



NY Partners Ophthalmology
Sophia Siu M.D.

PATIENT INFORMATION 质料

First name _____ Last name _____ Date of birth _____
 名 _____ 姓 _____ 生日 _____

Sex M F Marital Status _____ Email Address _____
 性别 男 女 婚姻状况 _____ 邮件 _____

Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____
 地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

Home Phone _____ Cell Phone _____ Work Phone _____
 电话(家) _____ 电话(手机) _____ 电话(工作) _____

Preferred language _____ Occupation _____
 语言 _____ 工作 _____

Preferred Pharmacy _____
 药房 _____

Address _____ Phone Number _____
 地址 _____ 电话号码 _____

EMERGENCY CONTACT 紧急联系人

Name _____ Relationship _____
 姓名 _____ 关系 _____

Phone Number _____
 电话号码 _____

INSURANCE INFORMATION 保险治疗

Insurance Carrier _____ Insurance Plan _____
 保险公司 _____ 保险计划 _____

Contact Number _____ Policy Number _____
 联系电话 _____ 保单号码 _____

Group Number _____ Social Security # _____
 组号 _____ 社会安全号码 _____ - _____ - _____

REFERRAL 推荐人

Are you currently under medical care? Yes No For?
 您目前正在接受医疗护理吗? 有 没有 什么?

Primary Care Physician _____ Phone _____
 家庭医生 _____ 电话 _____

HEALTH CONCERNS/SYMPTOMS 情况了解

Describe your main concerns (symptoms, onset, diagnoses, duration, etc.)
 请说说你的状况 (郑庄, 因起, 多久) _____