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.

新患者登記表

PATIENT INTAKE FORM

- **請在看診前填寫。**您的資料是保密的，受法律保護 (HIPAA)。
- **不知道的地方可以空著。**診所工作人員會幫助您。
- 符合的項目請在 ☐ **方框裡打 ✓**；日期請按 **月/日/年** 填寫。(例：03/15/1950)

1. 患者資料 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 _____ **性別** Sex ☐ 男 ☐ 女 ☐ 其他

常用語言 Primary Language _____ **電話** Phone _____

家庭住址 Home Address _____

城市 City _____ **州** State _____ **郵遞區號** ZIP _____

電子郵件 Email _____

工作單位 (公司) Employer _____ **職業 / 工作** Occupation _____

緊急聯繫人 (姓名) Emergency Contact _____ **與您的關係** Relationship _____

緊急聯繫人電話 Phone _____ **其他電話** Phone (Alt) _____

2. 保險資料 Insurance Information

☞ 把保險卡交給工作人員，他們可以幫您填寫這部分。

保險公司名稱 Primary Health Plan _____ **會員號 (ID)** Member ID # _____

保險卡上的姓名 Subscriber Name _____ **投保人號碼** Subscriber ID # _____

團體號 (Group #) Group # _____ **與投保人的關係** Relationship to Subscriber _____

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

保險公司名稱 2nd Health Plan _____ **會員號 (ID)** Member ID # _____

保險卡上的姓名 Subscriber Name _____ **團體號 (Group #)** Group # _____

3. 家庭醫生 (平常看的醫生) Primary Care Physician

醫生姓名 Physician Name _____ **電話** Phone _____

醫生地址 Physician Address _____

您現在正在看醫生治療嗎? Currently under a physician's care? ☐ 否 ☐ 是

若是，什麼病? If yes, for what condition(s)? _____

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

4. 安全檢查 (請務必填寫) Safety Screening

符合的項目請全部打 ✓。

- ☐ 心臟起搏器
- ☐ 脊髓刺激器或體內其他電子裝置
- ☐ 出血性疾病 (例如：血友病)
- ☐ 心臟瓣膜受損或感染風險高
- ☐ 懷孕 → _____ 週 / 是否有醫生照顧? ☐ 是 ☐ 否
- ☐ 胰島素泵
- ☐ 癲癇 / 抽搐
- ☐ 正在服用抗凝血藥 (血液稀釋劑)
- ☐ 以上都沒有

5. 您哪裡不舒服? (疼痛評估) Chief Complaint & Pain Assessment

請寫下您今天來看診的原因，最重要的寫在第一欄。第一個症狀必填，第二、第三個症狀有的話再填。

疼痛分數說明

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

0 = 完全不痛　　5 = 中等疼痛　　10 = 痛到無法忍受

	第一個症狀 (必填)	第二個症狀 (如有)	第三個症狀 (如有)
哪裡不舒服? 怎麼不舒服? Main symptom(s) / condition			
從什麼時候開始? (月/日/年) When did it start? (MM/DD/YYYY)			
是怎麼開始的? How did it happen?			
是工作時受傷的嗎? (工傷) Related to a work injury?	☐ 否 ☐ 是	☐ 否 ☐ 是	☐ 否 ☐ 是
今天的疼痛分數 (0–10) Pain level today (0–10)			
影響日常生活的程度 (0–10) Interference with daily activities (0–10)			
多常會痛? How often do you feel this pain?	☐ 偶爾 (0–25%) ☐ 有時 (26–50%) ☐ 經常 (51–75%) ☐ 幾乎一直 (76–100%)	☐ 偶爾 (0–25%) ☐ 有時 (26–50%) ☐ 經常 (51–75%) ☐ 幾乎一直 (76–100%)	☐ 偶爾 (0–25%) ☐ 有時 (26–50%) ☐ 經常 (51–75%) ☐ 幾乎一直 (76–100%)
以前為這個問題做過的治療 Previous treatments for this condition	☐ 針灸 ☐ 脊椎矯正 ☐ 物理治療 ☐ 打針 ☐ 手術 ☐ 藥物 ☐ 按摩 ☐ 其他	☐ 針灸 ☐ 脊椎矯正 ☐ 物理治療 ☐ 打針 ☐ 手術 ☐ 藥物 ☐ 按摩 ☐ 其他	☐ 針灸 ☐ 脊椎矯正 ☐ 物理治療 ☐ 打針 ☐ 手術 ☐ 藥物 ☐ 按摩 ☐ 其他
以前治療後的效果 Progress from previous treatment	☐ 變差 ☐ 沒有變化 **好轉程度:** ☐ 0–25% ☐ 26–50% ☐ 51–75% ☐ 76–100%	☐ 變差 ☐ 沒有變化 **好轉程度:** ☐ 0–25% ☐ 26–50% ☐ 51–75% ☐ 76–100%	☐ 變差 ☐ 沒有變化 **好轉程度:** ☐ 0–25% ☐ 26–50% ☐ 51–75% ☐ 76–100%
您希望通過治療達到什麼? Goals for acupuncture treatment			
怎樣知道自己有進步? How will you track progress?			

