

全球患者服务部 预约登记手册

您好,

感谢您选择纽约-长老会医院 New York-Presbyterian Hospital (纽约排名第一的医院) 作为您的医疗服务机构。以下为我院的预约流程:

预约申请

1

请填写以下资料并将每份资料的一份副本发送给我们:

- 本手册中的所有表格
- 患者的护照
- 医疗保险卡 (正面和反面)
- 英文版医疗报告 (与患者目前的诊断及症状相关的)

病历审阅及费用预估

2

Weill Cornell Medicine (威尔康奈尔大学医学院) 或 ColumbiaDoctors (哥伦比亚大学医学院) 的医生会审阅患者的病历并制定预期治疗方案。之后, 我们会提供预估治疗费用单或联系保险公司核实患者保险计划的承保范围。

患者确认

3

我们会为患者提供 a) 预期治疗方案 b) 预估治疗费用单或要求您的保险公司提供一份书面保证函。如果患者选择来 NYP 接受治疗, 我们会要求患者进行财务清算, 并会为患者指派一名患者协调员。

如有任何疑问, 请致电 +1-212-746-9100 或发送电子邮件至 globalservices@nyp.org, 联系我们的转诊联络专员。

谢谢。

全球患者服务部
纽约-长老会医院 (New York-Presbyterian Hospital)

患者信息

称谓:	患者姓名 (需与护照上的姓名一致): 名 姓	婚前姓名或曾用名:	患者出生日期: (月/日/年)
固定地址:			
电话 (国家/地区代码和号码):		电子邮箱:	
其他电话 (国家/地区代码和号码):		我允许纽约-长老会医院NewYork-Presbyterian Hospital (NYP) 向我发送电子邮件并随时告知医院动态、最新的创新治疗以及健康资讯: 是: <input type="checkbox"/>	
传真 (国家/地区代码和号码):		否: <input type="checkbox"/>	
患者性别:		母亲姓名:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 男: <input type="checkbox"/> ▪ 女: <input type="checkbox"/> 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ NYP 不会将我的电子邮件地址提供给任何第三方。 ▪ 我可以随时取消订阅。 	
长期居住国家/地区:		父亲姓名:	
首选交流语言:			

相关信息

请告诉我们患者的就诊原因, 并说明患者目前的诊断或出现的症状:

如果您希望指定预约某位医生, 请在此处写下该医生的姓名:

患者将会如何支付医疗费用 (选择一项)?

- 国际医疗保险:
请提供医疗保险卡复印件 (正面和反面)
- 信用卡、电汇及其他:
- 外国政府资助:
政府名称: _____

旅行信息

请勾选以下适用于患者在美身份的一项:

- 持有或将会申请美国旅游签证:
- 持有美国工作许可证:
- 持有美国护照或绿卡:

预计赴美就诊日期: _____

您是如何得知纽约-长老会医院的?

请勾选适用项并提供简要说明:

- 曾经就诊:
- 广告: _____
- 代理或中介: _____
- 活动: _____
- 家人、朋友或其他患者: _____
- 政府宣传: _____
- 保险公司: _____
- 医生推荐: _____
- 社交媒体: _____
- 网站: _____
- 其他: _____

据本人所知, 以上信息均属实。本人授权第三方支付款人直接与医疗服务提供方结算, 并知悉差额部分将由本人承担。同时本人亦授权纽约-长老会医院全球服务部 (NewYork-Presbyterian Hospital Global Services) 披露本人为获取医疗服务及索赔所需的相关信息。通过提供电子邮箱, 本人同意通过电子邮件的方式沟通医疗信息。

患者/监护人签名: _____ 日期: _____
(月/日/年)

如果您是监护人, 请提供您的姓名以及您与患者的关系: _____

 **NewYork-Presbyterian**

AMAZING
THINGS
ARE
HAPPENING
HERE

 谢谢

电子邮箱: globalservices@nyp.org

官方网站: nyp.org/globalservices

电话: +1 (212) 746-9100