



361 Hospital Road, Suite 333
Newport Beach, CA 92663
Tel: (949) 642-8727 Fax: (949) 642-5413


Initial Consultation Checklist

患者初診清單

請仔細查閱

請在見醫生前準備好以下項目

新患者信息登陸：請使用預約時候的我們提供給您的用戶 ID 和臨時密碼登陸並完成所需信息。請登陸我們的網站：www.socalfertility.com 點擊綠色的 NEW PATIENT PORTAL 按

鈕  完成患者病史。請在和 Dr. Anderson 見面前完成。

醫療記錄發送請求：請盡快填寫簽名發送給我們，我們會在您的授權下從您之前的醫生那裏獲取您的病歷。Dr. Anderson 在見您之前需要看您的所有病歷。

保險卡：請盡快將您保險卡的正反面復印給我們。
我們會在您預約日期前幫您查驗您的保險報銷政策。沒有您的保險卡復印件我們無法幫您查獲保險覆蓋範圍。如果您的保險不覆蓋，您的首診費用將是\$250。注意：為了能更全面的了解您的保險覆蓋範圍，我們建議您聯系您的保險公司查獲您的保險關於不孕不育治療的報銷政策。

轉診授權（針對 HMO 計劃）
在您預約醫生前請出示您的轉診授權。請在預約前提供授權的確認號碼以及授權的復印件。

收費政策，患者協議書，健康保險隱私權通知書
請在預約前閱讀這些表格後簽字並傳真或回復郵件。

請在您預約日期前 3 天盡快將如上信息發給我們診所。如果您未能掃描或傳真回患者表格或者未能完成患者信息登陸，請您帶著填寫好的表格在預約時間提前 20 分鐘到。如果您的保險報銷政策未能及時確定是否覆蓋此次治療，您需要在當天支付本次診費。

謝謝！

Email and SMS (text) Correspondence Consent

電子郵件和短信通信同意書

我理解未加密的電子郵件和短信不是安全的通信形式。有一定的風險，電子郵件或短信傳送過程中的個人健康信息和其他敏感或機密信息可能會被誤導，公開或由未經授權的第三方截獲。我理解，SCCRM 和 OVAGEN 會以最小的必要性通過電子郵件或短信相傳遞受保護的健康信息。

以下我同意: (僅選擇一項)

- 我同意並接受接收信息的風險，因為它涉及到以後的治療。這也可以包括預約確認，一般的通信，和有關 SCCRM 和 OVAGEN 的信息。我可以在任何時候撤銷我的同意

我的電子郵箱: _____

- 我同意只通過電子郵件或短信接收預約提醒。我明白我可以隨時撤回我的同意

我的電子郵箱: _____

- 我不同意接收通過電子郵件或 SMS 信息的任何信息。我理解我可以將來改變我的主意，稍候再提供同意書

患者姓名: _____

簽字: _____

配偶姓名: _____

簽字: _____



Robert E. Anderson

**361 Hospital Road, Suite 333
Newport Beach, CA 92663
Tel: (949) 642-8727 Fax: (949) 642-5413**

Financial Policy

收費政策

所有治療費和手術費用需要在接受治療或手術時付清。如果您登記在與 Dr. Anderson 簽約的健康計畫中，所有的服務以優惠價直接計費至您的健康計畫中。您的不孕不育治療總共的費用在您接受治療前必須付清。一些不享受優惠價的治療在接受治療前必須付清。您的保險政策是您和您保險公司之前的合同，我們沒有參與在您的合同中。我們寄帳單給您的保險，但是，若您的保險未能支付您將付的保險不覆蓋的部分。

Bristol Park Medical Group 和 Greater Newport Physicians 的成員在初診諮詢時，需要攜帶證明。同時，將來所有的治療需要被獨立醫師協會（IPA）提前授權。沒有受到預先得到授權或不在優惠價之內的治療需要會員自己承擔費用。請在接受新的治療之前與辦公室人員聯繫以確保已經獲得授權。

您有責任知道您不孕不育治療的優惠。

每個月都會有費用詳情寄至所有的患者。

我們的辦公室接受現金，個人支票，可刷卡：Visa，MasterCard，American Express 和 Discover。所有退回的支票會被收取每張\$25 的費用。我們也提供貸款，有關詳情請聯繫計費部門。

收費標準可根據要求提供。

感謝您對我們收費政策的理解。如果有任何疑問請及時通知我們。

我理解並且同意收費政策。

患者或責任人簽名

日期

共同責任人簽名

日期

361 Hospital Road, Suite 433
Newport Beach, CA 92663
Ph: (949) 642-5954 Fax (949) 642-2954

Financial Policy 收費政策

所有治療費和手術費用需要在接受治療或手術時付清。如果您登記在與 Dr. Anderson 簽約的健康計畫中，所有的服務以優惠價直接計費至您的健康計畫中。您的不孕不育治療總共的費用在您接受治療前必須付清。一些不享受優惠價的治療在接受治療前必須付清。您的保險政策是您和您保險公司之前的合同，我們沒有參與在您的合同中。我們寄帳單給您的保險，但是，若您的保險未能支付您將付的保險不覆蓋的部分。

