PERSONAL INFORMATION（个人信息）

General

Last Name(姓): ____________First（名）:______________ Sex（性别）: ________

Date of Birth（生日）: _______ （月）/_______ （日）/______ （年） Age（年龄）: _______

Home Address（家庭地址）: ____

Telephone（电话）: ______________________Email Address（邮件）: _________________________

Marital Status（婚姻状态）: __________________ Occupation: （职业） _________________________

Emergency contact: (紧急联系人)

Name: （名字） ___________________ Relationship（关系） _________________

Phone number（电话） ____________________

Previous Physician (以前的医生)_____________________________Phone: （电话） ___________________

Primary Insurance （第一保险）

Insurance Company Name: （保险公司名字） _____________________________

Group Number: （保险组号） __________________ Policy Number（保险号） _____________

Address: （地址） ____

Insured's Date of Birth: （保险登记人生日） _____/_____/______Insured's Name: （保险登记人名字）
_____________________ Relationship to Insured: （与保险登记人的关系） ____________________

Authorization for Treatment （同意治疗）

I authorize Dr Li Internal Medicine PA to perform procedures and treatment including administration of medicine and local anesthetics along with other medical procedures that may be medically necessary. I understand that this office will submit claims to the listed insurance company, but I am ultimately responsible for this account.

I also authorize the release of any medical information necessary to process my claim. To further provide continuity of care, I authorize the release of medical information to specialty as needed.

我同意 Dr Li Internal Medicine PA 在有必要的情况下对我进行治疗， 包括给药和局部麻醉。 我明白该诊所会向保险公司索取费用，但是我会负责保险公司不负责的费用。

我同意向保险公司提供必要的我的医疗信息。 我也同意必要时向专科医生提供我的医疗信息。

Patient/Legal Representative Signature: （病人或法定代表签名） ___________________

Print name: （打印名字） ________________________ Date: （日期） _________________________

Pharmacy: (药房) ____

HEALTH QUESTIONNAIRE（健康问卷）

Patient Name: （名字）________________________________DOB:（生日） __________________________________

Please indicate each of your chronic medical problems by marking the appropriate box below:

请指出您的慢性疾病， 在相应的疾病前打勾

☐High Blood pressure 高血压？	☐ Asthma 哮喘	Please list any other medical problems 请列出其他的疾病
☐Heart Disease, what kind_______________ 心脏病？ 哪种？	☐ Emphysema/Lung disease 肺气肿/肺病？	
☐ Diabetes 糖尿病？	☐ Anemia 贫血？	
☐ Cancer, what kind________________ 癌症？ 哪种？	☐ High Cholesterol 高胆固醇？	
☐ Thyroid, what kind________________ 甲状腺病? 哪种？	☐ Liver disease, what kind_______________ 肝脏疾病？ 哪种？	
☐ Stroke 中风？	☐ Kidney Problem, what kind________________ 肾脏疾病？ 哪种？	

Please list all the medication that you are currently taking, strength (in milligrams) and how often.

请列出您现在的所有药物， 剂量 和次数

Are you allergic to any medications? （您有对药物过敏吗？） ☐ Yes（有） ☐ No（没有）

If yes, please list them and the reaction they cause. （如果有， 请列出药物和不良反应）

____

Social history （社交史）

Tobacco use（抽烟）: ☐ No（否） ☐ Yes（是） ___________a day（一天多少?） Number of years used: (抽烟年数)______________ Year Quit: （戒烟年份） _______________
Alcohol use（喝酒）: ☐ No （否） ☐ Yes （是） ___________drink per week （每周喝的量） Street Drugs: （毒品） ☐ No（否） ☐ Yes （是） Specify: （请注明）
Do you have a living will?（您有生前遗嘱吗？） ☐ Yes （是） ☐ No （否）

Family History: Please list any blood relative has suffered from cancer/chronic diseases/mental diseases.

家族史：请列出有血缘关系的亲人的癌症/慢性病/精神疾病史

Cancer/Diseases	Relationship	Cancer/Diseases	Relationship	Cancer/Diseases	Relationship

癌症/疾病	关系	癌症/疾病	关系	癌症/疾病	关系

Please list any surgeries (including the year): 请列出您做过的手术

Are you under the care of any other doctor for any medical problems? If so, whom and for what medical problem?
您现在有别的专科医生吗？如果有， 请列出。

Year of last: （请列出最后注射年份）Tetanus Shot （破伤风疫苗） _____________
Flu Shot（流感疫苗） ____________ Pneumonia Vaccine（肺炎疫苗） ________________
Women only: （只限于女性）
Date of Last（最后一次）: Mammogram（乳房胸片） _____________ (Abnormal? 是否 异常_______)

PAP（宫颈刮片） ______________ (Abnormal? 是否 异常_______) Osteoporosis Scan **（骨质疏松扫描）** ___________
Have you been a victim of abuse? 您是虐待的受害者吗？

Have you ever had sigmoidoscopy or colonoscopy?（您做过肠镜吗？） ☐ Yes 是 ☐ No 否

If yes, which year? （如果做过， 哪一年？） _____________ Ordering doctor's name（肠镜医生名字？）
________________________________ Phone number（电话） _________________________________

Current illness: Do you have any of the following currently? （您有下列的不适吗？）

☐ Fever/Chills 发热	☐ Night sweat 盗汗	☐ Unexpected weight loss 不明体重减轻	☐ Leg/arm weakness 手脚无力	☐ Other complains 其他
☐ Shortness of breath 呼吸困难	☐ Chest pain 胸痛	☐ Nausea **恶心**	☐ New bony pain 新的骨头痛	
☐ vomiting 呕吐	☐ Diarrhea 腹泻	☐ Constipation 便秘		

Patient/Legal Representative signature（病人或法定代表签名） ____________________________

Date: （日期） ____

隐私惯例通知确认表（HIPPA）

Our Notice of Privacy Practices provides information about how we may use and disclose protected health information about you. You have the right to review our Notice before signing this form.

Patient is consented to receive diagnosis, treatment and is financially responsible for the service.

All your information is confidential (HIPPA) and will become part of your medical records.

Protected Health information and contact information may be disclosed or used for treatment, payment, or heath care operation.

You have the right to revoke this consent, in writing, except where we have already made disclosures in reliance on your prior consent.

我们的隐私惯例通知提供了有关我们如何使用和披露您的受保护健康信息的信息。您有权在签署此表格之前查看我们的通知。患者同意接受诊断、治疗，并对服务承担经济责任。您的所有信息都是保密的 (HIPPA)，并将成为您医疗记录的一部分。
受保护的健康信息和联系信息可能会被披露或用于治疗、支付或医疗保健操作。
除非我们已经根据您的事先同意进行了披露， 您有权以书面形式撤销此同意。

Patient/Legal Representative Signature（病人或法定代表签名）______________________

Print Name（印刷名字）___________________Date（日期）________________________