

Pre-Admission Form

入院信息表

Please fill out only in English 请仅用英文填写

* Required fields 必填信息

DIAGNOSIS·诊断*

--

HOSP SVC·医疗服务

--

ATTENDING PHYSICIAN·主治医生

--

REF SOURCE	International Patient
REF BY	Center for International Health, Cedars-Sinai
ADDRESS	8700 Beverly Blvd., Suite 490 West Los Angeles, CA 90048
PHONE	310.423.7890

PATIENT·患者信息*

LEGAL LAST NAME·法定姓	LEGAL FIRST NAME·法定名	MI·中间名	SEX·性别	ETHNICITY·族裔	DOB·生日	PREFERRED APPOINTMENT TIME·首选就诊时间
格式: Month月 / Day日 / Year年						
ADDRESS·地址	CITY·市	STATE·州/省	COUNTRY·国家	ZIP CODE·邮编	TEL·电话	
LANGUAGE·语言	TRANSLATOR·翻译服务	SSN·社保号	MS·婚姻状况	RELIGION·宗教	CITIZENSHIP·国籍	EMAIL·电子邮件
OCCUPATION·职业	EMPLOYER·雇主	EMPLOYER ADDRESS·雇主地址				EMPLOYER TEL·雇主电话

CONTACT#1·第一联络人*

LAST NAME·姓	FIRST NAME·名	MI·中间名	RELATIONSHIP·与患者关系	TEL·电话
ADDRESS·地址	CITY·市	STATE·州/省	COUNTRY·国家	ZIP CODE·邮编
EMAIL·电子邮件				
LANGUAGE·语言	Contact#1 will translate·第一联络人将提供翻译			Translator needed·需要翻译人员

CONTACT#2·第二联络人

LAST NAME·姓	FIRST NAME·名	MI·中间名	RELATIONSHIP·与患者关系	TEL·电话
ADDRESS·地址	CITY·市	STATE·州/省	COUNTRY·国家	ZIP CODE·邮编
EMAIL·电子邮件				

INSURANCE·保险信息

INSURANCE CO.·保险公司	HOSPITAL CLAIMS MAILING ADDRESS·医院求偿邮寄地址	ELIG.&BENEFITS TEL·资格及福利确认电话	MEDICAL·加州医疗补助签发日期
POLICY#·保单号码	GROUP#·组号	POLICY HOLDER/EMPLOYER·保单持有人/雇主	TPA·第三方管理者
SUBS NAME ON CARD·保险卡上投保人姓名	SUBS DOB·投保人生日	SUBS SSN·投保人社保号	SUBS REL TO PT·投保人与患者关系
HMO AUTH#·HMO授权号			
INSURANCE CO. #2·第二保险公司	HOSPITAL CLAIMS MAILING ADDRESS·医院求偿邮寄地址	ELIG.&BENEFITS TEL·资格及福利确认电话	SELPAY PATIENT 是否为自费患者*
POLICY#·保单号码	GROUP#·组号	POLICY HOLDER/EMPLOYER·保单持有人/雇主	
SUBS NAME ON CARD·保险卡上投保人姓名	SUBS DOB·投保人生日	SUBS SSN·投保人社保号	
SUBS REL TO PT·投保人与患者关系			