Good Health Buena Salud Acupuncture Clinic
222 N Mountain Ave Ste 102A, Upland CA 91786 • Tel (909) 272-5819 • Fax (909) 550-1579 • info@buenasalud.day

Yohan Ko, L.Ac.

新患者登记表

PATIENT INTAKE FORM

- **请在看诊前填写。**您的资料是保密的，受法律保护 (HIPAA)。
- **不知道的地方可以空着。**诊所工作人员会帮助您。
- 符合的项目请在 ☐ **方框里打 ✓**；日期请按 **月/日/年** 填写。(例：03/15/1950)

1. 患者资料 Patient Information

姓 Last Name _____ **名** First Name _____ **今天日期** Date of Visit _____

出生日期 (月/日/年) Date of Birth _____ **性别** Sex ☐ 男 ☐ 女 ☐ 其他

常用语言 Primary Language _____ **电话** Phone _____

家庭住址 Home Address _____

城市 City _____ **州** State _____ **邮编** ZIP _____

电子邮箱 Email _____

工作单位 (公司) Employer _____ **职业 / 工作** Occupation _____

紧急联系人 (姓名) Emergency Contact _____ **与您的关系** Relationship _____

紧急联系人电话 Phone _____ **其他电话** Phone (Alt) _____

2. 保险资料 Insurance Information

☞ 把保险卡交给工作人员，他们可以帮您填写这部分。

保险公司名称 Primary Health Plan _____ **会员号 (ID)** Member ID # _____

保险卡上的姓名 Subscriber Name _____ **投保人号码** Subscriber ID # _____

团体号 (Group #) Group # _____ **与投保人的关系** Relationship to Subscriber _____

第二保险 (如果有) Secondary Insurance (if applicable)

保险公司名称 2nd Health Plan _____ **会员号 (ID)** Member ID # _____

保险卡上的姓名 Subscriber Name _____ **团体号 (Group #)** Group # _____

3. 家庭医生 (平常看的医生) Primary Care Physician

医生姓名 Physician Name _____ **电话** Phone _____

医生地址 Physician Address _____

您现在正在看医生治疗吗? Currently under a physician's care? ☐ 否 ☐ 是

若是，什么病? If yes, for what condition(s)? _____

4. 安全检查 (请务必填写) Safety Screening

符合的项目请全部打 ✓。

- ☐ 心脏起搏器
- ☐ 脊髓刺激器或体内其他电子装置
- ☐ 出血性疾病 (例如：血友病)
- ☐ 心脏瓣膜受损或感染风险高
- ☐ 怀孕 → _____ 周 / 是否有医生照顾? ☐ 是 ☐ 否
- ☐ 胰岛素泵
- ☐ 癫痫 / 抽搐
- ☐ 正在服用抗凝血药 (血液稀释剂)
- ☐ 以上都没有

5. 您哪里不舒服? (疼痛评估) Chief Complaint & Pain Assessment

请写下您今天来看诊的原因，最重要的写在第一栏。第一个症状必填，第二、第三个症状有的话再填。

疼痛分数说明

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

0 = 完全不痛　　5 = 中等疼痛　　10 = 痛到无法忍受

	第一个症状 (必填)	第二个症状 (如有)	第三个症状 (如有)
哪里不舒服? 怎么不舒服? Main symptom(s) / condition			
从什么时候开始? (月/日/年) When did it start? (MM/DD/YYYY)			
是怎么开始的? How did it happen?			
是工作时受伤的吗? (工伤) Related to a work injury?	☐ 否 ☐ 是	☐ 否 ☐ 是	☐ 否 ☐ 是
今天的疼痛分数 (0–10) Pain level today (0–10)			
影响日常生活的程度 (0–10) Interference with daily activities (0–10)			
多常会痛? How often do you feel this pain?	☐ 偶尔 (0–25%) ☐ 有时 (26–50%) ☐ 经常 (51–75%) ☐ 几乎一直 (76–100%)	☐ 偶尔 (0–25%) ☐ 有时 (26–50%) ☐ 经常 (51–75%) ☐ 几乎一直 (76–100%)	☐ 偶尔 (0–25%) ☐ 有时 (26–50%) ☐ 经常 (51–75%) ☐ 几乎一直 (76–100%)
以前为这个问题做过的治疗 Previous treatments for this condition	☐ 针灸 ☐ 脊椎矫正 ☐ 物理治疗 ☐ 打针 ☐ 手术 ☐ 药物 ☐ 按摩 ☐ 其他	☐ 针灸 ☐ 脊椎矫正 ☐ 物理治疗 ☐ 打针 ☐ 手术 ☐ 药物 ☐ 按摩 ☐ 其他	☐ 针灸 ☐ 脊椎矫正 ☐ 物理治疗 ☐ 打针 ☐ 手术 ☐ 药物 ☐ 按摩 ☐ 其他
以前治疗后的效果 Progress from previous treatment	☐ 变差 ☐ 没有变化 **好转程度:** ☐ 0–25% ☐ 26–50% ☐ 51–75% ☐ 76–100%	☐ 变差 ☐ 没有变化 **好转程度:** ☐ 0–25% ☐ 26–50% ☐ 51–75% ☐ 76–100%	☐ 变差 ☐ 没有变化 **好转程度:** ☐ 0–25% ☐ 26–50% ☐ 51–75% ☐ 76–100%
您希望通过治疗达到什么? Goals for acupuncture treatment			
怎样知道自己有进步? How will you track progress?			

