

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*

REQUEST DATE · 填表日期*

 格式: Month月 / Day日 / Year年

HOSP SVC · 医疗服务

ATTENDING · 主治医生

REF	International Patient
REF BY	Center for Int'l 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 格式: Month月 / Day日 / Year年	PREFERRED APPT TIME · 首选就诊时间
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