Bristol Park Medical Group 和 Greater Newport Physicians 的成員在初診諮詢時，需要攜帶證明。同時，將來所有的治療需要被獨立醫師協會（IPA）提前授權。沒有受到預先得到授權或不在優惠價之內的治療需要會員自己承擔費用。請在接受新的治療之前與辦公室人員聯繫以確保已經獲得授權。

您有責任知道您不孕不育治療的優惠。

每個月都會有費用詳情寄至所有的患者。

我們的辦公室接受現金，個人支票，可刷卡：Visa，MasterCard，American Express 和 Discover。所有退回的支票會被收取每張\$25 的費用。我們也提供貸款，有關詳情請聯繫計費部門。

收費標準可根據要求提供。

感謝您對我們收費政策的理解。如果有任何疑問請及時通知我們。

我理解並且同意收費政策。

患者或責任人簽名

日期

共同責任人簽名

日期



Robert E. Anderson

361 Hospital Road, Suite 333
Newport Beach, CA 92663
Tel: (949) 642-8727 Fax: (949) 642-5413

HIPAA Notice of Privacy Practices 健康保險隱私權及責任法案關於隱私規定的通知

Southern California Center for Reproductive Medicine

南加州生殖醫學中心

本通知描述了本研究所將如何使用以及保護有關您和您家人的健康資訊，以及如何可以訪問您的個人健康資訊。請仔細閱讀本通知。

該隱私權規定通知描述了我們如何使用以及透漏您受保護的個人健康資訊（PHI）來進行治療，付款或經過法律允許或要求的醫療操作。它也描述了您訪問以及控制您個人的 PHI 的權利。PHI 是關於您的資訊，它包括了人口統計資訊，也就是包含您的過去，現在或將來的身體或心理健康資訊以及醫療服務資訊。

1. 使用及透露受健康資訊

使用及透露受健康資訊

您的健康資訊可能被使用或透露通過您的醫生，我們的辦公室員工或者其他為您進行醫學治療人用於為您進行醫療或者支付醫療帳單，手術治療，以及其他被法律要求的方面。

治療：我們將會使用及透露您的健康資訊用於提供、協調或管理您的健康護理及相關的服務。這包括與第三方協調或管理您的健康護理工作。例如，您的健康資訊可能被提供給醫生，醫生有了必要的健康資訊可以為您診斷及治療。

付款：在對您的醫療服務進行付款時將必須使用到您的健康資訊。例如，在醫院住院時必須要提供及透露您相關的個人健康資訊給醫院才能獲得醫院的停留許可。

醫療經營：我們可能或在需要時使用或透露您的個人健康資訊來支持我們醫生實踐過程中的一些商業行為。這些行為包括但不局限於：品質評估行為，員工回顧行為，訓練醫學生，頒發執照，以及進行安排其他的商業活動。例如，我們也許會透露您的個人健康資訊給在我們辦公室接診病人的醫學生。另外，當醫生準備好為您接診我們會在要求您在就診時在簽到表格簽您的名字，我們會叫您的名字當您在我們的等候室時。當為您進行預約時，我們需要您的個人健康資訊。

我們也許會在未獲得您授權時使用或透露您的健康資訊在以下情況下：法律要求的情況下，法律規定的公共健康問題，傳染病，衛生監督，虐待或忽視，國家藥品食品監督管理局要求，合法程式，法律強制，驗屍官，殯儀館館長，器官捐獻，研究，犯罪行為，軍事及國家安全行為，工人賠償，囚犯，根據法律要求使用及透露個人健康資訊，當被健康與人類服務部門秘書要求調查，確定我們必須遵守第 164.500 的要求，我們會使用及透漏您的健康資訊。

其他許可和要求使用及透露：我們會取得您的同意，授權或者除非法律規定的有機會反對的情況下。

您可以吊銷這個授權，在任何時間，以書面形式，除了您的醫生或醫生的相關研究正在根據您的授權使用該授權。

您的權利：

以下是您享有的權利

您有權力檢查和複印您的個人健康資訊。根據聯邦法律，您不可檢查或者複印以下的紀錄：心理治療紀錄；合理時間的編譯資訊，或使用於民事、刑事、或行政行動或訴訟，而且受保護的健康資訊在此期間受法律約束禁止訪問。

