

入院前紀錄

病人資訊											
入院日期	醫生	懷孕 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	初級保健醫生	到期日 / /	婚前姓： 曾用名：	大約日期 上次診治	我授權醫院為本次服務確認保險福利。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 簽名 _____				
病人法定姓名 (姓, 名, 中間名)				出生地點	出生日期	年齡	性別	婚姻狀態	宗教偏好	社會安全號碼	
病人地址 (街道, 城市, 州份, 郵區編號)						電郵地址			病人住家電話		
病人僱主		職業		病人工作地址 (街道, 城市, 州份, 郵區編號)				病人工作電話			
緊急聯絡人姓名		地址 (街道, 城市, 州份, 郵區編號)				住家電話		工作電話		與病人關係	
負責繳付醫院帳單者姓名 (如非病人本人)			地址 (街道, 城市, 州份, 郵區編號)				住家電話		與病人關係		
族裔 <input type="checkbox"/> 拉丁美裔 <input type="checkbox"/> 非拉丁美裔		主要使用語言：		種族 本州要求醫院收集有關種族及族裔的數據資訊。此資訊並非必須填寫。 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 亞洲人 / 太平洋島人 <input type="checkbox"/> 美國原著民 / 愛斯基摩人 <input type="checkbox"/> 其他 _____							

主要保險		保險範圍資訊						EMP 狀態： <input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 殘障 <input type="checkbox"/> 退休				
保險公司名稱		身份號碼		組別號碼	受保人姓名		受保人性別	受保人僱主		工作電話		
受保人出生日期		受保人社會安全號碼		病人與受保人關係		授權編號		保險認證電話號碼				
次要或附加保險		保險範圍資訊						EMP 狀態： <input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 殘障 <input type="checkbox"/> 退休				
保險公司名稱		身份號碼		組別號碼	受保人姓名		受保人性別	受保人僱主		工作電話		
受保人出生日期		受保人社會安全號碼		病人與受保人關係		授權編號		保險認證電話號碼				
工作相關損傷		僱主地址 (街道, 城市, 州份, 郵區編號)						僱主工作電話		受傷日期		
受傷時的僱主		僱主地址 (街道, 城市, 州份, 郵區編號)						僱主工作電話		受傷日期		
勞工保險名稱		勞工保險地址 (街道, 城市, 州份, 郵區編號)				勞工保險電話		索保編號 (如知道)				
勞工保險名稱		勞工保險地址 (街道, 城市, 州份, 郵區編號)				勞工保險電話		索保編號 (如知道)				
軍隊非戰時衛生醫療計劃 (CHAMPUS)		卡號						生效日				
病人為： <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 退休人員		卡號		生效日	到期日	保證人姓名 (姓, 名, 中間名)			服役編號		軍階	
社會安全號碼		組織及任職地點 (母港/退休人員地址)				服役部門 <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> USAF <input type="checkbox"/> USMC <input type="checkbox"/> USN <input type="checkbox"/> USCG <input type="checkbox"/> USPHS <input type="checkbox"/> EESA		狀態： <input type="checkbox"/> 現役 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 已故				