

California Headache and Pain Center

Patient's Name _____
 (Please Print)

Date: _____

Age: _____

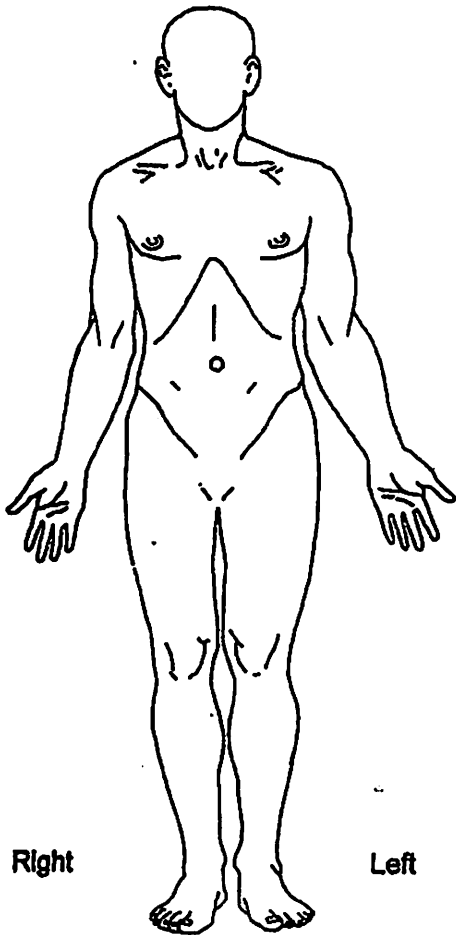
Where is your Pain NOW?

Mark the areas on your body where you feel the described sensations. Use the appropriate symbol. Mark the area of radiation. Include all affected areas. Just to complete the Picture draw in your face..

ACHE $\wedge \wedge \wedge$	NUMBNESS $\circ \circ \circ$	PINS AND NEEDLES $\blacksquare \blacksquare \blacksquare$	BURNING $\times \times \times$	RADIATING PAIN $///$
$\wedge \wedge \wedge$	$\circ \circ \circ$	$\blacksquare \blacksquare \blacksquare$	$\times \times \times$	$///$
$\wedge \wedge \wedge$	$\circ \circ \circ$	$\blacksquare \blacksquare \blacksquare$	$\times \times \times$	$///$

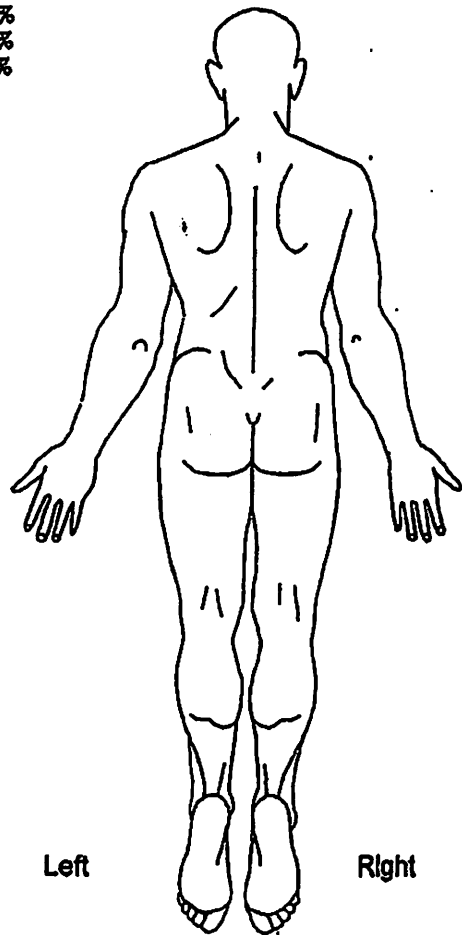
Neck Pain _____ %
 Arm Pain _____ %
 Back Pain _____ %
 Leg Pain _____ %

TOTAL = 100%



Right

Left

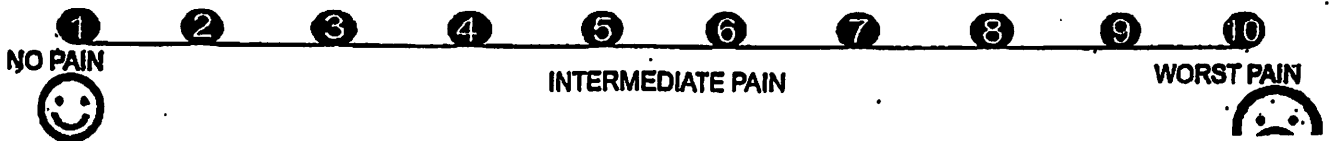


Left

Right

PLEASE MARK ON THE LINE:

How bad is your Pain now?