您有權力要求對您的個人健康資訊進行限制。這意味著您可以要求我們不使用或透露您個人健康資訊的任何部分在您治療或付款或醫療經營期間。您也可要求我們不透露您的個人健康資訊給您的家人，朋友。您的要求必須提出具體的限制對誰您想要進行限制。

您的醫生無須同意您要求的限制。如果您的醫生認為您可以個人喜好允許使用和透露您的個人健康資訊，您的個人健康資訊將不會被限制。您仍有權利找另一個醫生進行專業醫學治療。

您有權力要求我們對您進行保密聯繫的方式，您有權要求我們與您交流的過程按照您指定的替代方式在您指定的替代地點進行。根據要求，您即使已經同意本通知（或電子檔），您仍有權保留此通知的影本。

您有權力要求您的醫生為您修改您的個人健康資訊。如果我們拒絕您的要求，您有權力對我們起草不同意的聲明，我們會準備好對您聲明的反駁，同時會提供給您所有反駁材料的影本。

您有權力收到確定被我們透露的您的個人受保護的健康資訊的敘述單，如果您的個人健康資訊被我們透露。

我們保留修改該條款的權力，並且如有改動，我們會以郵件通知您如本通知您有權反對或撤回。

投訴

您也可以向健康和人類服務秘書投訴我們如果您認為您的隱私權受到了我們侵犯。您可以通知我們的隱私連絡人與我們一起寫投訴檔。**我們不會因寫投訴的事情而對您進行報復。**

本通知被公佈即日生效於 **2003年4月14日**。

法律要求我們保護維護隱私權，該通知是我們的法律責任，同時隱私規定尊重受保護的健康資訊。如果您對此通知書有任何異議，請打電話聯繫我們的辦公室H I P P A工作人員，或撥打我們的主要電話。

如下的簽名承認您接受我們的隱私規定的通知：

姓名：_____ 簽名：_____ 日期：_____

HIPAA Notice of Privacy Practices

健康保險隱私權及責任法案關於隱私規定的通知

本通知描述了本研究所將如何使用以及保護有關您和您家人的健康資訊，以及如何可以訪問您的個人健康資訊。請仔細閱讀本通知。

該隱私權規定通知描述了我們如何使用以及透漏您受保護的個人健康資訊（PHI）來進行治療，付款或經過法律允許或要求的醫療操作。它也描述了您訪問以及控制您個人的 PHI 的權利。PHI 是關於您的資訊，它包括了人口統計資訊，也就是包含您的過去，現在或將來的身體或心理健康資訊以及醫療服務資訊。

1.使用及透露受健康資訊

使用及透露受健康資訊

您的健康資訊可能被使用或透露通過您的醫生，我們的辦公室員工或者其他為您進行醫學治療人用於為您進行醫療或者支付醫療帳單，手術治療，以及其他被法律要求的方面。

治療：我們將會使用及透露您的健康資訊用於提供、協調或管理您的健康護理及相關的服務。這包括與第三方協調或管理您的健康護理工作。例如，您的健康資訊可能被提供給醫生，醫生有了必要的健康資訊可以為您診斷及治療。

付款：在對您的醫療服務進行付款時將必須使用到您的健康資訊。例如，在醫院住院時必須要提供及透露您相關的個人健康資訊給醫院才能獲得醫院的停留許可。

醫療經營：我們可能或在需要時使用或透露您的個人健康資訊來支持我們醫生實踐過程中的一些商業行為。這些行為包括但不局限於：品質評估行為，員工回顧行為，訓練醫學生，頒發執照，以及進行安排其他的商業活動。例如，我們也許會透露您的個人健康資訊給在我們辦公室接診病人的醫學生。另外，當醫生準備好為您接診我們會在要求您在就診時在簽到表格簽您的名字，我們會叫您的名字當您在我們的等候室時。當為您進行預約時，我們需要您的個人健康資訊。

我們也許會在未獲得您授權時使用或透露您的健康資訊在以下情況下：法律要求的情況下，法律規定的公共健康問題，傳染病，衛生監督，虐待或忽視，國家藥品食品監督管理局要求，合法程式，法律強制，驗屍官，殯儀館館長，器官捐獻，研究，犯罪行為，軍事及國家安全行為，工人賠償，囚犯，根據法律要求使用及透露個人健康資訊，當被健康與人類

服務部門秘書要求調查，確定我們必須遵守第 164.500 的要求，我們會使用及透漏您的健康資訊。

其他許可和要求使用及透露：我們會取得您的同意，授權或者除非法律規定的有機會反對的情況下。

您可以吊銷這個授權，在任何時間，以書面形式，除了您的醫生或醫生的相關研究正在根據您的授權使用該授權。

您的權利：

以下是您享有的權利

您有權力檢查和複印您的個人健康資訊。根據聯邦法律，您不可檢查或者複印以下的紀錄：心理治療紀錄；合理時間的編譯資訊，或使用於民事、刑事、或行政行動或訴訟，而且受保護的健康資訊在此期間受法律約束禁止訪問。

