

歡迎選擇 California Vision And Visage 醫療集團				今日日期
為了可以更好的為您服務，請工整填寫以下信息。所有信息將嚴格保密。				
病人信息				
合法姓	名	中間名	又名	
社安號	性別	生日	婚姻狀況 單 / 婚 / 寡 / 離	駕照號
地址				
日間電話	晚間電話	手機	傳呼機	
僱主名稱	地址			職業
種族	宗教	出生地	郵編	E-mail
推薦醫師	推薦醫師地址			
緊急狀況聯繫人				
姓	名	中間名	關繫	
地址			家裏電話	公司電話
臨近親屬或朋友	姓	名	中間名	關繫
地址			家裏電話	公司電話
擔保人				
姓	名	關繫	社安號	駕照號
地址				晚間電話
僱主名稱	地址		公司電話	職業
保險信息				
主要保險	保險公司名稱	保單賬號	計劃	團號
保險郵寄地址				保險公司電話
醫療團體名稱	醫療團體號	生效日	登記會員姓名	關繫
登記會員地址				登記會員電話
登記會員社安號	登記會員生日	僱主名稱地址		僱主電話
次要保險	保險公司名稱	保單賬號	計劃	團號
保險郵寄地址				保險公司電話
醫療團體名稱	醫療團體號	生效日	登記會員姓名	關繫
登記會員地址				登記會員電話
登記會員社安號	登記會員生日	僱主名稱地址		僱主電話
醫療福利授權： 我於此授權 California Vision And Visage 醫療集團醫師向保險公司提供資料。我於此同意使用我的醫療福利支付 California Vision And Visage 醫療集團為我提供的所有服務費用。				
接受醫護服務同意書： 我於此同意現在和未來接受 California Vision And Visage 醫師的治療。				
病人/受保者簽名：			日期：	