



MEDICAL HISTORY QUESTIONNAIRE

Patient Name (病人姓名): _____

Date of Birth (出生日期): _____

如果您目前有以下所列出的任何問題，請勾選“是” ” Yes” 並作出解釋：

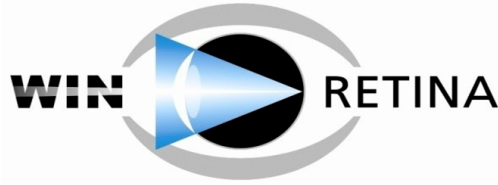
EYES (眼睛)	Yes 是	No 否	EXPLANATION OF PROBLEM (請解釋)
Loss of vision- (喪失視力)	()	()	
Blurred vision (視力模糊)	()	()	
Shadow (影子)	()	()	
Floaters (飛蚊症)	()	()	
Flashes of Light (閃光)	()	()	
Injuries to eyes (眼睛受傷)	()	()	
Distorted vision (扭曲的視力)	()	()	
Loss of peripheral vision (喪失周邊視力)	()	()	
Glaucoma – If “YES”, how long? (青光眼)	()	()	
Cataracts (白內障)	()	()	
Redness (眼紅)	()	()	
Sandy or gritty feeling (有沙的感覺)	()	()	
Itching (發癢)	()	()	
Dryness (眼睛乾澀)	()	()	
PATIENT HISTORY	Yes 是	No 否	EXPLANATION OF PROBLEM (請解釋)
Cardiovascular (heart / blood vessels) including any history of heart attacks (心臟/血管包括任何心臟病發作的歷史)	()	()	
Hypertension & How long even if controlled by medication) (高血壓- 多長時間 服藥控制)	()	()	
Diabetes & How long? (糖尿病 - 多長時間 服藥控制)	()	()	
Respiratory (lungs / breathing / T.B / asthma / emphysema (呼吸系統 - 肺/呼吸/肺結核/哮喘/氣腫)	()	()	
Genitourinary (genitals / kidney / bladder) (泌尿生殖系統 - 生殖器/腎/膀胱)	()	()	
Musculoskeletal (肌肉骨骼)	()	()	
Muscle pain (肌肉疼痛)	()	()	
Joint pain (arthritis) (關節炎)	()	()	
Circulatory Problem (循環系統)	()	()	
Cancer (癌症)	()	()	
Thyroid Disease (甲狀腺)	()	()	
Other Eye or Systemic Disease	()	()	

List any medications you take including blood thinner (aspirin, coumadin...etc) or any over the counter med including eyedrops:

List all surgeries you have had in the past, including eye surgery:

Do you have allergies to any medications? () YES () NO

If YES, list medications and side affects:



REGISTRATION FORM
(Please complete form)

姓: _____ 名: _____ 出生日期: ___/___/___

地址: _____ 城市/州/邮编: _____

家中电话: () _____ - _____ 手机: () _____ - _____ 单位: () _____ - _____

身份号: _____ - _____ - _____ 性别: _____ 婚姻状况: _____ 电子邮件: _____

紧急联络人: _____ 电话:() _____ - _____ 关系: _____

家庭保健医生/电话: _____ / () _____ - _____

参考医师/电话: _____ / () _____ - _____

办公室专用: 参考医师 NPI: _____ 传真:() _____ - _____

保险信息:

主要保险:

保险名称: _____ 保险/会员 ID: _____

HMO: 是 ___ 否 ___ (如果是的话, 保险集团名称 IPA _____)

二级保险:

保险名称: _____ 保险/会员 ID: _____

保险持有人/财政负责人的(如与上述不同):

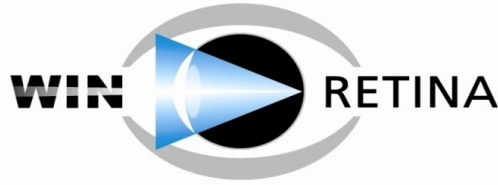
保险持有人姓名: _____ 地址: _____

关系: _____ 身份号: _____ - _____ - _____ 出生日期: ___/___/___

请在离开诊所前到柜台办理当天的付款手续。作为我们服务的一部分,我们将提交您的保险理赔。手术前应与负责病人关系的部门办理保险/付款手续。
信息发布和福利分配声明:我特此授权发布任何必要的医疗信息用于处理我的保险索赔,医生可以从医疗保险和/或其他保险供应商收取所有提供的服务和医疗款项。
。我理解并同意上述条件。

HIPAA 隐私权和公开,或受保护健康信息的授权:我已阅读 HIPAA 的权利和授权,我同意披露我的医疗记录相关治疗的信息。

日期: ___/___/___ 签名: _____



HIPAA 病人同意书
(请填写表格)

我们的隐私权政策是让你知道我们如何使用或披露你的受保护的健康信息。通知载有病人在法律上的权利。你有权利在签署前审查本同意书。我们通知的条款可能会改变。如果我们改变我们的条款，你可以得到一个修订后的副本，请联络我们的办公室。

你有权利要求我们限制使用或披露关于您的治疗，付款或医疗保健业的健康信息。我们可以拒绝同意这个限制，但如果我们这样做，我们将履行该协议。

通过签署此表格，您同意我们使用和披露有关您的受保护的治疗，支付和医疗保健业务和健康信息。你有权利以由您签署的书面形式撤销本同意书。然而，这种撤销不能影响任何`我们已经取得了您的事先同意所披露和使用的信息。这个形式是遵照健康保险流通与责任法案 1996（HIPAA）的。

病人须知：

- ▶ 受保护的健康信息可能会被披露或用于治疗，付款或医疗保健业务。
- ▶ WIN RETINA 有一个隐私权政策通知，病人有权观看。
- ▶ WIN RETINA 有权改变隐私政策的通知。
- ▶ 病人有权利限制使用他们的信息，但 WIN RETINA 不是必须要同意那些限制。
- ▶ 病人可在任何时候以书面形式撤销此同意，那么未来所有的信息披露将停止。
- ▶ WIN RETINA 会在这个同意书的协议下采取需要的治疗方式。

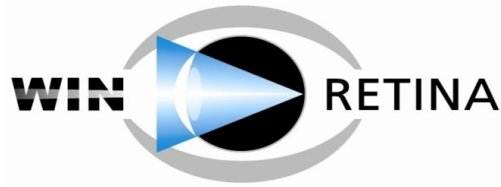
通过签署此表格，您同意使用和披露有关您的受保护健康信息以及治疗，支付和医疗保健业务信息。

同意签署人：

患者或代表人姓名： _____

签名： _____ 日期： _____

与病人的关系（如果不是病人亲自签字） _____



保险确认

我明白我有责任通知 Win Retina 视网膜诊所关于我的保险的任何变化。
如果延迟或没有通知，可能会导致我的医疗帐户出现**差额**。

患者姓名: _____ 出生日期: _____

患者签名: _____ 日期: _____

如果您有任何问题，请随时联系前台或计费部门：（626）447-7008，

谢谢您!