登記表
Sign-up form

選擇醫療計劃或選擇交費服務

個案號碼		
案主姓名		
案主地址		
所在市縣	州	郵遞區號

1. 挑選您的醫療計劃。填寫此表來選擇一項醫療計劃或者交費服務。

- **請閱讀此文件包中的藍色資料紙，**以便更好的了解管理型保健與交費服務的差別。該信息在藍色紙的正面及反面。
- **請閱讀此文件包中的綠色資料紙，**以便更好的了解您所在地區的醫療計劃。您那裡也許有一個以上醫療計劃，那麼文件包裡就會有一張以上綠色資料紙。
- **每張資料紙上都有電話號碼，有什麼問題，請打電話。**
- **如果您想選擇某一醫療計劃並且想選用幾位醫生，**請打電話給他們，看他們是否是屬于“健康選擇”醫療計劃。加入某一醫療計劃後，您只能用那些屬于該計劃的醫生。您可從此表背面所列名單中選擇您想使用的醫生。
- **如果您挑選交費服務並且想選用幾位醫生，**請打電話給他們，看他們是否願意接受您的醫療身份證並且把您的醫療保健賬單寄給“醫療補助”計劃。有許多醫生不接受交費服務。但如果您選擇交費服務，則不必填寫此表背面第3項。

請在一個方塊上作出記號來表明您將如何選擇您自己的和列在您的醫療身份證上的其他人的醫療保健。

☐ **醫療計劃** _____ ☐ **交費服務**

寫上醫療計劃的名稱
(請在這包文件的綠紙上查看醫療計劃的名稱)。

2. 您的醫療身份證上所列人員中是否有任何人懷孕?

您，或列在您的醫療身份證上的其他任何人，是否懷孕?

☐ 沒有

☐ 是 → **誰懷孕了?** ***姓名：*** _____ ***預產期：*** _____

哪位醫生和醫療服務人員負責她的孕期檢查?

醫生姓名： _____ ***辦公室電話：*** _____

Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

請看背面 ►►

3. **如果您為您的醫療保健挑選了某一醫療計劃**，您將從此計劃中的一位醫護人員那裡得到大多數的或全部的醫療服務。這位醫護人員就是您的主治醫師，即為您提供主要醫療保健服務的醫師。 您的主治醫師可以是醫生，也可以是執業護士，或者是醫生助理。

如果您選擇了某一醫療計劃，您以及每一位列在您的醫療身份證上的人都可以選擇你們所願意的醫生作你們的主治醫師。如果您已經有了作您的主治醫師的人選而且知道他們是您選擇的醫療計劃的成員，請在下面寫下他們的姓名。

該醫療計劃會告訴您是否能使用您列在下面的醫生作您的主要醫師。如果您不在這張登記表上寫下這些主治醫師的姓名，您的醫療計劃將在您登記以後幫助您找一位主治醫師。

在您的醫療身份證上的人的姓名：	**您願意讓哪位醫生作此人的主治醫師?** (您列出的主治醫師人選都必須屬于此醫療計劃。如果您不是很清楚，請 給這些醫生打電話，問他們是否屬于您選擇醫療計劃。)	
	主治醫師姓名：	*辦公室電話：*
	主治醫師姓名：	*辦公室電話：*
	主治醫師姓名：	*辦公室電話：*
	主治醫師姓名：	*辦公室電話：*
	主治醫師姓名：	*辦公室電話：*
	主治醫師姓名：	*辦公室電話：*
如果您的醫療身份證上還有其他人，而沒有寫在這裡，請在另一長紙上寫下他們的姓名以及他們想使用的主治醫師的姓名。		

4. **有特別醫療保健需要的兒童。**

在您的醫療身份證上所列的兒童中，是否有哪位有特殊病症或發育問題?

☐ 沒有

☐ 有 → 請寫下該兒童(或若干兒童)的姓名及特殊病症。

_____

5. **請把此登記表寄來。** 當您把此表的兩面都填完後，請把它放在此文件包所附的回函信封裡給我們寄來(不需要貼郵票)。如果信封丟失了，請按此地址郵寄： Healthy Options, DSHS, PO Box 45505，Olympia WA 98504-5505.