

(患者轉診單) PATIENT REFERRAL FORM



轉介：

日期：

事件：

客戶信息

之所以推薦

二選一： 客戶 客戶端+配偶 客戶端+兒童 家庭 孩子

二選一： 初級護理 計劃生育 牙齒 視力
 註冊成為健康保險

二選一： 客戶端是阿拉米達縣的居民？ 是的 沒有

姓名：_____ 出生日期：_____ 男 / 女
街道地址：_____ 城市：_____ 郵編：_____
聯繫電話 主頁：_____ 電池：_____
最佳呼叫時間：_____ 語言：_____

客戶端是目前受聘？ 是的 沒有
如果沒有，你收到任何不勞而獲的收入呢？ 是的 沒有
如果是的話：_____
客戶是否有私人保險或其他健康保險？ 是的 沒有
如果是：_____

注意事項：

*有些限制可能適用於非居民阿拉米達

三市衛生中心 (TCHC) 是一家領先的社區衛生服務機構的合作夥伴致力於滿足今天的需求全面，新穎，價格適中，文化主管醫療服務。