



Pearl W. Yee, M.D. Inc.

Obstetrics • Gynecology • Medical Aesthetics • Menopause • Prevention of Hereditary Cancer
Minimally Invasive and Robotic Gynecological Surgery

余珍珠醫生診所

病人登記表

PATIENT REGISTRATION FORM

姓名 Name: _____ 日期 Date: _____

姓 Last

名 First

地址/Address: _____

街道 Street

城市 City

州 State

郵政號碼 Zip Code

生日 Birthdate _____ 社會保險號 Social Security _____ 第一語言 Preferred Language(s) _____

家庭電話 Home Phone# _____ 手機電話 Cell Phone# _____ 電子郵件 E-mail address _____

工作電話 Work Phone# _____ 職業 Occupation _____ 公司名稱 Employer's Name _____

藥房電話 Pharmacy Phone# _____ 藥房名稱和地址 Pharmacy Name & Address _____

配偶姓名 Spouse/Partner's Name _____ 關係 Relationship _____ 生日 Birthdate _____ 社會保險號 Social Security # _____

and

配偶公司名稱和地址 Spouse/Partner's Employer & Address _____ 職業和工作電話 Occupation & Work Phone # _____

緊急聯絡人姓名關係 In case of emergency, notify: _____

姓名 Name

關係 Relationship

電話 Phone # _____ 地址 Address _____

你有醫療保險嗎? Do you have medical insurance? 有 Yes 無 No

保險公司名稱 Insurance Co.: _____ 會員號碼 Membership ID #: _____

保險人姓名 Subscriber's Name: _____ 政策組號碼 Policy/Group #: _____

第二保險公司名稱 Secondary Ins. Co.: _____ 會員號碼 Membership ID #: _____

保險人姓名 Subscriber's Name: _____ 政策組號碼 Policy/Group #: _____

你有政府醫療保險嗎? Do you have Medicare? 有 Yes 無 No

推薦人 I was referred by: _____ 我的家庭醫生是 My Primary Care Physician is _____