



## 新患者表单

患者信息			
姓名:		出生日期: 年 月 日	
地址:			
城市:	省会:	邮政编码:	社会安全号码: - -
家庭电话: ( ) -	手机号码: ( ) -	工作电话: ( ) -	
性别: [ ] 男 [ ] 女	婚姻状态:	邮箱地址:	
紧急联系人信息			
姓名:	关系:	联系电话: ( ) -	
医生 / 咨询医师信息			
初级护理医师 (有医疗保险计划):		联系电话: ( ) -	
咨询医师 (无医疗保险计划):		联系电话: ( ) -	
机构信息			
机构名称:	专业护理机构: [ ] 是 [ ] 否	安养院: [ ] 是 [ ] 否	
机构地址:			
财务负责人 (如果不是患者本人)			
姓名:			
地址:			
关系:	出生日期: 年 月 日	社会安全号码: - -	

离开医院前请先到结账柜台结账。所支付的款项应在同一天算清送达。作为我们服务的一部分，我们将提交您的保险索赔。保险/财务安排应在注射、激光或手术前与我们的患者关系部门联系。信息发布和保险金转让声明：

本人特此授权办理处理保险索偿所需的任何医疗资料和向医生支付所有来自医疗保险的款项或其他提供服务的保险提供者。本人明白并同意上述条件。

隐私守则通告：本人已阅读隐私守则通告，并同意公开与治疗有关的医疗记录。

\_\_\_\_\_  
患者或患者家属签字  
日期

\_\_\_\_\_  
患者姓名的印刷体

\_\_\_\_\_  
印刷体的患者家属的姓名以及与患者的关系(如果存在)



## 医生-患者仲裁协议

第一条：仲裁协议：据了解，任何医患纠纷和医疗事故，也就是说，根据本合同提供的医疗服务是不需要的或未经授权的或不正确的，疏忽或是无能力提供的，将科根据加利福尼亚法律的规定提交仲裁。除非加利福尼亚法律规定对仲裁程序进行司法审查，否则不得诉诸诉讼或诉诸法院程序。本合同的双方当事人，通过订立合同，放弃宪法权利，在陪审团前在法庭上裁决任何此类争议，而接受仲裁。

第二条：所有申请必须被仲裁：缔约方的意图是，本协定将所有可能产生或涉及医生或包括任何配偶或继承人和任何儿童的治疗或服务的索赔的当事人都包括在内，发生时产生任何索赔，无论出生与否。 在一名女性怀孕的情况下的情况下，“病人”一词应指母亲和母亲的预产的孩子。

所有赔偿金超出小额钱债法院对医生的司法管辖权限度，和医生的当事人，联营，协会，公司或合伙，以及他们的雇员，代理人 and 遗产，必须被进行仲裁，包括但不限于对联营集团损失、不当死亡、情感痛苦或惩罚性损害赔偿的索赔。在任何法庭上向医生提交任何诉讼以收取病人的任何费用不得放弃强制仲裁任何过失赔偿的权利。但是，在对医生提出任何索赔后，任何费用争议，无论是任何现有法院诉讼的主题，也应通过仲裁解决。

第三条：规程和可适用的法律：仲裁的要求必须以书面形式传达给所有缔约方。缔约双方应在三十天内选择一名仲裁员（当事方仲裁员），第三名仲裁员（中立仲裁员）应由当事方指定的仲裁员在任何一方对中立仲裁员的要求后三十天内选定。仲裁各方应按比例支付中性仲裁员的费用和费用，以及中性仲裁员所招致或认可的其他仲裁费用，不包括律师费或证人费，或其他一方当事人为自己的利益所招致的费用。双方同意，仲裁员在根据本合同行事时，具有司法人员的民事责任豁免权。此项豁免应补充不取代普通法适用的任何其它法定法律。对中立仲裁员的书面请求，任何一方均有绝对权利单独仲裁责任和损害赔偿问题。