California Headache and Pain Center
加州頭痛疼痛治療中心
New Patient Information
新病人登記表
(PLEASE PRINT CLEARLY)
(請清晰填寫)

Patient's name 病人姓名: _____

Address 地址: _____ City 城市: _____

State 州: _____ Zip code 郵政編碼: _____ DOB 出生日期: ___ / ___ / ___

Sex 性別: M 男 / F 女

Phone # 電話號碼: () ___ - ___ Cellphone # 手機: () ___ - ___

SSN 社安號碼: _____ - _____ - _____ Driver's license # 駕照號碼: _____

Email 電子郵件信箱: _____

婚姻狀況: Single 單身 / Married 已婚 / Divorced 離婚 / Widowed 喪偶

Language preferred 選擇何種語言交流: _____

種族: Caucasian 白人 / African American 黑人 / Hispanic 西裔 /

Asian 亞裔 / Others 其他: _____

Employer 雇主: _____ Occupation 職業: _____

Full time 全職 / Part time employee 半職工 Retired 已退休

Full time 全職 / Part time student 半職學生 Disabled 傷殘

Insurance 保險公司: _____ ID # 保險號碼: _____

Card holder's name 主保人姓名: _____

DOB 出生日期: ____/____/_____

Customer service phone # 保險公司客戶服務電話號碼: _____

Pharmacy name 藥房名稱: _____

Pharmacy phone # 藥房電話號碼: () _____ - _____

Emergency contact 緊急聯絡人: _____ Relationship 關係: _____

Contact phone # 緊急聯絡人電話號碼: () _____ - _____

Your main reason for this visit 您這次來看病的主要原因: Headache 頭痛 /

Pain 疼痛 / Other 其他 - Please specify 請說明

Referred by 誰介紹您來的:
家庭醫生:

Name 姓名: _____

Address 地址: _____

Primary care physician

Name 姓名: _____

Address 地址: _____

Phone # 電話: () _____ - _____ Phone # 電話: () _____ - _____

Medical History 過去病史

Drug Allergy 藥物過敏

No known Drug allergy 沒有藥物過敏 / _____

Current weight 目前體重: _____ Height 身高: _____

Past Medical History, including current medical problems 過去病史, 包括目前醫學問題. (circle all that apply to you 把和您相關的圈起來):

Migraine 偏頭痛 / Headache 頭痛 (unknown type 不明類型) / Brain Tumor 腦瘤 / Tumor in any other part of the body 身體其他部位腫瘤 _____

/ Vasculitis 脈管炎 / Cerebral Venous Sinus Thrombosis 腦靜脈竇血栓 /

Cerebral Aneurysm 腦動脈瘤 / Neck Pain 脖子痛 / Low Back Pain 下腰痛 /

Diabetics 糖尿病 / Stroke 中風 / Hypertension 高血壓 / Myocardial Infarction

心肌梗死 / Hypercholesterolemia 高膽固醇 / Fibromyalgia 纖維肌痛症 /

Chronic Fatigue Syndrome 慢性疲勞綜合症 / Depression 抑鬱症 / General

Anxiety Disorder 焦慮症 / Panic Disorder 驚恐障礙 / Bipolar Disorder 狂躁抑
郁症 /

Other problem(s)其他問題: _____

Past Surgical History 過去手術史 (fill in the name and year of each major surgery 請填寫每次主要手術名稱和時間)

Current Medications, including over-the-counter medication 目前健康狀況, 藥房非處方藥物.

