care Provider（初级护理机构，PCP）名称：		就业状况： <input type="checkbox"/> 全职 <input type="checkbox"/> 兼职

紧急联系人	
请在下方提供我们在发生紧急事件时应该联系的个人（如配偶或朋友）的姓名：	
(1) 紧急联系人姓名：	
紧急联系人地址是否与患者地址相同？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如否，请在此处填写地址：	
住宅电话和/或手机号：	与患者的关系： <input type="checkbox"/> 父亲/母亲 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其他重要人员 <input type="checkbox"/> 姑妈或姨妈/叔伯或舅舅 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 其他亲属 <input type="checkbox"/> 看护人 <input type="checkbox"/> 朋友
(2) 紧急联系人姓名：	
紧急联系人地址是否与患者地址相同？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如否，请在此处填写地址：	
住宅电话和/或手机号：	与患者的关系： <input type="checkbox"/> 父亲/母亲 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其他重要人员 <input type="checkbox"/> 姑妈或姨妈/叔伯或舅舅 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 其他亲属 <input type="checkbox"/> 看护人 <input type="checkbox"/> 朋友

主要保险信息	
主要健康保险计划名称：	
保单 ID 编号：	团体编号：

谁是该计划的主要投保人？

本人 (1) 紧急联系人 (2) 紧急联系人 其他人

如果是“其他人”，请提供其姓名和地址：

与患者的关系： 父亲/母亲 配偶 其他重要人员 其他亲属

住宅电话和/或手机号：

投保人目前是否有工作？ 是 否

投保人雇主名称：

全职 兼职 已退休

投保人出生日期 (DOB)：

性别：

社会安全号码 (SSN)：

次要保险信息

次要健康保险计划名称：

保单 ID 编号：

团体编号：

谁是该次要计划的主要投保人？

本人 (1) 紧急联系人 (2) 紧急联系人 其他人

如果是“其他人”，请提供其姓名和地址：

与患者的关系： 父亲/母亲 配偶 其他重要人员 其他亲属

住宅电话和/或手机号：

投保人目前是否有工作？ 是 否

投保人雇主名称：

全职 兼职 已退休

投保人出生日期 (DOB)：

性别：

社会安全号码 (SSN)：

您是如何知道我们的？

家人/朋友 转诊提供者 网络/电视/电台 健康保险提供者 不确定

转诊提供者名称：

如您怀孕，预产期 (EDD)为：

单胎 双胞胎 多胞胎

如您怀孕，您的妊娠期是否由多方联合管理？ 是 否

如是，请提供供应商名称：

您是否曾接受过超声波检查？ 是 否

如是，请提供接受超声波检查的时间和地点。

你最喜欢的药店和实验室的名称和地址是什么？

患者签名：

今天的日期：

谢谢！请将该表格交给前台的**登记人员**。

有关医疗信息的详细消息表格

您有权授权 UCSF Benioff Children's Physicians (UCBP) 的提供者和工作人员在电话留言机或其他录音系统上留下有关您健康信息的详细语音消息。如果您授权 UBCP 提供者和员工可以留下详细语音消息，则该等授权可让医院、提供者办公室、家庭健康机构等有权留下详细信息，这些信息可能包括医疗诊断、手术信息、其他医疗服务、检测结果、用药信息以及任何疾病或病症的治疗情况。详细消息授权属于可选授权而非强制要求。UCBP 仅会为下方获得授权的电话号码留下有关健康信息的详细消息，而不会为记录中的其他任何号码留下详细消息。除非以书面形式撤销并指定某一具体日期，否则留下详细语音消息的授权将持续有效。**留下有关您健康信息的详细语音消息存在潜在相关风险，包括但不限于披露给第三方。您签署此授权表格，即表明您承认并接受与此类披露相关的风险。如果您的健康信息披露给法律未要求其为该等信息保密的人员，则该等信息可能不再受州或联邦保密法的保护。**

此外，您有权授权 UCSF Benioff Children's Physicians (UCBP) 的提供者和工作人员与指定人员讨论您的详细医疗信息。此类详细信息可能包括医疗诊断、手术信息、其他医疗服务、检测结果、用药信息以及任何疾病或病症的治疗情况。此授权属于可选授权而非强制要求。除非以书面形式撤销并指定某一具体日期，否则授权与指定人员讨论您的详细医疗信息将持续有效。请完整填写 UBCP 健康信息披露表格的授权书，以授权指定人员。