当事各方同意在本仲裁中对任何个人或实体进行干预和合并，否则将成为法院诉讼中的适当附加当事方，并经此种干预并合并任何现有法院对此类额外人员的诉讼或实体应暂缓仲裁。

双方同意，适用于卫生保健提供者的加利福尼亚法律的规定应适用于本仲裁协议内的争议，包括但不限于《民事诉讼法》340.5 和 667.7 节和《民法典》3333.1 节和 3333.2 节。任何缔约方均可根据《民事诉讼法》向仲裁员提出一项即决判决或简易裁定的动议。发现须根据《民事诉讼程序条例》1283.05 条进行；然而，未经中立仲裁员事先批准，可以采取证言。

第四条：总条款：所有基于同一事件、交易或相关情况的索赔，应在一个程序中进行仲裁。如果（1）在收到通知之日起，该索赔将被适用的加利福尼亚时效规定所禁止，或（2）索赔人未能在以下情况下继续提出仲裁请求，则应放弃并永远禁止索赔。按照本协议



规定的程序进行合理的努力。对于此处未明确规定的任何事项，仲裁员应受《加利福尼亚民事诉讼法》有关仲裁的规定管辖。

第五条：撤销：本协议可在签字后 30 天内以书面通知的形式予以撤销。本协议的目的是适用于任何时间为该条件提供的所有医疗服务。

第六条：追溯效应：如果患者打算在其签署之日前提供服务（包括但不限于紧急治疗），病人应直接在下面标注姓名起首字母，本协议将被视为有效的日期的第一医疗服务：

\_\_\_\_\_患者或患者家属的姓名缩写

如果本仲裁协议的任何条款无效或无法执行，其余条款将继续有效，不受任何其他条款无效的影响。

我知道我有权收到这份仲裁协议的复印件。下面是我的签名，我承认我收到了一份副本。

注意：通过签署本合同，您同意有任何由中性仲裁决定的医疗事故的问题，你放弃了你的权利，陪审团出庭受审。见本合同 1 条。

\_\_\_\_\_  
患者或患者家属签字  
日期

\_\_\_\_\_  
患者姓名的印刷体

\_\_\_\_\_  
印刷体的患者家属的姓名以及与患者的关系(如果存在)

\_\_\_\_\_  
医生或授权代表签字

\_\_\_\_\_  
日期



## 私隐守则通告

我们对医疗信息的承诺:

我们知道关于你和你的健康的医学信息是个人的。我们致力于保护您的医疗信息。我们创建一个您收到的护理和服务的记录。我们需要这一记录, 以提供您的护理质量和遵守某些法律要求。本通知适用于本医院所产生的您所护理的所有记录。本公告描述如何使用和刚开您的医疗信息。请仔细多次阅读。

以下类别描述了我们使用和披露医疗信息的不同方式。不是所有的使用或公开的类别将讲列出。然而;我们被允许使用和披露信息的所有方式将属于其中一个类别。

1. 治疗: 我们将使用医疗信息来提供您的医疗服务。例如, 我们可以与其他医生或其他医疗保健提供者分享您的医疗信息, 他们将提供我们不提供的服务。
2. 治疗方案: 我们可以使用和公开医疗信息, 告诉你或建议可能的治疗方案或替代方案, 可能是对您有利的。
3. 付款方式: 我们将使用医疗信息来获得我们提供的服务的付款。
4. 医疗保健操作: 我们可以使用医疗信息来操作我们的医疗实践。例如, 我们可以使用和公开这些信息, 以审查和改善我们提供的护理质量, 或提高我们的专业工作人员的质量和能。力。
5. 预约提醒: 我们可以使用和公开医疗信息, 以联系和提醒您的预约。在留言时我们不会提供任何医疗信息。
6. 登记表: 当您到达我们办公室时, 我们可以使用和公开您的医疗信息。当我们准备好要见你的时候, 我们也会叫出你的名字。
7. 电子邮件: 我们可以通过电子邮件与您联系。
8. 营销: 我们可能与您联系, 为您提供有关您的治疗、病例管理或护理协调的产品和服务的信息。
9. 法律要求: 根据法律规定, 我们将使用和公开您的健康信息, 但我们将限制使用或披露法律的相关规定。我们有时会被要求向执法官员透露您的健康信息, 以便识别或查找可疑的逃犯、物证或失踪人员。
10. 司法和行政诉讼: 我们可能, 有时候是根据法律规定, 在行政或司法程序中, 在法院或行政命令明确授权的范围内公开您的健康信息。
11. 公共卫生: 我们可以, 有时还需要法律, 向公共卫生部门披露您的健康信息, 目的是: 预防或控制疾病、伤害或残疾; 报告儿童、老年人或受抚养成人的虐待或忽视; 报告家庭暴力; 向 粮食与药物管理局报告药品的问题, 对药物的反应, 报告疾病或感染的暴露。
12. 食品与药物管理局 (食品与药物管理局)。 我们也许透露关于您的健康信息 (仅可适用对研究患者) 对粮食与药物管理局, 或者对食品与药物管理局调控的个体按顺序, 例如, 报告一个有害事件或瑕疵与药物或医疗设备有关。