Name 藥物名稱 (mg 毫克/Tab or Cap 片或膠囊)	Dose 用量	Frequency 使用次數 (?/d or w 天或星期)	Method 使用方法 (oral 口服/pr 塞肛/im 肌注)	Since 何時開始用 (mo 月/yr 年)
--------------------------------------	---------	-----------------------------------	--------------------------------------	----------------------------

Failed headache or pain medications in the past 請註明過去對頭痛和疼痛沒有療效的藥物 (Circle those applied to you 將下列和您相關的藥物圈起來):

Naratriptan(Amerge) / Almotriptan Malate (Axert) / Diclofenac Potassium
(Cambia) / Meperidine (Demerol)/ Valproic Acid (Depakote)
/ Dihydroergotamine (DHE)/ Amitriptyline (Elavil)/ Excedrin migraine
/ Butalbital (Foricet) / Frovatriptan (Frova) / Propranolol (Inderal) /
Sumatriptan Succinate (Imitrex) / Amitriptyline (Elavil) / Rizatriptan (Maxalt)
/ Morphine / Gabapentin (Neurontin & Gralise) / NSAIDs / Pregabalin (Lyrica)
/ Oxycodone / (Percocet) / Prednisone / Eletriptan Hydrobromide (Relpax)
/ Topiramate (Topamax) / Acetaminophen (Tylenol)/ Codeine / Tramadol
(Ultram) / Verapamil / Hydrocodone (Vicodin) / Zomilriptan (Zomig).

Other(s)其他藥物: _____

Previously Failed Treatment 過去不成功的治療 (Circle those applied to you 請將和您相關的圈起來):

Physical Therapy 物理治療 / epidural 硬脊膜外注射 / nerve blocks 神經阻斷術 / chiropractic service 脊椎推拿術

Other(s)其他療法: _____

Family History 家族病史

Migraine: who 偏頭痛: 誰: _____

Headache with unknown type: who 原因不明頭痛: 誰: _____

Brain tumor: who 腦瘤: 誰: _____

Abnormal Brain Vessel : who 不正常腦血管疾病 (aneurysm, arterovenous malformation, etc. 動脈瘤, 動靜脈血管畸形, 等等): 誰: _____

Diabetics: who 糖尿病: 誰: _____

Hypertension: who 高血壓: 誰: _____

Stroke: who 中風: 誰: _____

Other(s)其他: _____

Substances 相關物質 (Circle those applied to you 請將和您相關的圈起來)

Currently used 目前正在使用的:

Alcohol 酒精 (Social Drinker 社交飲酒 / Habitual User or Addiction 習慣性飲酒或上癮 / I do not drink alcohol 我不飲酒)

Nicotine Smoker 吸煙 (Occasional smoker 偶爾吸煙 / Habitual User or Addiction 習慣性吸煙或上癮 / I do not smoke cigarettes 我不吸煙)

Amphetamine 安非他命 / Cocaine 可卡因 / Marijuana 大麻 / PCP 五氯酚 / Narcotics for Non-medical use 非醫療目的麻醉品

Other (s)其他: _____

Used in the past 過去使用過:

Alcohol 酒精 / Nicotine Smoker 香煙 / Amphetamine 安非他命 / Cocaine 可卡因 / Marijuana 大麻 / PCP 五氯酚 / Narcotics for Non-medical 非醫療用麻醉品

Other(s)其他: _____

Review of systems 身體狀況 (Circle those applied to you in each category 請將和您相關的圈起來):

General 整體狀況: fever 發燒 / chills 發冷 / weight loss for 3 months 過去 3 個月體重減輕 / no weight change or fever 無體重減輕會發燒

Head 頭: bone fracture 骨折 / scalp bruise 頭皮紫癢 / no head bone fracture or scalp bruise 無頭骨折或頭皮紫癢

Eyes 眼睛: diplopia 複視 / glaucoma 青光眼 / eye muscle strain due to uncorrected vision 因視力不正常導致的眼部肌肉拉傷 / no diplopia or glaucoma 無複視或青光眼

Mouth/teeth 口/牙: grinding teeth 磨牙 / clenching jaw 下巴鬆弛 / temporomandibular joint pain(TMJ)顳頷關節痛 / no grinding teeth or TMJ tenderness 無磨牙或顳頷關節痛.