例如: "一覺睡到天亮" • "在附近走一圈" • "一天不用吃止痛藥" • "回去上班" • "每天走 30 分鐘" • "做飯時不痛"

6. 過去病史 Medical History

曾經診斷或治療過的疾病，請全部打 ✓。 ☐ **以上都沒有**

☐ 高血壓 ☐ 心臟病 / 心臟病發作 ☐ 高膽固醇 ☐ 中風
☐ 糖尿病 ☐ 肺炎 ☐ 哮喘 ☐ 類風溼關節炎
☐ 痛風 ☐ 胃酸倒流 / 潰瘍 ☐ 血栓病史 ☐ 出血 / 凝血障礙
☐ 肝炎 ☐ 肝病 ☐ 腎病 ☐ 甲狀腺疾病
☐ 神經系統疾病 ☐ 肺結核 ☐ 骨質疏鬆 ☐ 心悸
☐ 消化性潰瘍 ☐ 前列腺問題 ☐ 抽搐 / 癲癇發作 ☐ 頭暈
☐ 住院 (原因)：_____ ☐ 手術 (種類)：_____
☐ 癌症 (種類)：_____ ☐ 其他：_____

7. 用藥、過敏、家族病史 Medications, Allergies & Family History

請寫下您現在吃的藥。(帶藥瓶來的話，工作人員可以幫您填寫) ☐ **沒有**

藥名 Medication		**劑量** Dose		**藥名** Medication		**劑量** Dose	
藥名 Medication		**劑量** Dose		**藥名** Medication		**劑量** Dose	
藥名 Medication		**劑量** Dose		**藥名** Medication		**劑量** Dose	

保健品 / 中藥 / 草藥 Supplements / herbs _____

過敏 (藥物 / 食物 / 其他) Allergies _____ ☐ **沒有**

家族病史 (父母、兄弟姐妹、子女) Family History ☐ 沒有

☐ 心臟病 ☐ 關節炎 ☐ 紅斑狼瘡 / 自身免疫病 ☐ 高血壓
☐ 糖尿病 ☐ 癌症：_____ ☐ 其他：_____

8. 目前症狀與生活習慣 Current Symptoms & Lifestyle

目前有的症狀，請全部打 ✓。

全身	☐ 不明原因體重減輕/增加 ☐ 發燒 / 發冷 ☐ 長期疲勞 ☐ 乳房腫塊
心血管	☐ 胸痛 ☐ 心跳不規則 ☐ 心臟雜音 ☐ 腿 / 腳踝腫
肌肉骨骼	☐ 關節炎 ☐ 骨質疏鬆 ☐ 以前骨折過 ☐ 肌肉無力
消化系統	☐ 燒心 / 胃酸倒流 ☐ 便秘 ☐ 腹瀉 ☐ 噁心 / 嘔吐
神經系統	☐ 平衡問題 ☐ 頭暈 / 眩暈 ☐ 頭痛 / 偏頭痛 ☐ 無力 ☐ 麻木 ☐ 抽搐
呼吸系統	☐ 氣短 ☐ 睡眠呼吸暫停 ☐ 哮喘 / 慢阻肺 ☐ 長期咳嗽
心理健康	☐ 抑鬱 ☐ 焦慮 ☐ 創傷後應激障礙 (PTSD) ☐ 失眠 ☐ 正在看心理醫生
泌尿 / 生殖	☐ 小便疼痛 ☐ 尿路感染 ☐ 尿頻 ☐ 月經不正常