例如: "一觉睡到天亮" • "在附近走一圈" • "一天不用吃止痛药" • "回去上班" • "每天走 30 分钟" • "做饭时不痛"

6. 过去病史 Medical History

曾经诊断或治疗过的疾病，请全部打 ✓。 ☐ **以上都没有**

☐ 高血压 ☐ 心脏病 / 心脏病发作 ☐ 高胆固醇 ☐ 中风
☐ 糖尿病 ☐ 肺炎 ☐ 哮喘 ☐ 类风湿关节炎
☐ 痛风 ☐ 胃酸倒流 / 溃疡 ☐ 血栓病史 ☐ 出血 / 凝血障碍
☐ 肝炎 ☐ 肝病 ☐ 肾病 ☐ 甲状腺疾病
☐ 神经系统疾病 ☐ 肺结核 ☐ 骨质疏松 ☐ 心悸
☐ 消化性溃疡 ☐ 前列腺问题 ☐ 抽搐 / 癫痫发作 ☐ 头晕
☐ 住院 (原因)：_____ ☐ 手术 (种类)：_____
☐ 癌症 (种类)：_____ ☐ 其他：_____

7. 用药、过敏、家族病史 Medications, Allergies & Family History

请写下您现在吃的药。(带药瓶来的话，工作人员可以帮您填写) ☐ **没有**

药名 Medication		**剂量** Dose		**药名** Medication		**剂量** Dose	
药名 Medication		**剂量** Dose		**药名** Medication		**剂量** Dose	
药名 Medication		**剂量** Dose		**药名** Medication		**剂量** Dose	

保健品 / 中药 / 草药 Supplements / herbs _____

过敏 (药物 / 食物 / 其他) Allergies _____ ☐ **没有**

家族病史 (父母、兄弟姐妹、子女) Family History ☐ 没有

☐ 心脏病 ☐ 关节炎 ☐ 红斑狼疮 / 自身免疫病 ☐ 高血压
☐ 糖尿病 ☐ 癌症：_____ ☐ 其他：_____

8. 目前症状与生活习惯 Current Symptoms & Lifestyle

目前有的症状，请全部打 ✓。

全身	☐ 不明原因体重减轻/增加 ☐ 发烧 / 发冷 ☐ 长期疲劳 ☐ 乳房肿块
心血管	☐ 胸痛 ☐ 心跳不规则 ☐ 心脏杂音 ☐ 腿 / 脚踝肿
肌肉骨骼	☐ 关节炎 ☐ 骨质疏松 ☐ 以前骨折过 ☐ 肌肉无力
消化系统	☐ 烧心 / 胃酸倒流 ☐ 便秘 ☐ 腹泻 ☐ 恶心 / 呕吐
神经系统	☐ 平衡问题 ☐ 头晕 / 眩晕 ☐ 头痛 / 偏头痛 ☐ 无力 ☐ 麻木 ☐ 抽搐
呼吸系统	☐ 气短 ☐ 睡眠呼吸暂停 ☐ 哮喘 / 慢阻肺 ☐ 长期咳嗽
心理健康	☐ 抑郁 ☐ 焦虑 ☐ 创伤后应激障碍 (PTSD) ☐ 失眠 ☐ 正在看心理医生
泌尿 / 生殖	☐ 小便疼痛 ☐ 尿路感染 ☐ 尿频 ☐ 月经不正常

