

国际患者 护理手续

如果您是来自美国 (US) 以外的外国患者，需要遵循下列步骤以获得在 **Capital Health** 的评估约诊或护理。

1. **初诊表格** - 为 **Capital Health** 提供填写完整的国际患者初诊表格。
2. **医疗记录** - 您需要提交完整的医疗记录（记录的所有部分均翻译成英文）。如有需要，**Capital Health** 可以提供收费翻译协助。
3. **身体健康状况评估费** – 我们的一名代表将与您取得联系，告知您我们的医生评估您病情的费用。
4. **医疗团队评估** - 根据提供给 **Capital Health** 的信息和医疗记录，我们的医生将提供初步诊断，并提出评估和治疗建议。**Capital Health** 还将提供针对预期服务的费用估算。
5. **安排约诊** – 如果患者想要在 **Capital Health** 现场接受进一步评估或治疗，我们的团队将与患者/家属和我院门诊部共同安排约诊/治疗日程。
6. **付款协调** – 现场服务费用支付后不可退款，且必须在前来诊疗之前支付。我们的一名代表将联系您付款。然后会向患者/家属发出约诊通知。

国际患者信息表

联系信息

患者姓名:

(姓) (名) (中间名)

出生日期: _____ 性别: 男 女

国外地址:

电话: _____ 传真: _____

手机: _____ 电子邮件: _____

美国联系人 (如有)

联系人姓名: _____

关系: _____

地址:

电话: _____ 传真: _____

手机: _____ 电子邮件: _____

患者医疗信息

诊断或主诉:

请附上所有医疗记录/文件的副本(已翻译成英文)、影像和化验结果。如有需要, Capital Health 可以提供收费翻译协助。

特殊约诊要求/患者可到场时间

服务要求

请说明患者/患者家属是否需要下列协助:

口译服务 是 否 如果是, 请注明语种 _____

住宿 是 否 如果是, 请注明价格范围 _____

机场接机
交通 是 否 如果是, 请注明航班信息和随行人数 _____

请说明患者可能会有的任何特殊需求/要求(可根据需要附加页面):

推介信息

谁推介您来我院?(请提供姓名、与您的关系和联系信息)

您是通过什么途径得知我院的?(请勾选所有适用项)

- | | | |
|-------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 医生推介 | <input type="checkbox"/> 亲戚 | <input type="checkbox"/> 网站 |
| <input type="checkbox"/> 朋友, | <input type="checkbox"/> 媒体(广播、电视、报纸、杂志) | <input type="checkbox"/> 其它:(请说明) |

国际患者财务政策

1. 一旦制定了治疗方案，我们将为您提供书面形式的费用估算。
2. 您需要在为您提供服务前支付费用。首款将为估算总费用的 100%。
3. 应以美元支付所有费用。**Capital Health** 接受维萨卡、万事达卡和美国运通卡。在您的治疗过程中，如果服务超出建议的治疗和处置方案范围，将收取附加费用。
4. 在您治疗结束后的 45 天内，将会完成最终账目报表并发送给您。

下方签名证明他/她已经阅读上述内容并同意这些条款：

患者或其代表

日期