

个人信息

您的姓名：_____

出生日期：_____ 身高：_____ 体重：_____

住宅电话：_____ 手机：_____

父母/监护人姓名：_____

电话：_____

健康保险公司：_____

ID 号码：_____ 组号：_____

您使用的主要语言或沟通方式：_____

紧急联系人

姓名：_____

关系：_____ 电话：_____

姓名：_____

关系：_____ 电话：_____

姓名：_____

关系：_____ 电话：_____

姓名：_____

关系：_____ 电话：_____

特殊说明

特殊安全说明、危机计划或热线电话号码：

特殊情况、治疗挑战、异常发现或需要使用医疗或耐用设备(类型和尺寸)：

诊断信息

主要诊断：_____

其他诊断或重大损伤？_____

特殊情况/特别事项：_____

过敏(包括药物、食品、环境、接触或其他。描述会出现的情况。)：_____

医生信息

初级保健医生姓名：_____

地址：_____

_____ 电话：_____

首选医院：_____

药房名称：_____

地址：_____

_____ 电话：_____

专科医院：_____

其他医疗服务提供者(例如专科医生、牙医、治疗师等)

服务提供者名称/姓名: _____

类型: _____ 电话: _____

服务提供者名称/姓名: _____

类型: _____ 电话: _____

服务提供者名称/姓名: _____

类型: _____ 电话: _____

药物名称	用药剂量	用药频率
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

更多信息: _____

家庭成员、监护人或获许与您的医生讨论您的医疗信息的其他人员。(请在医生提供的 HIPAA 隐私表上填写 18 岁或以上相关人员的信息。)

姓名: _____

关系: _____ 电话: _____

姓名: _____

关系: _____ 电话: _____

姓名: _____

关系: _____ 电话: _____

H.I. Doc



请及时更新您的卡片上的信息。如需办理新卡，
请访问 NYS Department of Health 网站：
health.ny.gov/community/special_needs/#