生活习惯

吸烟： ☐ 从不 ☐ 已戒 ☐ 现在吸 **喝酒：** ☐ 否 ☐ 是 **咖啡 / 咖啡因：** ☐ 否 ☐ 是

娱乐性药物： ☐ 否 ☐ 是 **每天喝水 (杯)：** _____ **每晚睡眠 (小时)：** _____

整体健康状况： ☐ 非常好 ☐ 很好 ☐ 好 ☐ 一般 ☐ 差

您怎么知道我们诊所的？ ☐ 网络 ☐ 朋友 / 家人 ☐ 医生介绍 ☐ 保险公司 ☐ 其他：_____

9. 患者声明 Patient Certification

我保证以上资料据我所知完整、正确。如果保险资料不正确，或我没有资格通过本医疗人员获得保险福利，我明白我需要支付所有服务费用。当我的健康状况或保险有任何变化时，我会立即通知本医疗人员。我明白如果我的病情需要共同治疗，医疗人员可能需要联系我的家庭医生；因此，我授权医疗人员在必要时联系我的医生。我授权在支付保险福利需要时，将治疗期间取得的任何资料提供给我的保险公司。

10. 治疗同意书 Informed Consent for Treatment

简单来说：针灸、拔罐、中药等治疗**可能会有瘀青、酸痛、头晕等副作用。**请阅读以下内容，有问题请在签名前提出。您可以随时撤回同意。

本诊所的治疗可能包括针灸、中药、拔罐 (包括火罐)、艾灸、推拿、刮痧、红外线治疗及其他东亚传统医学疗法。这些疗法对很多病症效果很好，但和所有医疗一样，也有可能的风险。

A. 针灸 — 可能的副作用

- 可能会想睡或头晕，特别是第一次治疗后。如有这种感觉，**请不要开车或操作重型机器。**
- 针孔处可能少量出血或瘀青，通常几天内会自己消退。
- 针孔处酸痛 24–48 小时很常见，是正常反应。
- 少于 3% 的患者在好转前症状会暂时加重 1–2 天。如超过 2 天或很严重，请告诉医疗人员。
- 紧张、饥饿或疲劳时**可能会晕倒。**来之前请吃点东西，身体不舒服请告诉工作人员。
- 感染极为罕见。我们一律使用消毒包装的一次性针。
- 断针非常罕见。扎针时请不要乱动。

B. 拔罐 — 可能的副作用

- 圆形瘀青或变色是正常现象，通常 3–10 天会消退。
- 火罐偶尔会刺激皮肤或起水泡；治疗过程中会一直注意您的皮肤。
- 拔罐处可能轻微酸痛 1–2 天。

C. 中药与保健品 — 可能的副作用

- 有些中药可能与西药相互作用，例如抗凝血药、心脏药、糖尿病药。**请告诉我们您吃的所有药和保健品。**
- 有些中药在怀孕、哺乳期间或有肝病、肾病时不能用。请告诉我们您目前的健康状况。
- 过敏反应不常见，但有可能发生。请告诉我们您所有的过敏。
- 草药保健品不像处方药那样受 FDA 管理。本诊所只使用可靠供应商的合格产品。

D. 请务必告诉我们

- 曾有抽搐、晕倒，或治疗后有奇怪感觉。
- 体内电子装置 (心脏起搏器、脊髓刺激器、人工耳蜗、胰岛素泵) — 可能不能做电针。
- 怀孕、可能怀孕或正在备孕 (怀孕时有些穴位不能用)。
- 出血性疾病 (血友病、血管性血友病) 或很容易瘀青。
- 服用抗凝血药或每天吃阿司匹林：华法林、肝素、Eliquis、Xarelto、Plavix 等。
- 心脏瓣膜受损、曾患心内膜炎，或免疫力低下。
- 金属过敏 (镍、不锈钢)，或对胶布、胶带、油、乳液过敏。
- 两次治疗之间出现任何新症状或身体变化。

E. 同意书与付费约定

我已阅读并理解以上内容，同意在 Good Health Buena Salud Acupuncture Clinic 接受检查和治疗。我了解治疗可能的好处和风险，也了解并非所有并发症都能预料或避免。我可以随时拒绝或撤回同意，不会受到处罚。我了解 **ASH 保险不给付拔罐费用**，如被拒付，我同意自付 $_____。我同意在看诊时支付 Medi-Cal 的自付额 (copay)。我了解我的病历是保密的，除法律要求外，未经我书面授权不会提供给他人。我确认已收到诊所的 HIPAA 隐私权通知。除非我以书面方式撤回，本同意书适用于我全部的治疗期间。