生活習慣

吸菸： ☐ 從不 ☐ 已戒 ☐ 現在吸 **喝酒：** ☐ 否 ☐ 是 **咖啡 / 咖啡因：** ☐ 否 ☐ 是

娛樂性藥物： ☐ 否 ☐ 是 **每天喝水 (杯)：** _____ **每晚睡眠 (小時)：** _____

整體健康狀況： ☐ 非常好 ☐ 很好 ☐ 好 ☐ 一般 ☐ 差

您怎麼知道我們診所的？ ☐ 網路 ☐ 朋友 / 家人 ☐ 醫生介紹 ☐ 保險公司 ☐ 其他：_____

9. 患者聲明 Patient Certification

我保證以上資料據我所知完整、正確。如果保險資料不正確，或我沒有資格通過本醫療人員獲得保險福利，我明白我需要支付所有服務費用。當我的健康狀況或保險有任何變化時，我會立即通知本醫療人員。我明白如果我的病情需要共同治療，醫療人員可能需要聯繫我的家庭醫生；因此，我授權醫療人員在必要時聯繫我的醫生。我授權在支付保險福利需要時，將治療期間取得的任何資料提供給我的保險公司。

10. 治療同意書 Informed Consent for Treatment

簡單來說：針灸、拔罐、中藥等治療**可能會有瘀青、痠痛、頭暈等副作用。**請閱讀以下內容，有問題請在簽名前提出。您可以隨時撤回同意。

本診所的治療可能包括針灸、中藥、拔罐 (包括火罐)、艾灸、推拿、刮痧、紅外線治療及其他東亞傳統醫學療法。這些療法對很多病症效果很好，但和所有醫療一樣，也有可能的風險。

A. 針灸 — 可能的副作用

- 可能會想睡或頭暈，特別是第一次治療後。如有這種感覺，**請不要開車或操作重型機器。**
- 針孔處可能少量出血或瘀青，通常幾天內會自己消退。
- 針孔處痠痛 24–48 小時很常見，是正常反應。
- 少於 3% 的患者在好轉前症狀會暫時加重 1–2 天。如超過 2 天或很嚴重，請告訴醫療人員。
- 緊張、飢餓或疲勞時**可能會暈倒。**來之前請吃點東西，身體不舒服請告訴工作人員。
- 感染極為罕見。我們一律使用消毒包裝的一次性針。
- 斷針非常罕見。扎針時請不要亂動。

B. 拔罐 — 可能的副作用

- 圓形瘀青或變色是正常現象，通常 3–10 天會消退。
- 火罐偶爾會刺激皮膚或起水泡；治療過程中會一直注意您的皮膚。
- 拔罐處可能輕微痠痛 1–2 天。

C. 中藥與保健品 — 可能的副作用

- 有些中藥可能與西藥相互作用，例如抗凝血藥、心臟藥、糖尿病藥。**請告訴我們您吃的所有藥和保健品。**
- 有些中藥在懷孕、哺乳期間或有肝病、腎病時不能用。請告訴我們您目前的健康狀況。
- 過敏反應不常見，但有可能發生。請告訴我們您所有的過敏。
- 草藥保健品不像處方藥那樣受 FDA 管理。本診所只使用可靠供應商的合格產品。

D. 請務必告訴我們

- 曾有抽搐、暈倒，或治療後有奇怪感覺。
- 體內電子裝置 (心臟起搏器、脊髓刺激器、人工耳蝸、胰島素泵) — 可能不能做電針。
- 懷孕、可能懷孕或正在備孕 (懷孕時有些穴位不能用)。
- 出血性疾病 (血友病、血管性血友病) 或很容易瘀青。
- 服用抗凝血藥或每天吃阿司匹林：華法林、肝素、Eliquis、Xarelto、Plavix 等。
- 心臟瓣膜受損、曾患心內膜炎，或免疫力低下。
- 金屬過敏 (鎳、不鏽鋼)，或對膠布、膠帶、油、乳液過敏。
- 兩次治療之間出現任何新症狀或身體變化。

E. 同意書與付費約定

我已閱讀並理解以上內容，同意在 Good Health Buena Salud Acupuncture Clinic 接受檢查和治療。我瞭解治療可能的好處和風險，也瞭解並非所有併發症都能預料或避免。我可以隨時拒絕或撤回同意，不會受到處罰。我瞭解 **ASH 保險不給付拔罐費用**，如被拒付，我同意自付 $_____。我同意在看診時支付 Medi-Cal 的自付額 (copay)。我瞭解我的病歷是保密的，除法律要求外，未經我書面授權不會提供給他人。我確認已收到診所的 HIPAA 隱私權通知。除非我以書面方式撤回，本同意書適用於我全部的治療期間。

