NYC Health

个人健康摘要
PERSONAL HEALTH SUMMARY

日期： 06/13/2018
DATE:

个人信息
PERSONAL INFORMATION

名字 FIRST NAME | 中间名缩写 MIDDLE I. | 姓氏 LAST NAME

街道地址 STREET ADDRESS

城市 CITY | 州 STATE | 邮政编码 ZIP CODE

出生日期（月/日/年） DATE OF BIRTH (MM/DD/YYYY) | 电话号码 PHONE NUMBER

电子邮件 EMAIL

紧急联系人
EMERGENCY CONTACT

姓名 NAME

关系 RELATIONSHIP

主要电话号码 PRIMARY PHONE NUMBER

第二电话号码 SECONDARY PHONE NUMBER

电子邮件 EMAIL

初级护理提供者
PRIMARY CARE PROVIDER

名称 NAME | 电话号码 PHONE NUMBER

街道地址 STREET ADDRESS

城市 CITY | 州 STATE | 邮政编码 ZIP CODE

药房信息
PHARMACY INFORMATION

药房名称 PHARMACY NAME | 电话号码 PHONE NUMBER

街道地址 STREET ADDRESS

城市 CITY | 州 STATE | 邮政编码 ZIP CODE

药房名称 PHARMACY NAME | 电话号码 PHONE NUMBER

街道地址 STREET ADDRESS

城市 CITY | 州 STATE | 邮政编码 ZIP CODE

医疗保险
HEALTH INSURANCE

主要保险名称 PRIMARY INSURANCE NAME | ID 号码 ID #

PCN 号码 PCN # | 团险保单号 GROUP # | BIN 号码 BIN #

第二保险名称 SECONDARY INSURANCE NAME | ID 号码 ID #

PCN 号码 PCN # | 团险保单号 GROUP # | BIN 号码 BIN #

药物、维生素、保健品和草药制品
MEDICATIONS, VITAMINS, SUPPLEMENTS AND HERBALS

名称 NAME | 用量和频率 HOW MUCH AND HOW OFTEN

病史
MEDICAL HISTORY

药物过敏
ALLERGIES TO MEDICATION

☐ 处方中开有 EpiPen
EpiPen is prescribed

沿黑线裁剪，再沿虚线折叠，即可制成钱包卡
CUT ALONG BLACK LINES AND FOLD ON DOTTED LINES TO CREATE WALLET CARD

SIMPLIFIED CHINESE