预约规定

取消或更改预约，请**至少提前 4 小时**通知。太晚取消或没来 (no-show)，将收取 **$70.00** (不能向保险收费，下次看诊前须付清)。多次违反者，诊所可能停止为您看诊。如会迟到超过 15 分钟，请先打电话确认是否还能看诊。

我已阅读并同意第 9 项 (患者声明) 和第 10 项 (治疗同意书及预约规定)。

患者签名 Patient Signature _____ 日期 Date _____

审核人 (Reviewed by)：_____ 日期 _____

11. 仲裁协议 (Arbitration Agreement) Arbitration Agreement

简单来说：如果因治疗发生纠纷，**将由中立的仲裁员决定，而不是法院或陪审团。**签名后 **30 天内可以书面取消**本协议。有问题请在签名前提出。

患者须知：签署本合同，即表示您同意任何医疗过失问题由中立仲裁决定，并放弃由陪审团或法院审判的权利。签名前请仔细阅读本协议。

第 1 条 — 同意仲裁

双方理解，任何有关医疗过失的纠纷，即关于根据本合同提供的任何医疗服务是否不必要、未经授权，或提供不当、疏忽或不称职的纠纷，将按照加州法律以仲裁方式解决，而不是通过诉讼或法院程序，但加州法律和联邦法律规定对仲裁程序进行司法审查的情况除外。双方签订本合同，即放弃由法院陪审团裁决此类纠纷的宪法权利，并接受以仲裁方式解决。

第 2 条 — 所有索赔均须仲裁

双方也理解，任何与医疗过失无关的纠纷，包括某项纠纷是否应交付仲裁的争议，也将以具约束力的仲裁方式解决。双方的意图是本协议对所有当事人的所有索赔均具约束力，包括因医疗人员提供的治疗或服务而产生或与之相关的索赔，并适用于患者的继承人及过去、现在或将来的配偶的所有索赔，包括配偶权利丧失的索赔。

本协议也适用于患者的子女，无论在引起索赔的事件发生时已出生或尚未出生。本协议也适用于患者与医疗人员，以及现在或将来在受雇于、合作于、关联于或代替医疗人员期间治疗患者的其他持照医疗人员或实习生，包括在医疗人员的诊所或其他诊所工作的人员，无论其是否在本表上签名。

对医疗人员及其合伙人、协会、公司、合伙企业、员工、代理人和遗产提出的、超过小额法庭管辖限额的所有金钱赔偿索赔，都必须仲裁，包括但不限于配偶权利丧失、过失致死、精神痛苦、禁令救济或惩罚性赔偿的索赔。

第 3 条 — 程序与适用法律

仲裁要求必须以书面形式通知所有当事人。每一方应在三十 (30) 天内选定一名仲裁员 (当事人仲裁员)，此后三十 (30) 天内由双方选定的仲裁员选出第三名仲裁员 (中立仲裁员)。中立仲裁员将作为唯一仲裁员作出裁决。各方按比例分担中立仲裁员的费用，以及中立仲裁员产生或批准的其他仲裁费用，但不包括各方为自身利益支出的律师费、证人费或其他费用。

任何一方都有绝对权利以书面形式要求中立仲裁员将责任问题与赔偿问题分开审理。双方同意，任何在法院诉讼中本应成为适当额外当事人的个人或单位，均可参加本仲裁；参加后，针对该额外当事人的任何现有法院诉讼将暂停，直到仲裁结束。

双方同意本仲裁协议适用加州《医疗伤害赔偿改革法》(MICRA) 的规定，包括但不限于：依法提出患者可获得福利金额作为证据的权利 (民法典 § 3333.1)；非经济损失赔偿的上限 (民法典 § 3333.2)；以及将未来损害赔偿判决改为定期支付的权利 (民事诉讼法 § 667.7)。双方并同意依照美国仲裁协会 (AAA) 的《商业仲裁规则》进行仲裁。

第 4 条 — 一般规定

基于同一事件、交易或相关情况的所有索赔，应在同一程序中仲裁。如果 (1) 在收到通知当天，该索赔若以民事诉讼提出会因诉讼时效而被禁止；或 (2) 索赔人未按本协议规定的程序合理积极地进行仲裁，则该索赔视为放弃并永远不得提出。本协议不妨碍任何一方在仲裁结果出来前，向有管辖权的法院申请紧急禁令，以防止无法弥补的损害。

第 5 条 — 撤销

本协议可在签名后三十 (30) 天内，以书面通知送交医疗人员的方式撤销。若在该期限内未撤销，本协议将适用于患者接受的所有专业服务以及双方之间的所有其他纠纷。撤销必须以书面形式、由患者签名，并以挂号信 (certified mail) 寄送或亲自送到本表所列的诊所地址。口头撤销不予接受。