預約規定

取消或更改預約，請**至少提前 4 小時**通知。太晚取消或沒來 (no-show)，將收取 **$70.00** (不能向保險收費，下次看診前須付清)。多次違反者，診所可能停止為您看診。如會遲到超過 15 分鐘，請先打電話確認是否還能看診。

我已閱讀並同意第 9 項 (患者聲明) 和第 10 項 (治療同意書及預約規定)。

患者簽名 Patient Signature _____ 日期 Date _____

審核人 (Reviewed by)：_____ 日期 _____

11. 仲裁協議 (Arbitration Agreement) Arbitration Agreement

簡單來說：如果因治療發生糾紛，**將由中立的仲裁員決定，而不是法院或陪審團。**簽名後 **30 天內可以書面取消**本協議。有問題請在簽名前提出。

患者須知：簽署本合同，即表示您同意任何醫療過失問題由中立仲裁決定，並放棄由陪審團或法院審判的權利。簽名前請仔細閱讀本協議。

第 1 條 — 同意仲裁

雙方理解，任何有關醫療過失的糾紛，即關於根據本合同提供的任何醫療服務是否不必要、未經授權，或提供不當、疏忽或不稱職的糾紛，將按照加州法律以仲裁方式解決，而不是通過訴訟或法院程序，但加州法律和聯邦法律規定對仲裁程序進行司法審查的情況除外。雙方簽訂本合同，即放棄由法院陪審團裁決此類糾紛的憲法權利，並接受以仲裁方式解決。

第 2 條 — 所有索賠均須仲裁

雙方也理解，任何與醫療過失無關的糾紛，包括某項糾紛是否應交付仲裁的爭議，也將以具約束力的仲裁方式解決。雙方的意圖是本協議對所有當事人的所有索賠均具約束力，包括因醫療人員提供的治療或服務而產生或與之相關的索賠，並適用於患者的繼承人及過去、現在或將來的配偶的所有索賠，包括配偶權利喪失的索賠。

本協議也適用於患者的子女，無論在引起索賠的事件發生時已出生或尚未出生。本協議也適用於患者與醫療人員，以及現在或將來在受僱於、合作於、關聯於或代替醫療人員期間治療患者的其他持照醫療人員或實習生，包括在醫療人員的診所或其他診所工作的人員，無論其是否在本表上簽名。

對醫療人員及其合夥人、協會、公司、合夥企業、員工、代理人和遺產提出的、超過小額法庭管轄限額的所有金錢賠償索賠，都必須仲裁，包括但不限於配偶權利喪失、過失致死、精神痛苦、禁令救濟或懲罰性賠償的索賠。

第 3 條 — 程序與適用法律

仲裁要求必須以書面形式通知所有當事人。每一方應在三十 (30) 天內選定一名仲裁員 (當事人仲裁員)，此後三十 (30) 天內由雙方選定的仲裁員選出第三名仲裁員 (中立仲裁員)。中立仲裁員將作為唯一仲裁員作出裁決。各方按比例分擔中立仲裁員的費用，以及中立仲裁員產生或批准的其他仲裁費用，但不包括各方為自身利益支出的律師費、證人費或其他費用。

任何一方都有絕對權利以書面形式要求中立仲裁員將責任問題與賠償問題分開審理。雙方同意，任何在法院訴訟中本應成為適當額外當事人的個人或單位，均可參加本仲裁；參加後，針對該額外當事人的任何現有法院訴訟將暫停，直到仲裁結束。

雙方同意本仲裁協議適用加州《醫療傷害賠償改革法》(MICRA) 的規定，包括但不限於：依法提出患者可獲得福利金額作為證據的權利 (民法典 § 3333.1)；非經濟損失賠償的上限 (民法典 § 3333.2)；以及將未來損害賠償判決改為定期支付的權利 (民事訴訟法 § 667.7)。雙方並同意依照美國仲裁協會 (AAA) 的《商業仲裁規則》進行仲裁。

第 4 條 — 一般規定

基於同一事件、交易或相關情況的所有索賠，應在同一程序中仲裁。如果 (1) 在收到通知當天，該索賠若以民事訴訟提出會因訴訟時效而被禁止；或 (2) 索賠人未按本協議規定的程序合理積極地進行仲裁，則該索賠視為放棄並永遠不得提出。本協議不妨礙任何一方在仲裁結果出來前，向有管轄權的法院申請緊急禁令，以防止無法彌補的損害。