Cardiovascular 心血管: chest pain 胸痛 / murmur 心臟雜音 / palpitation 心悸 / no chest pain or palpitation 無胸痛或心悸

Respiratory 呼吸: cough 咳嗽 / shortness of breath 氣短 / asthma 哮喘 / no SOB or cough 無氣短或咳嗽

Gastrointestinal 胃腸: bowel incontinence 大便失禁 / diarrhea 腹瀉 / gastric acid reflux 反酸 / peptic ulcer disease 消化性潰瘍 / no gastric acid reflux or peptic ulcer disease 無反酸或消化性潰瘍

Urinary 泌尿: difficulty urinating 小便困難 / urinary incontinence 小便中斷 / kidney stone 腎結石 / no urinary difficulty or kidney stone 無小便困難或腎結石

Menstrual 月經: dysmenorrheal 月經不調 / perimenopausal 絕經期 / postmenopausal 絕經後 / post-hysterectomy 下腹子宮切除術 / no dysmenorrheal or other menstrual related problems 無月經或其他相關問題

Endocrine 內分泌: hypothyroidism 甲狀腺機能低下 / hyperthyroidism 甲狀腺機能亢進 / no hyper- or hypothyroidism 無甲亢或甲低

Musculoskeletal 肌肉骨骼: neck pain 頸痛 / back pain 背痛 / knee pain 膝痛 / ankle pain 踝關節痛 / no neck or back pain 無頸或背痛

Neurological 神經: seizure 癲癇 / syncope 昏厥 / head trauma 頭部創傷 / no seizure or syncope 無癲癇或昏厥

Psychological 精神: schizophrenia 精神分裂 / hallucination 幻覺 / no schizophrenia or hallucination 無精神分裂或幻覺

Sleep Quality 睡眠: snoring 打呼嚕 / sleep apnea 睡眠呼吸暫停 / feeling non-refreshed in morning 晨起感覺沒精力 / daytime somnolence or drowsiness 白天嗜睡或昏睡 / no sleep problems 無睡眠問題.

Patient's Signature 病人簽名: _____ **Date 日期:** _____



California Headache and Pain Center
加州頭痛疼痛治療中心

关于“迟到，不出现，当天最后一刻取消预约” 的重要通知

每个病人都有平等的权利可以及时地看医生，如果您“迟到，不出现，当天最后一刻取消”您的预约，会严重影响其他病人，绝对不可接受。

___ 我知道如果我迟到了，我不会被看到，反复迟到会导致不允许提前预约。

___ 我明白重复的“不出现”会导致不允许提前预约。

___ 我明白，重复的“当天最后一刻取消”将导致不允许提前预约。

___ 我明白，如果我不能按照办公室的规定，我会被安排在候诊名单上，或者打电话拿同一天的预约，不会有保证的预约。

病人的名字_____

病人的签名_____

日期_____

Address: 420 W. Las Tunas Drive, San Gabriel, CA 91776. Tel: (626) 457-1688 Fax: (626) 457-1638 Web: www.chpci.com

Headache 頭痛 Neck pain 頸痛 Back pain 背痛 Orofacial Pain 面頰關節痛 Sleep Medicine 睡眠醫學
Spine injection 神經阻斷 Botulinum toxin injection 物理治療 Pain psychotherapy 生物反饋 Acupuncture 針灸

福利和发布的分配

- I. 我证明我和/或我的受抚养人有_____的保险。我授权保险福利直接支付给California Headache和Pain Ctr, Inc。以获取任何程序/医疗服务。
- II. 我理解将我的医疗保健信息发布到我的保险中，目的是向California Headache和Pain Ctr付款。 Inc.提供的服务。

隐私惯例通知

- I.我收到了加州头痛和疼痛中心公司和加州头痛和疼痛专家的副本，公司的隐私惯例通知。
- II. 我了解加州头痛和疼痛中心公司应用电子病历系统，我的记录可以存储在加利福尼亚州内外，其最大隐私保护符合加州HIPPA法律。

打印名称_____

患者签名_____

日期_____



California Headache and Pain Center
加州頭痛疼痛治療中心

Important notice regarding “being late, no show, same day last minute cancellation”

Every patient has the equal right to be seen on time and earliest possible, “being late, no show, same day last minute cancellation” seriously affecting the other patients and are absolutely not accepted.

_____ I understand that I will not be seen if I am late for the appointment, repeated tardiness will result in no advanced appointment allowed.

