



2500 Grant Road, Mountain View, CA 94040-4378
815 Pollard Road, Los Gatos, CA 95032

EL CAMINO HOSPITAL

Please complete and return form to Patient Registration prior to the date you are to enter the hospital
請於入院日之前完成表格並將表格交至病人登記處

PLEASE ATTACH A COPY OF YOUR CURRENT INSURANCE CARDS OR BRING THEM WITH YOU ON ADMISSION 請附上您現有保險卡的影本，或於入院時隨身攜帶

Patient Registration Department 病人登記部: Los Gatos 408-866-4062

PRE-ADMISSION RECORD

入院前紀錄

PATIENT INFORMATION										
Date To Enter Hospital 入院日期	Physician 醫生	Primary Care Physician (PCP) 家庭醫生	Notify PCP on Admission? 入院時是否通知家庭醫生? <input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No 否	Maternity 產婦 <input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No 否	Due Date 預產期 / /	Maiden Name 婚前姓名: Previous Name 曾用姓名:	I authorize the hospital to verify my insurance benefits for this hospital service. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 我授權醫院為本次醫院服務確認保險福利。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 Signature 簽名			
Patient's Legal Name (Last, First, Middle) 病人法定姓名 (姓, 名, 中間名)			Place of Birth 出生地	Date of Birth 出生日期	Age 年齡	Sex 性別	Marital Status 婚姻狀態	Religious Preference 宗教偏好	Social Security Number 社安號碼	
Patient's Address (Street, City, State, Zip Code) 病人地址 (街道, 城市, 州, 郵遞區號)						Email Address 電郵地址		Patient's Home Phone 病人住家電話		
Patient's Employer 病人僱主		Occupation 職業	Patient's Work Address (Street, City, State, Zip Code) 病人工作地址 (街道, 城市, 州, 郵遞區號)				Patient's Work Phone 病人工作電話			
Name of Emergency Contact 緊急聯絡人姓名		Address (Street, City, State, Zip Code) 地址 (街道, 城市, 州, 郵遞區號)			Home Phone 住家電話		Work Phone 工作電話	Relationship to Patient 與病人關係		
Name of Person Responsible for Hospital Bill (if other than patient) 負責繳付醫院帳單者姓名 (如非病人本人)			Address (Street, City, State, Zip Code) 地址 (街道, 城市, 州, 郵遞區號)				Home Phone 住家電話	Relationship to Patient 與病人關係		
Ethnicity 族裔 <input type="checkbox"/> Hispanic 西語裔 <input type="checkbox"/> None-Hispanic 非西語裔		Principal Language Spoken: 主要使用語言:		Race <i>The State requires hospital to collect statistical information on Race and Ethnicity. Providing this information is voluntary.</i> 種族 州政府要求醫院收集有關種族及族裔的數據資訊。填寫此資訊純屬自願。 <input type="checkbox"/> White 白種人 <input type="checkbox"/> Black 非洲裔 <input type="checkbox"/> Asian / Pacific Islander 亞裔/太平洋島族裔 <input type="checkbox"/> Native American / Eskimo 美國原住民 / 愛斯基摩人 <input type="checkbox"/> Other 其他 _____						

PRIMARY INSURANCE 主要保險		INSURANCE COVERAGE INFORMATION 承保資訊				EMP STATUS: <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> DISABLED <input type="checkbox"/> RETIRED 工作狀態: <input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 殘障 <input type="checkbox"/> 退休	
Insurance Company Name 保險公司名稱	Identification Number 證件號碼	Group Number 團體號碼	Subscriber's Name 受保人姓名		Subscriber's Employer 受保人僱主	Work Phone 工作電話	
Subscriber's Birthdate 受保人生日	Subscriber's Sex 受保人性別	Subscriber's Social Security Number: 受保人社安號碼:		Patient's Relationship to Subscriber: 病人與受保人關係:			
SECONDARY OR SUPPLEMENTAL INSURANCE 次要或附加保險							
Insurance Company Name 保險公司名稱	Identification Number 證件號碼	Group Number 團體號碼	Subscriber's Name 受保人姓名		Subscriber's Employer 受保人僱主	Work Phone 工作電話	
Subscriber's Birthdate 受保人生日	Subscriber's Sex 受保人性別	Subscriber's Social Security Number: 受保人社安號碼:		Patient's Relationship to Subscriber: 病人與受保人關係:			
WORK RELATED INJURY 與工作相關的傷害							
Employer at Time of Injury 受傷時的僱主	Employer's Address (Street, City, State, Zip Code) 僱主地址 (街道, 城市, 州, 郵遞區號)			Employer's Work Phone 僱主工作電話	Date of Injury 受傷日期		
Industrial Insurance Name 工業保險名稱	Industrial Insurance Address (Street, City, State, Zip Code) 工業保險地址 (街道, 城市, 州, 郵遞區號)			Ind Insur Phone No. 工業保險電話號碼	Claim No. (if known) 索賠號碼 (如知道)		
CHAMPUS 軍職的平民 健康和醫療計劃							
Patient is a: 病人是 <input type="checkbox"/> Spouse 配偶 <input type="checkbox"/> Child 子女 <input type="checkbox"/> Retiree 退休人員	Card No 卡號	Effective Date: 生效日:	Expiration Date: 到期日:	Name of Sponsor (Last, First, Middle) 保證人姓名 (姓, 名, 中間名)		Service No. 服役編號	Grade 軍階
Social Security No. 社安號碼	Organization & Duty Station (Home Port/Retiree's Address) 組織及任職地點 (母港/退休人員地址)			Branch of Service 服役部門 <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> USAF <input type="checkbox"/> USMC <input type="checkbox"/> USN <input type="checkbox"/> USCG <input type="checkbox"/> USPHS <input type="checkbox"/> EESA		Status: 狀態 <input type="checkbox"/> Active Duty 現役 <input type="checkbox"/> Retired 退休 <input type="checkbox"/> Deceased 已故	