### 医疗信息的其他用途:

本通知或适用于我们的法律未涵盖的其他医疗用途和披露将仅在书面许可下进行。如果您允许我们使用或公开您的医疗信息，您可以随时以书面形式撤消该许可。如果您撤销您的许可，我们将不再使用或公开您的书面授权所涵盖的有关您的医疗信息。你知道我们不能收回任何我们已经在您允许的情况下公开的信息，并且我们必须保留我们提供给你的护理记录。

### 对此通知的更改:

我们保留更改此通知的权利。我们保留修改或更改通知的权利，以便对我们已有的医疗信息以及今后收到的任何信息进行有效的修改。本通知将包含生效日期。

### 投诉

如果您认为您的隐私权受到侵犯，您可以向加利福尼亚视网膜研究所或视力眼科专家通过信件或电子邮件向 PrivacyOfficer@retina2020.com 的隐私主管提交投诉。所有投诉必须以书面提出。您将不会因提交投诉而受到处罚。

### 对于扩瞳滴眼液的信息

扩瞳滴眼液是用来放大或扩大瞳孔的眼睛，让眼科医生得到一个更好的视野内观察你的眼睛。

扩张滴经常模糊视觉的时间长短因人而异，并可能使明亮的灯光困扰一些人。你的眼科医生不可能预测你的视力会受到多大的影响。因为在扩瞳后立即驾驶可能是困难的，最好事先计划避免在扩瞳后驾驶。

不良反应，如急性闭角型青光眼，可以因为扩瞳眼压下降引发。这是非常罕见的，如果发生请立即就医。

我特此授权我来访的医生和他/她指定的任何助手来管理扩瞳的眼药水。我知道，扩瞳眼药水对诊断我的病情是必要的。

---

患者或患者家属签字  
日期

---

患者姓名的印刷体

---

印刷体的患者家属的姓名以及与患者的关系(如果存在)



## 医院财务政策

我们的目标是提供和保持良好的医患关系。提前让你知道我们的办公室政策允许一个良好的沟通流程，使我们能够实现我们的目标。请仔细阅读，如果您有任何问题，请不要犹豫，询问我们的工作人员。

1. 到达时，请在前台签到，并在每次访问时出示您当前的保险卡。您将被要求签署和日期的文件副本的卡。这是你对正确的保险的验证，并同意向他们提出法案。如果您指定的保险公司是不正确的，您将负责支付的访问和提交的费用，改为正确的计划。
2. 根据您的保险计划，您负责任何和所有的共同费用，免赔额和共同保险。
3. 理解你的福利计划是你的责任。您有责任知道是否需要书面推荐或授权才能看到专家，如果在程序之前需要事先授权，以及哪些服务被包括在内。
4. 如果我们的医生不参加您的保险计划，全额付款是开始从您开始预约会诊。对于预定的会诊，必须在访问之前支付以前的余额。
5. 如果你没有保险，在访问时支付医院的会诊费。
6. 共同付款应于送达时到期。如果在服务时间或下一个营业日结束时没有支付共同付款，则除了你的共同支付外，还将收取加工费（或服务费）。
7. 在收到您的保险计划对福利的解释后，立即对患者余额进行计费。您的汇款将在您收到账单的 10 个工作日内到期。
8. 我们办公室所提供的服务并不是每个计划都涵盖的。任何决定不被你的计划所涵盖的服务都是你的责任。
9. 我已经阅读并理解了这个医院的财务政策，并同意遵守和接受的责任，并同意遵守及承担任何在到期前支付的款项。

