

儿童患者登记表

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)：	性别：	社会安全号码 (SSN)：
(2) 子女姓名（姓，名）：		
出生日期：	性别：	社会安全号码：
(3) 子女姓名（姓，名）：		
出生日期：	性别：	社会安全号码：
家庭住址：		
住宅电话：	电子邮箱：	
家庭首选哪种语言进行沟通？		您需要一名翻译吗？ ☐ 是 ☐ 否
您想通过哪种方式接收预约提醒？ ☐ 短信 ☐ 电话 ☐ 不要提醒		患者是否有工作？ ☐ 是 ☐ 否 如有，请填写雇主名称：
儿科医师姓名：	就业状况： ☐ 全职 ☐ 兼职	

患者联系人	
请在下方提供我们在发生紧急事件时应该联系的个人（如父母或祖父母）的姓名：	
(1) 患者联系人姓名：	
紧急联系人地址是否与患者地址相同？ ☐ 是 ☐ 否	
如否，请在此处填写地址：	
此人是患者的父母/法定监护人吗？ ☐ 是 ☐ 否	
住宅电话和/或手机号：	与患者的关系： ☐ 母亲 ☐ 父亲 ☐ 法定监护人 ☐ 养父母 ☐ 姑妈或姨妈/叔伯或舅舅 ☐ 祖父母 ☐ 其他亲属 ☐ 邻居 ☐ 看护人
(2) 患者联系人姓名：	
紧急联系人地址是否与患者地址相同？ ☐ 是 ☐ 否	
如否，请在此处填写地址：	
此人是患者的父母/法定监护人吗？ ☐ 是 ☐ 否	
住宅电话和/或手机号：	与患者的关系： ☐ 母亲 ☐ 父亲 ☐ 法定监护人 ☐ 养父母 ☐ 姑妈或姨妈/叔伯或舅舅 ☐ 祖父母 ☐ 其他亲属 ☐ 邻居 ☐ 看护人

担保人信息

若所需费用不在健康保险计划的承保范围内，患者账户的财务责任由谁承担？

☐ (1) 患者联系人 ☐ (2) 患者联系人 ☐ 其他人

如果是“其他人”，请提供其姓名和地址：

担保人性别：

社会安全号码：

出生日期：

与患者的关系：☐ 父母/法定监护人 ☐ 养父母 ☐ 祖父母 ☐ 其他亲属

电子邮箱：

此人目前是否有工作？☐ 是 ☐ 否

如是，请填写以下各项：

雇主名称：

☐ 全职 ☐ 兼职 ☐ 已退休

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？

☐ (1) 患者联系人 ☐ (2) 患者联系人 ☐ 担保人 ☐ 患者（仅当患者参加 Medi-Cal 或 Medi-Cal HMO 计划时勾选）

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？

☐ (1) 患者联系人 ☐ (2) 患者联系人 ☐ 担保人 ☐ 患者（仅当患者参加 Medi-Cal 或 Medi-Cal HMO 时勾选）

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：

您首选药店的名称和地址是什么？

父母/法定监护人签名：

今天的日期：

谢谢！请将该表格交给前台的**登记人员**。