第 5 條 — 撤銷

本協議可在簽名後三十 (30) 天內，以書面通知送交醫療人員的方式撤銷。若在該期限內未撤銷，本協議將適用於患者接受的所有專業服務以及雙方之間的所有其他糾紛。撤銷必須以書面形式、由患者簽名，並以掛號信 (certified mail) 寄送或親自送到本表所列的診所地址。口頭撤銷不予接受。

第 6 條 — 追溯效力

如果患者希望本協議也適用於簽名日期之前接受的服務 (例如填寫本表前接受的緊急治療)，請在此籤姓名縮寫：_____。簽了縮寫，本協議自第一次接受專業服務之日起生效。如本仲裁協議的任何條款被認定無效或無法執行，其餘條款仍然完全有效，不受影響。

我已閱讀並理解以上仲裁協議，並同意其條款。

患者簽名 Patient Signature

日期 Date

12. 隱私權通知 (HIPAA) Notice of Privacy Practices (HIPAA)

本通知說明您的醫療資料可能如何被使用和披露，以及您如何取得這些資料。請仔細閱讀。本通知依照 HIPAA (45 C.F.R. §164.520) 規定提供。

Good Health Buena Salud Acupuncture Clinic 致力於保護您的受保護健康信息 (PHI)，即任何能識別或可合理識別您身份的健康狀況、治療或付費資料。本通知說明我們可能如何使用和披露您的 PHI，以及您的法律權利。

I. 不需書面授權即可使用或披露的情況

- **治療：**為提供、協調或管理您的醫療，包括與參與治療的其他醫療人員 (如家庭醫生、專科醫生、物理治療師) 分享資料，以及發送預約提醒。
- **付費：**為收取服務費用，包括向保險公司申請理賠、確認資格、申請事先授權，以及收取保險不給付的費用。
- **診所運營：**診所運營和確保醫療質量所需的活動，包括質量審查、資格審核、員工培訓、業務規劃、執照及行政工作。
- **法律要求：**依聯邦、州或地方法律要求披露，包括執法、法定疾病通報、公共衛生、審計及合法傳票或法院命令。
- **工傷賠償：**為遵守工傷賠償法，特別是在工作受傷或職業病時。
- **對健康或安全的嚴重威脅：**為防止對您、他人或公眾的嚴重且緊迫的威脅時，只披露給能防止該威脅的人。

II. 需要書面授權的情況

本通知未說明的任何使用或披露都需要您的書面授權，包括大部分營銷用途、出售您的 PHI、披露心理治療記錄等。您可以隨時以書面方式撤回授權，但撤回不影響已依據授權完成的事項。

III. 您的權利

- **要求限制：**您可以要求我們限制使用或披露您的 PHI。對您全額自付的服務，我們必須遵守您不告知保險公司的要求 (HITECH 法)。請以書面提出。
- **保密聯絡方式：**您可以要求我們用特定方式或在特定地點聯絡您 (如只用郵寄、特定電話)。合理的書面要求我們會配合。
- **查看與複印：**您有權查看並取得您的 PHI 副本，須書面申請，可能收取合理費用。少數情況下可能拒絕，但您有權要求複審。
- **要求更正：**如認為 PHI 不正確或不完整，請以書面說明理由申請更正。若資料非我們建立、不在我們記錄中或已正確，可能拒絕。我們會在 60 天內回覆。
- **披露記錄：**您可以要求過去六年內某些披露的清單 (不含治療、付費和運營)。每 12 個月第一次免費，之後可能收費。
- **本通知紙本：**即使您同意以電子方式接收，也可隨時索取紙本。
- **拒絕募款聯絡：**您可以隨時以書面通知拒絕募款聯絡，不會影響您的治療。

IV. 我們的責任

依法我們必須：(1) 維護您 PHI 的隱私和安全；(2) 提供本通知；(3) 如發生未受保護 PHI 外洩，依 45 C.F.R. § § 164.400–414 及時通知您；(4) 遵守本通知現行內容。我們保留依法修改隱私做法的權利；修改將適用於我們保存的所有 PHI，並會張貼在診所，也可應要求提供。

V. 投訴

如您認為隱私權受到侵犯，可以向本診所或美國衛生與公眾服務部民權辦公室 (HHS OCR) 投訴：www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints 或 1-800-368-1019 (TTY：1-800-537-7697)。投訴不會受到報復或處罰，也不會要求您以放棄隱私權作為接受治療的條件。

VI. 聯繫方式

Yohan Ko, L.Ac. (隱私官) | 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

我確認已收到隱私權通知 (HIPAA)。

患者簽名 Patient Signature

日期 Date