您有權力要求對您的個人健康資訊進行限制。這意味著您可以要求我們不使用或透露您個人健康資訊的任何部分在您治療或付款或醫療經營期間。您也可要求我們不透露您的個人健康資訊給您的家人，朋友。您的要求必須提出具體的限制對誰您想要進行限制。

您的醫生無須同意您要求的限制。如果您的醫生認為您可以個人喜好允許使用和透露您的個人健康資訊，您的個人健康資訊將不會被限制。您仍有權利找另一個醫生進行專業醫學治療。

您有權力要求我們對您進行保密聯繫的方式，您有權要求我們與您交流的過程按照您指定的替代方式在您指定的替代地點進行。根據要求，您即使已經同意本通知（或電子檔），您仍有權保留此通知的影本。

您有權力要求您的醫生為您修改您的個人健康資訊。如果我們拒絕您的要求，您有權力對我們起草不同意的聲明，我們會準備好對您聲明的反駁，同時會提供給您所有反駁材料的影本。

您有權力收到確定被我們透露的您的個人受保護的健康資訊的敘述單，如果您的個人健康資訊被我們透露。

我們保留修改該條款的權力，並且如有改動，我們會以郵件通知您如本通知您有權反對或撤回。

投訴

您也可以向健康和人類服務秘書投訴我們如果您認為您的隱私權受到了我們侵犯。您可以通知我們的隱私連絡人與我們一起寫投訴檔。我們不會因寫投訴的事情而對您進行報復。

本通知被公佈即日生效於2003年4月14日。

法律要求我們保護維護隱私權，該通知是我們的法律責任，同時隱私規定尊重受保護的健康資訊。如果您對此通知書有任何異議，請打電話聯繫我們的辦公室H I P P A工作人員，或撥打我們的主要電話。

如下的簽名承認您接受我們的隱私規定的通知：

姓名：_____ 簽名：_____ 日期：_____



361 Hospital Road, Suite 433
Newport Beach, CA 92663
Ph: (949) 642-5954 Fax (949) 642-2954

醫患信息披露表格

Robert E. Anderson, M.D.

“醫生”

由於您和醫生之間的醫患關係，醫生也許需要將您介紹到位於 361 Hospital Road, #433, Newport Beach, CA 92663 的 FPG Labs of Newport, LLC d/b/a Ovagen Fertility 實驗室，這個實驗室是進行輔助生育技術的實驗室。

因此，醫生特此告知您醫生在 FPG Labs of Newport, LLC d/b/a Ovagen Fertility 實驗室擁有股份並且承擔著該輔助生育技術實驗室的管理工作。

您有權利獲取醫生在任何地址的實驗室，緊急手術中心，醫院，您選擇的醫生以及 FPG Labs of Newport, LLC d/b/a Ovagen Fertility 為您提供治療的健康護理條款以及服務信息。

我，作為如下簽字的患者，已經從醫生那裏收到了醫患信息披露表格，並且理解以上內容。醫生在介紹我到 FPG Labs of Newport, LLC d/b/a Ovagen Fertility 實驗室之前就提供給我醫患信息披露表格。

日期： _____

患者簽字： _____

患者姓名： _____

家庭住址： _____

聯繫電話： _____



Robert E. Anderson

361 Hospital Road, Suite 333
Newport Beach, CA 92663
Tel: (949) 642-8727 Fax: (949) 642-5413

非常重要！！

州政府規定

傳染病篩查

根據加州政府規定，您和您配偶在開始治療之前我們需要獲得您的傳染病檢測報告。

因此，我們會要求您和您配偶在第一次和醫生見面當天抽血，這樣可以讓您盡快開始治療。

感謝您的合作。

Annamarie Santana

经理



女性健康針灸

- 經期前綜合癥
- 不孕不育
- 低性欲
- 子宮內膜異位癥/痛經
- 月經推遲
- 多囊卵巢綜合征
- 情緒低落
- 情緒波動
- 焦慮和/或驚恐
- 失眠
- 頭痛和偏頭痛
- 顫下頷關節疼痛
- 頸部和肩部的緊張
- 便秘
- 肌肉疼痛
- 糖尿病
- 圍絕經期和絕經期的綜合癥
- 甲狀腺功能減退
- 激素相關的痤瘡和皮膚狀況
- 腸道過敏綜合征等消化系統疾病



針灸對生育治療的好處

- 調節月經周期
- 提高精子的數量和活力
- 減少與不孕有關的壓力和焦慮
- 激素和內分泌系統正常化
- 提高子宮血流量
- 減少流產的機率
- 增加婦女懷孕的機率
- 與試管嬰兒結合治療 (IVF)



如需預約請聯系： 949-642-8727