患者信息	
患者姓名 (姓, 名) :	
出生日期 (DOB) :	病历号 (MRN) :
今天的日期 (授权日期) :	

获得接收详细消息授权的电话号码	
电话号码	类型
	<input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 工作
	<input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 工作
	<input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 工作

具体日期 (选填)	
从 :	至 :

患者或见证人签名 (如果患者无法签署, 则必须由见证人签署)

今天的日期

见证人与患者的关系



We Ask Because We Care

種族和族裔： 因為關懷，所以詢問

請填寫這份問卷。我們利用這項資訊來審核患者接受的治療，確保所有患者得到最好的照護。您個人的回答將會保密，不會與保健系統之外的人士分享。

1. 您認為自己是西班牙裔／拉丁裔嗎? (Hispanic/Latino?) 是 (Yes) 否 (No)
 拒絕回答 (Decline) 未知 (Unknown)

2. 您如何描述您的種族？我們所說的種族是指您的祖先來自的主要世界族群。

請儘量勾選能夠描述您自己的類別。(Describe your race)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 美國印地安人／阿拉斯加原住民 (Am. Indian/Alaska Native) | <input type="checkbox"/> 亞裔 (Asian) | <input type="checkbox"/> 拒絕回答 (Decline) |
| <input type="checkbox"/> 非裔美國人／黑人 (African American/Black) | <input type="checkbox"/> 白人 (White) | <input type="checkbox"/> 未知 (Unknown) |
| <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民／其他太平洋島民 (Nat. Hawaiian/Pacific Islander) | <input type="checkbox"/> 其他_____ (Other) | |

3. 你如何描述您的族裔？我們所說的族裔是指您分享文化身份或習俗的族群。

請儘量勾選能夠描述您自己的類別。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 非洲裔 (African) | <input type="checkbox"/> 日本裔 (Japanese) |
| <input type="checkbox"/> 非裔美國人／黑人 (African Am./Black) | <input type="checkbox"/> 韓國裔 (Korean) |
| <input type="checkbox"/> 阿拉斯加原住民 (Alaska Native) | <input type="checkbox"/> 寮國裔 (Laotian) |
| <input type="checkbox"/> 美國印地安人 (American Indian) | <input type="checkbox"/> 墨西哥裔 (Mexican) |
| <input type="checkbox"/> 阿拉伯裔／北非裔 (Arab/North African) | <input type="checkbox"/> 中東裔 (Middle Eastern) |
| <input type="checkbox"/> 印度裔 (Asian Indian) | <input type="checkbox"/> 蒙古裔 (Mongolian) |
| <input type="checkbox"/> 柬埔寨裔 (Cambodian) | <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 (Native Hawaiian) |
| <input type="checkbox"/> 第一民族（加拿大）(First Nation/Canada) | <input type="checkbox"/> 太平洋島民 (Pacific Islander) |
| <input type="checkbox"/> 加勒比海／西印度群島裔 (Caribbean/West Indian) | <input type="checkbox"/> 俄國裔 (Russian) |
| <input type="checkbox"/> 中美洲裔 (Central American) | <input type="checkbox"/> 薩摩亞裔／美屬薩摩亞裔 (Samoan/American Samoan) |
| <input type="checkbox"/> 華裔 (Chinese) | <input type="checkbox"/> 南美洲裔 (South American) |
| <input type="checkbox"/> 歐洲裔 (European/European Descent) | <input type="checkbox"/> 泰國裔 (Thai) |
| <input type="checkbox"/> 菲律賓裔 (European/European Descent) | <input type="checkbox"/> 西藏裔 (Tibetan) |
| <input type="checkbox"/> 關島裔 (Guamanian) | <input type="checkbox"/> 東加裔 (Tongan) |
| <input type="checkbox"/> 苗裔 (Hmong) | <input type="checkbox"/> 越南裔 (Vietnamese) |
| <input type="checkbox"/> 原住民 - 馬來 (Indigena-Maya) | |
| <input type="checkbox"/> 拒絕回答 (Decline) <input type="checkbox"/> 未知 (Unknown) <input type="checkbox"/> 其他_____ (Other) | |

填妥表格後請交給櫃台人員，謝謝。

Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices

Your name and signature on this sheet indicate that you have been given access to a copy of the UCSF Notice of Privacy Practices (Notice) on the date indicated. If you have any questions regarding the information in the Notice of Privacy Practices, please do not hesitate to contact a clinic representative. Also, a copy is posted on our website at www.UBCP.org.