_____ I understand that repeated “no show” will result in no advanced appointment allowed.

_____ I understand that repeated “same day last minute cancellation” will result in no more advanced appointment allowed.

_____ I understand that if I cannot follow the office rule, I will be placed on waiting list or have to call for the same day opening, no appointment is guaranteed.

Patient's name _____

Patient's signature _____

Date _____

Address: 420 W. Las Tunas Drive, San Gabriel, CA 91776. Tel: (626) 457-1688 Fax: (626) 457-1638 Web: www.chpci.com

Headache 頭痛 Neck pain 頸痛 Back pain 背痛 Orofacial Pain 面頰關節痛 Sleep Medicine 睡眠醫學
Spine Injection 脊椎注射 Nerve block 神經阻斷 Botulinum toxin injection 肉毒桿菌素注射 Physical therapy 物理治療 Pain psychotherapy 疼痛心理治療 Biofeedback 生物反饋 Acupuncture 針灸



OFFICE FOR CIVIL RIGHTS

您的健康資訊隱私權

我們大多數人認為自己的健康資訊屬於隱私且應當受到保護。正因如此，聯邦法律對健康照護提供者及健康保險公司作出了規定，其中涉及誰可以查看及接收我們的健康資訊。該項法律稱為 Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)，賦予您對自己健康資訊的權利，包括獲取一份您的資訊副本、確保其正確性以及知道誰曾經查看過這些資訊的權利。

獲取資訊。

您可以提出查看或獲取您的醫療記錄及其他健康資訊之副本。如果您想要一份副本，您可能需要書面提出要求並支付複印及郵寄費用。在多數情況下，必須在 30 天之內向您提供該副本。

檢查資訊。

您可以提出更改自己檔案中的錯誤資訊，或者如果您認為有內容遺漏或不完整，可補充相應資訊。例如，如果您與您所在醫院都同意您的檔案中含有錯誤的檢驗結果，則醫院必須對此作出更改。即使醫院相信檢驗結果是正確的，您仍然有權利在檔案中註明您的異議。在多數情況下，檔案應在 60 天內得到更新。

瞭解誰曾經查看。

依照法律，您的健康資訊可以因與您的護理沒有直接關係的特定原因而供他人使用和共享，比如確保醫生實施良好的照護、確保老年照護院是乾淨和安全的、當您所在區域發生流感時進行報告，或者根據州或聯邦法律的要求進行報告。在許多此類情況下，您可以查到有哪些人查看過您的健康資訊。您可以：

- **瞭解您的醫生或健康保險業者如何使用及分享您的健康資訊。**一般而言，在未得到您許可的情況下，您的健康資訊不得被用於與您的照護沒有直接關聯的目的。例如，若未獲得您的書面授權，您的醫生不得將您的健康資訊提供給您的雇主，或出於諸如行銷及廣告目的進行分享。當您首次前往新的健康照護提供者就診或者當您獲得新的健康保險時，可能會收到關於您的健康資訊可能被如何使用的通知，不過您也可以在任何時候索取另一副本。
- **如果您有不希望分享某些資訊，請告知您的提供者或健康保險公司。**您可以提出不要與某些特定的人、團體或公司分享您的健康資訊。例如，當您前往診所時，您可以要求醫生不要與診所裡的其他醫生或護士分享您的醫療記錄。如果您獨自全額支付您的護理或藥物費用，而無需讓您的保險公司代為向提供者或藥房支付費用，則您還可以要求您的健康照護提供者或藥房不要與您的健康保險公司分享您所接受之照護或使用的藥物。最後，您也可以提出其他限制要求，但他們不一定會同意按照您的要求做，特別是當這些要求可能會對您的照護造成影響時。

- **要求在住家以外的地方接受聯系。**您可以合理地要求在不同的地方或以不同方式接受聯系。例如，您可以要求護士致電您的辦公室，而不是您的住家，或者以信封形式向您郵寄，而不是以明信片方式。

如果您認為自己的權利被否認或者您的健康資訊未得到保護，您有權向您的提供者、健康保險業者或 U.S. Department of Health and Human Services 提出投訴。

要進一步瞭解您的健康資訊隱私權，請造訪 www.hhs.gov/ocr/privacy。



For more information, visit www.hhs.gov/ocr.

U.S. Department of Health & Human Services
Office for Civil Rights