

**I Care Medical PLLC**  
**1575 Hillside Ave #302 New Hyde Park NY 11040**  
**Josephine O Jung, M.D. 戎爱珍医生**

Name : 姓名 :	Sex : M / F 性别: 男 / 女	DOB:            /        / 生日:        月        日        年		
Contact Address 通信地址 : ( Apt. # and Zip Code 公寓及郵編 )				
Next of Kin 家長	Last Name 姓	First Name 名	Relationship 關係	Phone 電話號碼
Allergy 過敏: <input type="checkbox"/> N/A 沒有 <input type="checkbox"/> Medication 藥物 <input type="checkbox"/> Food 食物 <input type="checkbox"/> Other 其他 _____				
Current Medication 長期服用的藥物 :				
Surgery History 手術 :				
Hospitalization 住院史:        Yes / No        是 / 否        Date 日期:        Reason 原因:				
Insurance Information 醫療保險資料				
Insurance Name 保險公司名稱 :				
Insurance ID # 保險卡號 :				
Medicaid ID # 白卡卡號 :				
Card Holder Name 持卡人姓名 :				
Card Holder's Date of Birth 持卡人出生日期 :				
Card Holder's Relationship to Patient 持卡人與病人關係: <input type="checkbox"/> Self 自己 <input type="checkbox"/> Spouse 配偶 <input type="checkbox"/> Child 子女 <input type="checkbox"/> Other 其他				
Pharmacy 藥房名稱:		Phone 電話號碼:		
Pharmacy Address 藥房地址:				
Parent Information 家長聯繫資料				
Name 姓名		Date of Birth 出生日期	Phone 電話號碼	
Mother's Name 母親姓名				
Father's Name 父親姓名				
Who is child's Legal Guardian? 誰是孩子的法定監護人?				
<input type="checkbox"/> Parent 家長				
<input type="checkbox"/> Other 其他    Name of Legal Guardian 法定監護人的姓名 :				
Signature 簽名 :			Date 日期 :	