Printed Patient Name

Date of Birth (DOB)

If Patient is a Minor, Printed Parent/Legal Guardian or Financial Guarantor Name

Relationship to Patient

Signature of Patient or Parent/Legal Guardian

Today's Date (Date Noticed Received)

Terms and Conditions of Registration, Medical Services and Financial Agreement

1. UCSF Benioff Children's Physicians (UCBCP) is part of the University and is comprised of its hospital(s), medical center(s), its hospital-based clinics, and the UCSF School of Medicine.
2. **MEDICAL CONSENT:** I consent to medical treatments or procedures x-ray examinations, drawing blood for tests, medications, injections, taking of medical photographs, videotaping and laboratory procedures.
3. **RELEASE OF MEDICAL INFORMATION:** The State of California information Practices Act requires UCBCP to provide the following information to individuals who supply information about themselves. As a patient of UCBCP, I will be asked to submit certain personal information, such as my address and phone number, Social Security number, insurance information, medical history and treatment. The principal purpose for requesting this information is to ensure accurate identification, continuity of medical care, and payment for such care. Under the authority of The Federal Privacy Act of 1974, Article IX, Section 9 of the California Constitution, the California Information Practices Act (Civil Code 1798 et seq.), California Code of Regulations, Title 22, Section 70749, UCBCP is authorized to maintain this information. As required by UCBCP, furnishing all information requested is mandatory unless otherwise noted. I understand that failure to provide such information may affect my medical care and/or insurance benefits and coverage. UCBCP will obtain my written authorization to release information about my medical treatment, except in those circumstances when UCBCP is permitted or required by law to release information (see UCBCP's Notice of Privacy Practices for a description of the specific circumstances under which UCBCP may release this information). For example, UCBCP may release a copy of my patient record to health care providers, health plans, governmental agencies and workers' compensation carriers. Additionally, I understand that if I am diagnosed with a reportable disease in California, UCBCP is required by law to report my diagnosis to the State Department of Health Services.
4. **FINANCIAL AGREEMENT:** I understand that even if I have insurance, I may be financially responsible for some or all of my medical services. For instance, if I have a co-pay, co-insurance or deductible, I agree to pay the amounts I owe. If I do not have insurance that covers the service I receive, I agree to pay UCBCP for professional and clinic services. If I am unable to pay, I understand I may qualify for public assistance, special payment arrangements and/or charity care. I also understand that when this agreement is signed by my spouse, parent or a financial guarantor, my spouse, parent or financial guarantor shall be jointly and individually liable with me for payment, including all collection fees (attorneys' fees, costs and collection expenses), in addition to any other amounts due. Unpaid accounts referred to outside agencies for collection bear interest at the current legal rate.
5. **ASSIGNMENT OF BENEFITS (INCLUDING MEDICARE BENEFITS):** I authorize and direct payment to UCBCP of any insurance benefits including hospital insurance and unemployment compensation disability benefits otherwise payable to or on my behalf for UCBCP, including emergency services, at a rate not to exceed UCBCP actual charges. I understand that I am financially responsible for charges not paid pursuant to this agreement. I further agree that any credit balance resulting from payment of insurance or other sources may be applied to any other account owed to UCBCP by me.

I have read, agreed to and received a copy of this Terms and Conditions of Service:

<hr/> Printed Patient Name	<hr/> Today's Date
<hr/> Signature of Patient or Witness (required if patient unable to sign)	<hr/> Today's Date
<hr/> Witness Relationship to Patient	
<hr/> Signature of Interpreter (if applicable)	<hr/> Today's Date
<hr/> Language Used	