



New Patient Registration Form 新規則註冊表 Today's Date 今天日期: ___/___/___

Patient's Name: _____
患者名字 Last 姓 First 名 Middle

Person Responsible for Service Fee: _____
医疗费的费用者: Name 姓名 Relationship to Patient 与患者的关系

Patient's Address: _____
地址 Street 街/道 Apt # 公寓号码

_____ City 城市 State 州 Zip Code 邮编

Contact#联系电话: _____ Alt Contact# or E-Mail: _____

Date of Birth 出生日: ___/___/___ Sex 性别: M F Marital Status 婚姻情况: _____

Occupation 职业: _____ Employer 雇主: _____

How did you hear about our office? _____
您从何途径知道本治疗中心?

Please Fill Out Below if Using Insurance 如用保險，请填写下列资料

Insurance Co 保险公司名称: _____ Policy/Claim # 保险号码 _____

Insured Person's Name: _____
保险者的名称 Last 姓 First 名 Relationship to Patient 与患者的关系

Insured Person's DOB 保险者的出生日期: ___/___/___

Attention: Signature of Patient or Authorized Person Needed 注意：需要患者或授权人签署

***I assign the payment of my insurance benefits directly to Andrew Wu L.Ac**

*** 我同意授权让保险公司直接付款给吴奇医生**

***I understand that I am responsible for all treatment costs not covered by insurance**

*** 我明白，如果我的保险公司不付给吴奇医生，我将负责支付所有的治疗费用**

Signature 签名: _____ Date 日期: _____

***I have read the HIPPA privacy form and understand how my information may be used**

*** 我已 HIPPA 私表格并了解我的信息可能会被如何使用**

Signature 签名: _____ Date 日期: _____