---

患者或患者家属签字

---

日期

---

患者姓名的印刷体

---

印刷体的患者家属的姓名以及与患者的关系(如果存在)



### 保险/共同支付差额通知

我承认，如果我的保险不包括我收到的服务，我将负责支付我所收到的服务。据我所知，我有责任通知加利福尼亚视网膜研究所或视力眼科专家对我的保险进行任何更改。据我所知，如果我不通知里加利福尼亚视网膜研究所或视力眼科专家对我的保险的任何变化，我将负责的服务履行，并将收到一项法案的邮件。我知道，如果我的保险没有支付我所收到的服务的全部余额，我将负责任何剩余余额或支付差额。

---

患者或患者家属签字

---

日期

---

患者姓名的印刷体

---

印刷体的患者家属的姓名以及与患者的关系(如果存在)

### 撤销注册规定

请理解我们为每个病人预留了时间。如果您要在至少 24 小时内取消您的预约，您需要付 25 美元的取消费。感谢您的合作。

我已经阅读并理解了该医院的的撤销注册规定，并同意遵守和接受任何付款的责任，如上文所述。

---

患者或患者家属签字

---

日期

---

患者姓名的印刷体

---

印刷体的患者家属的姓名以及与患者的关系(如果存在)

## 患者的既往病史

## 个人情况, 致敏药物, 手术

是否药物过敏? [ ]是 [ ]否

如果勾选了“是”, 在下面表格里列出过敏的药物已经过过敏反应。(例如: 青霉素, 磺胺类药物, 非甾体抗炎药等等)

是否经历过手术? [ ]是 [ ]否

如果勾选了“是”, 在下面表格里列出所经历过的手术。(例如: 扁桃腺切除术, 阑尾切除术, 白内障手术等等)

## 既往病史

你曾经住过院吗? [ ]是, 请在下面填写日期和病因。 [ ]否

日期

病因

你被诊断出有下列症状吗? (请勾选)

- |  |                                       |                                    |
|--|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 贫血            | <input type="checkbox"/> 甲状腺肿         | <input type="checkbox"/> 肾结石       |
| <input type="checkbox"/> 心绞痛           | <input type="checkbox"/> 心杂音          | <input type="checkbox"/> 白血病       |
| <input type="checkbox"/> 哮喘            | <input type="checkbox"/> 心脏疾病         | <input type="checkbox"/> 肺炎        |
| <input type="checkbox"/> 癌症 (请在下面具体说明) | <input type="checkbox"/> 肝炎           | <input type="checkbox"/> 银屑病       |
| <input type="checkbox"/> 白内障           | <input type="checkbox"/> 高血压          | <input type="checkbox"/> 肺栓塞       |
| <input type="checkbox"/> 结肠炎           | <input type="checkbox"/> 高血脂          | <input type="checkbox"/> 风湿热       |
| <input type="checkbox"/> 克罗恩病          | <input type="checkbox"/> 人类免疫缺陷病毒/艾滋病 | <input type="checkbox"/> 胃溃疡/消化性溃疡 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病           | <input type="checkbox"/> 甲状腺机能减退      | <input type="checkbox"/> 中风        |
| <input type="checkbox"/> 肺气肿           | <input type="checkbox"/> 黄疸           | <input type="checkbox"/> 肺结核       |
| <input type="checkbox"/> 癫痫症 (惊厥)      | <input type="checkbox"/> 肾脏疾病         |                                    |

其他既往病史:

## 个人史

(请勾选)

