

Wu XuXia Medicine PC
吳旭霞內科家庭醫生診所

131-07 40TH ROAD UNITE E06
FLUSHING, NY 11354
T:718-661-0018
F: 888-355-1065

Patient Name (病人姓名) _____
Last Name (姓) _____ First Name (名) _____ (中文名字)

Address (地址) _____ Phone Number (聯絡號碼) _____
_____ Cell Number (手機號碼) _____

Sex (性別): F (女) M (男) Age _____ Birthday (生日) _____

Married (已婚), Single (單身), Widow (喪偶), other (其它) Occupation (職業) _____

Emergency Contact person & number (緊急聯繫人及電話號碼) _____

Pharmacy Name (藥房) _____

Primary Insurance (主要保險) _____ Policy Number (保單號) _____
Insured Name (受保人) _____ Insured Date of Birth (受保人出生日期) _____

Secondary Insurance (第二保險) _____ Policy Number (保單號) _____
Insured Name (受保人) _____ Insured Date of Birth (受保人出生日期) _____

SSN (社會安全號) _____

May we discuss your report with any family members or relatives? Yes or No Name of Person: _____
我們是否可以同你的家人或朋友討論你的檢驗報告? 同意 或 不同意 授權人名字: _____

I, _____ here to certify the above information about myself and insurance are
我, _____ 在此承諾我以上所提供的個人及保險資料準確無誤, 我在此授權吳旭霞內
科家庭醫生診所向我的保險公司所呈報的各項醫療項目同時也同意由吳旭霞內科家庭醫生診所向保險公司提供保
險公司所需要的個人醫療記錄。如果我的保險失效或過期我願意承擔吳旭霞內科家庭醫生診所所有醫療項目的費
用。我同意將保險所支付的所有費用直接支付到吳旭霞內科家庭醫生診所。
to Wu XuXia Medicine PC.

Patient's Signature (病人簽名) : _____ Date (日期) _____

Witness's Signature (見證人簽名) : _____ Date (日期) _____