第 6 条 — 追溯效力

如果患者希望本协议也适用于签名日期之前接受的服务 (例如填写本表前接受的紧急治疗)，请在此签姓名缩写：_____。签了缩写，本协议自第一次接受专业服务之日起生效。如本仲裁协议的任何条款被认定无效或无法执行，其余条款仍然完全有效，不受影响。

我已阅读并理解以上仲裁协议，并同意其条款。

患者签名 Patient Signature

日期 Date

12. 隐私权通知 (HIPAA) Notice of Privacy Practices (HIPAA)

本通知说明您的医疗资料可能如何被使用和披露，以及您如何取得这些资料。请仔细阅读。本通知依照 HIPAA (45 C.F.R. §164.520) 规定提供。

Good Health Buena Salud Acupuncture Clinic 致力于保护您的受保护健康信息 (PHI)，即任何能识别或可合理识别您身份的健康状况、治疗或付费资料。本通知说明我们可能如何使用和披露您的 PHI，以及您的法律权利。

I. 不需书面授权即可使用或披露的情况

- **治疗：**为提供、协调或管理您的医疗，包括与参与治疗的其他医疗人员 (如家庭医生、专科医生、物理治疗师) 分享资料，以及发送预约提醒。
- **付费：**为收取服务费用，包括向保险公司申请理赔、确认资格、申请事先授权，以及收取保险不给付的费用。
- **诊所运营：**诊所运营和确保医疗质量所需的活动，包括质量审查、资格审核、员工培训、业务规划、执照及行政工作。
- **法律要求：**依联邦、州或地方法律要求披露，包括执法、法定疾病通报、公共卫生、审计及合法传票或法院命令。
- **工伤赔偿：**为遵守工伤赔偿法，特别是在工作受伤或职业病时。
- **对健康或安全的严重威胁：**为防止对您、他人或公众的严重且紧迫的威胁时，只披露给能防止该威胁的人。

II. 需要书面授权的情况

本通知未说明的任何使用或披露都需要您的书面授权，包括大部分营销用途、出售您的 PHI、披露心理治疗记录等。您可以随时以书面方式撤回授权，但撤回不影响已依据授权完成的事项。

III. 您的权利

- **要求限制：**您可以要求我们限制使用或披露您的 PHI。对您全额自付的服务，我们必须遵守您不告知保险公司的要求 (HITECH 法)。请以书面提出。
- **保密联络方式：**您可以要求我们用特定方式或在特定地点联络您 (如只用邮寄、特定电话)。合理的书面要求我们会配合。
- **查看与复印：**您有权查看并取得您的 PHI 副本，须书面申请，可能收取合理费用。少数情况下可能拒绝，但您有权要求复审。
- **要求更正：**如认为 PHI 不正确或不完整，请以书面说明理由申请更正。若资料非我们建立、不在我们记录中或已正确，可能拒绝。我们会在 60 天内回复。
- **披露记录：**您可以要求过去六年内某些披露的清单 (不含治疗、付费和运营)。每 12 个月第一次免费，之后可能收费。
- **本通知纸本：**即使您同意以电子方式接收，也可随时索取纸本。
- **拒绝募款联络：**您可以随时以书面通知拒绝募款联络，不会影响您的治疗。

IV. 我们的责任

依法我们必须：(1) 维护您 PHI 的隐私和安全；(2) 提供本通知；(3) 如发生未受保护 PHI 外泄，依 45 C.F.R. § § 164.400–414 及时通知您；(4) 遵守本通知现行内容。我们保留依法修改隐私做法的权利；修改将适用于我们保存的所有 PHI，并会张贴在诊所，也可应要求提供。

V. 投诉

如您认为隐私权受到侵犯，可以向本诊所或美国卫生与公众服务部民权办公室 (HHS OCR) 投诉：www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints 或 1-800-368-1019 (TTY：1-800-537-7697)。投诉不会受到报复或处罚，也不会要求您以放弃隐私权作为接受治疗的条件。

VI. 联系方式

Yohan Ko, L.Ac. (隐私官) | Good Health Buena Salud Acupuncture Clinic
222 N. Mountain Ave, Suite 102A, Upland, CA 91786 | (909) 272-5819 | Fax (909) 550-1579 | info@buenasalud.day

我确认已收到隐私权通知 (HIPAA)。

患者签名 Patient Signature _____ 日期 Date _____