

오늘의 날짜: _____

오늘보실 의사선생님: _____

주치의 (내과의사) : _____

환자 등록 양식

환자 정보

성: _____ 이름: _____

생년월일 : _____ 사회 보장 #: _____

성별: 남 여

결혼 상태: 미혼 결혼 사별 이혼

환자 정보

연방 정부규정을 준수 하기 위해 필요한 정보를 요청:

선호 하는 언어: 영어 한국 스페인 중국어 프랑스 독일어 인도어 이탈리아 일본어 폴란드어 포르투갈 러시아
타갈로그어 없음

민족: 히스패닉 또는 라틴계 히스패닉 또는 라틴계 아님 환자 거부

인종 : 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 아시아 흑인 또는 아프리카계 미국인 네이티브 하와이 또는 다른 태평양 백인
환자 거부

연락처 정보

나는 BHMGM-UM 의 의사 및 직원 또는 약속에 관한 문의 테스트 결과 또는 내 건강에 관련 된 연락을 할 수 있습니다. 아래는 내 기본 정보연락방법

연락방법 : 전화 이메일 편지 음성 메일박스 이용 : 예 아니오 약속확인 : 이메일 편지 거부

집 전화: () _____ 휴대 전화: () _____ 직장 전화: () _____

주요 연락처: 집 휴대전화 직장

이메일 주소: _____ 건강 정보를 이메일로 보냄 :? 예 아니오

주소: _____

거리

도시

주

우편번호

비상 연락망

나는 BHMGM - UM 에 아래에 지정 된 사람 (들) 에게내 건강 정보를 함께 공유 하는 데 필요한 의료 정보를 공개할 수 있습니다. 나는 내 개인정보를 공유하지않는가,또한 나는 언제든지 아래에지정된 사람을 변경 할수 있음을 이해 합니다.

이름 환자관계 전화 번호

이름 환자관계 전화 번호

비상 연락처: 의료 정보 공개? 예 아니오

치료에 대한 동의서

나는 서명에 자발적으로 동의 하고 BHMG UM의 의사, 직원 또는 에이전트, 이러한 의료 서비스와 지속적인 기준 시험을 제공 하고 필요한 또는 권장, 내 진단, 치료 및 치료, 내 BHMG UM physician(s), 포함 하 여의 판단에 제한 되지 않고 것으로 간주 됩니다. 이러한 일상적인, 방사선 진단 및 치료 절차, 테스트, 및 치료 관리를 통해 승인 수집 하고, 체액 및 제약 제품의 테스트, 어떤 검사 또는 치료의 결과 대 한 인정합니다.

승인 및 계약

- 나는 Advanced Directive에 대한 권리가 있음을 인지합니다.
- BHMG UM 금융 정책의 영수증을 인정 하고 모든 계약 조건에 포함 된에 동의.
- 나 개인 정보 보호 관행 통지의 영수증을 인정합니다.
- 위에서 설명한 대로 내 전자 처방전 레코드에 대 한 액세스를 허용에 동의 합니다.
- 위에서 설명한 대로 릴리스 및 혜택의 할당에 동의 합니다.
- 위에서 설명한 치료에 동의 합니다.
- 이 양식을 읽고, 내 질문, 대답 및 이해 하 고 그것의 내용에 동의 합니다.

환자/보호자 서명

날짜

환자의 보호자가 서명시 : 이름 —서명 -환자와의 관계

성: _____ 이름: _____ MI: _____

Birth의 날짜 _____

약물/알레르기 목록

아무 알려진된 알레르기

알레르기 : 라텍스 식품 _____ 약물: _____

알레르기	반응 설명

데려다 (카운터, 허브, 자연 치료에 포함 하는 모든 약품 목록)				
약물 치료	강도	Rx 촬영은 얼마나 자주	약물에 대 한 이유	시작 날짜

건강의 뉴저지 출발
백신 예방 가능한 질병 프로그램
사서함 369, 트 렌 톤, 뉴저지 08625-0369
609-826-4860 (팩스 609 * 826-4866)
www.njiis.nj.gov

**새로운 저지 IMMUNIZATION 정보 시스템 (NJIIS)
참여 동의서**

의료 기록에이 양식의 복사본을 유지

등록자 정보	부모/보호자 정보 (해당 되는 경우 NJIIS 등록자는 미성년자)
등록자 이름	이름
생년월일	주소
출생 국가	도시, 상태, 우편 번호
기본 의료 서비스 공급자의 이름	등록자의 관계

난 뉴저지 예방접종 정보 시스템 (NJIIS)에 대 한 정보를 접수 하 고이 프로그램의 목적은 내/내 아이의 예방접종 인 난다 고 내/내 아이의 예방접종 중앙 기록을 유지 하는.

N.J.S.A. 26:4에서 뉴저지 법률에 의해 허용 된 의료 정보는 NJIIS에서 승인 된 의료 기관, 학교, 면허 아이 센터, 대학, 공중 보건 기관, 건강 보험 회사, 등과 공유할 수 있습니다 이해-131이 고 N.J.A.C에서 규칙 > 8시 57분-3

나는 내가 내 기본 의료 서비스 공급자, 지역 보건 부서 내 또는 뉴저지 보건 (NJDOH)에서 내/내 자식 레코드의 복사본을 얻을 수 있습니다
이해. NJDOH 웹사이트에 연결할 수 있습니다 또는 전화 번호 위에 나열 된.

무료로이 프로그램에 참여 하는:

- 그래, 난이 프로그램에 참여 하 고 싶습니다.
- 아니, 난이 프로그램에 참여 하 고 싶지 않아.

등록자의 서명 (또는 부모/후견인, 등록자의 나이 18 세 미만)