



国际医疗服务部
300 Pasteur Drive, H 1111
Palo Alto, CA 94305
Tel: (650) 723-8561
FAX: (650) 723-5704

国际儿童患者信息表 联络信息

患儿姓名:

(姓氏) (名字) (中间名)

出生日期: _____ 性别: 男 女 美国社会安全号码 # _____
(若患儿有此号码)

国外地址:

电话号码: _____ 传真号码: _____

手机号码: _____ 电子邮箱: _____

患儿父母信息:

母亲姓名 (包括娘家姓氏): _____ 出生日期: _____

父亲姓名: _____ 出生日期: _____

患儿父母职业信息:

雇主名称: _____ 职业: _____

地址: _____

电话号码: _____ 传真号码: _____

美国联络人 (如有的话)

联络人姓名: _____ 与患儿关系: _____

地址: _____

本地电话号码: _____ 本地传真号码: _____

医疗信息

患儿是否出过水痘? 是 否 是否出过麻疹? 是 否

患儿就诊原因*: _____

*请附上患儿所有的病历/相关档案 (需译成英文)。

特别预约要求/患儿可以就诊的日期:

付费信息

付费方式: (请圈选)

现金 *信用卡 MC / Visa / American Express 支票 **国际医疗保险

*持卡人姓名: _____ 卡号 #: _____ 有效期限: _____

**国际保险可用于所有估算超过 1000 美元的医疗费用。我们要求保险公司提供一份书面保证函, 说明保单的上限、自负额及不理赔的服务项目。请附上医疗保险卡的正背面的影印件。

要求提供的国际医疗服务

请注明患儿/患儿家庭是否需要下列协助(请圈选):

口译服务 是 否 如是, 请注明语言种类 _____

住宿安排 是 否 如是, 请注明价钱范围 _____

机场接送 是 否 如是, 请注明航班信息和随行人数 _____

请注明患儿可能有的其他特殊需要和要求 (如有需要, 请再附上一页纸):

转诊信息

是谁向您推荐我们医院的? (请提供推荐人的姓名, 与您的关系和联系信息) _____

您是怎么知道我们医院的? (请勾选所有合适的答案)

医生推荐 斯坦福医学论坛 医院的声誉 其他: (请注明) _____
 朋友、亲戚 网站 媒体