

健康概况

您是否受到以下健康问题的困扰？（请打勾）

哮喘 癫痫症 中风或小中风（TIA）

心脏问题： 否 是，（曾）有以下健康问题：

心力衰竭 心绞痛/胸痛 心脏支架/搭桥手术 心脏起搏器

糖尿病： 否 是，目前控制手段：

控制饮食 药物 注射胰岛素

DVT/PE（腿部或肺部有填充物）： 否 是 多久之前？_____

您现在是否吸烟？ 是 您每天抽几支烟？_____

否；如果您以前抽烟，您是何时戒烟的？_____

您是否饮酒？ 否 是 饮酒频率？_____

您是否正在服用任何血液稀释药物？ 否 是（请打勾）

阿司匹林（Cartia） Clopidogrel/Plavix Warfarin 其他_____

请列出您正在服用的药物（包括口服避孕药和中草药）

您是否对胶乳 / 乳胶手套过敏？ 否 是

您是否有其他过敏症状？ 否 是；请列明_____

临床造影

临床造影是高端健康护理中的重要部分。林医生通常会保存患者的临床造影照片，以记录您的治疗进程和恢复情况，对专业人士和其他患者也有一定参考价值。造影照片是您私密医疗记录的一部分，我们会根据联邦和州法律妥善保管。除了作为医疗记录之外，您的造影照片将一律消除可识别信息，您的姓名和个人信息不会显示。

***如果您不同意在治疗内包含临床造影，请告知我们的工作人员。**

隐私声明

为了遵守联邦和维州的隐私法律，我们需要您授权我们收集您的个人信息。信息收集是为了提供更好的医疗服务，对行政归档和支付账单也很必要。您的信息可能会告知其他医疗相关的第三方，包括但不限于其他主治医师、医院、医疗服务提供者、医疗诊断方以及您的家庭/转诊医生。

我已经阅读过以上信息，授权林医生为医疗目的收集我的个人信息。

患者签名_____ 日期_____

患者姓名（请工整书写）_____

他人代写请注明您和患者的关系_____