- 吸烟, \_\_\_\_\_包/每天, 烟龄 \_\_\_\_\_年.
- 酗酒
- 吸毒, 指定说明: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_





**基本症状综述**

在过去的几个月里，您是否有以下症状？（请勾选）

<p><b>整体情况</b></p> <input type="checkbox"/> 近期体重增加 <input type="checkbox"/> 近期体重减轻 <input type="checkbox"/> 疲劳 <input type="checkbox"/> 虚弱 <input type="checkbox"/> 发烧 <input type="checkbox"/> 盗汗	<p><b>咽喉</b></p> <input type="checkbox"/> 频繁喉咙疼 <input type="checkbox"/> 声嘶 <input type="checkbox"/> 吞咽困难 <input type="checkbox"/> 颈部疼痛	<p><b>肠胃</b></p> <input type="checkbox"/> 反胃 <input type="checkbox"/> 胃灼热 <input type="checkbox"/> 胃痛 <input type="checkbox"/> 呕吐 <input type="checkbox"/> 黄疸病 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 持续性腹泻 <input type="checkbox"/> 便血 <input type="checkbox"/> 黑粪	<p><b>耳朵</b></p> <input type="checkbox"/> 耳鸣 <input type="checkbox"/> 听力丧失
<p><b>肌肉/关节/骨骼</b></p> <input type="checkbox"/> 麻木 <input type="checkbox"/> 关节疼痛 <input type="checkbox"/> 肌肉无力 <input type="checkbox"/> 关节肿胀	<p><b>心肺功能</b></p> <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 心悸 <input type="checkbox"/> 气促 <input type="checkbox"/> 昏厥 <input type="checkbox"/> 腿脚浮肿 <input type="checkbox"/> 咳嗽	<p><b>神经系统</b></p> <input type="checkbox"/> 头疼 <input type="checkbox"/> 眼花 <input type="checkbox"/> 昏厥/意识丧失 <input type="checkbox"/> 麻痹或刺痛记忆丧失	<p><b>血液</b></p> <input type="checkbox"/> 贫血 <input type="checkbox"/> 凝块
<p><b>眼睛</b></p> <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 发红 <input type="checkbox"/> 视力衰退 <input type="checkbox"/> 复视/视力模糊 <input type="checkbox"/> 眼干	<p><b>皮肤</b></p> <input type="checkbox"/> 发红 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 结节肿块 <input type="checkbox"/> 脱发 <input type="checkbox"/> 手脚皮肤颜色改变	<p><b>肾脏/生殖器/膀胱</b></p> <input type="checkbox"/> 尿频/尿痛 <input type="checkbox"/> 尿血 <input type="checkbox"/> 阳痿 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 感染	<p><b>精神疾病</b></p> <input type="checkbox"/> 抑郁症 <input type="checkbox"/> 焦虑症 <input type="checkbox"/> 心境波动 <input type="checkbox"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 幻觉 <input type="checkbox"/> 定向障碍

**家族史**

您的家庭成员是否有以下病症？（请勾选）

<p><b>父亲</b></p> <input type="checkbox"/> 青光眼 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 黄斑变性 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 关节炎 <input type="checkbox"/> 心脏病 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<p><b>兄弟</b></p> <input type="checkbox"/> 青光眼 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 黄斑变性 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 关节炎 <input type="checkbox"/> 心脏病 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<p><b>女儿</b></p> <input type="checkbox"/> 青光眼 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 黄斑变性 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 关节炎 <input type="checkbox"/> 心脏病 <input type="checkbox"/> 其他：_____
<p><b>母亲</b></p> <input type="checkbox"/> 青光眼 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 黄斑变性 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 关节炎 <input type="checkbox"/> 心脏病 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<p><b>姐妹</b></p> <input type="checkbox"/> 青光眼 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 黄斑变性 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 关节炎 <input type="checkbox"/> 心脏病 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<p><b>儿子</b></p> <input type="checkbox"/> 青光眼 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 黄斑变性 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 关节炎 <input type="checkbox"/> 心脏病 <input type="checkbox"/> 其他：_____