

استمارة تسجيل المريض

تاريخ اليوم _____

معلومات الطفل / المريض (اطبع بوضوح)

الاسم الكامل _____ الجنس: ذكر / واو (ضع دائرة حول واحدة)

تاريخ الميلاد (الاثنين / يوم / سنة) _____ / _____ / _____ العمر _____ مستشفى الولادة _____

العنوان _____ المدينة ، الولاية ، الرمز البريدي _____

هاتف المنزل (____) _____ البريد الإلكتروني _____

الأشقاء (إن وجد)

الاسم _____ تاريخ الميلاد _____ / _____ / _____ الجنس: ذكر / أنثى (ضع دائرة حول واحدة)

الاسم _____ تاريخ الميلاد _____ / _____ / _____ الجنس: ذكر / أنثى (ضع دائرة حول واحدة)

الاسم _____ تاريخ الميلاد _____ / _____ / _____ الجنس: ذكر / أنثى (ضع دائرة حول واحدة)

• الضامن: اسم الوالد (الوالدين) لتلقي البيانات الورقية؟ - كلا الوالدين

- اسم الوالد المحدد _____

معلومات الوالد / الوصي

الاسم الكامل _____

M / F: تاريخ الميلاد _____ / _____ / _____ الجنس _____ - _____ - _____ SSN (ضع دائرة حول واحدة)

- حدد هنا إذا كان العنوان هو نفسه المريض. إذا كان مختلفاً ، يرجى ملء العنوان أدناه:

العنوان _____ C المدينة ، الولاية ، الرمز البريدي _____

الهاتف الخليوي (____) _____

البريد الإلكتروني _____

صاحب العمل _____ هاتف العمل (____) _____

معلومات الوالد / الوصي

الاسم الكامل _____

M / F: تاريخ الميلاد _____ / _____ / _____ الجنس _____ - _____ - _____ SSN (ضع دائرة حول واحدة)

- حدد هنا إذا كان العنوان هو نفسه المريض. إذا كان مختلفاً ، يرجى ملء العنوان أدناه:

العنوان _____ C المدينة ، الولاية ، الرمز البريدي _____

الهاتف الخليوي (____) _____

البريد الإلكتروني _____

صاحب العمل _____ هاتف العمل (____) _____

الاتصال بالطوارئ (عندما لا تنجح محاولات الوصول إلى الوالدين)

الاسم _____ العلاقة بالطفل _____

رقم الهاتف (____) _____

للاستخدام الجهة الرسمية فقط:

هاتف المطالبة

عنوان المطالبة

تاريخ النفاذ

الأولية معلومات التأمين (اطبع بوضوح)

شركة التأمين

نسخة / خصم

معرف المشترك

معرف المجموعة

معلومات صاحب السياسة الأساسية / المشترك

الاسم الكامل للمشارك

العلاقة مع المريض

M / F : تاريخ الميلاد / / الجنس - - SSN (ضع دائرة حول واحدة)

- حدد هنا إذا كان العنوان هو نفسه المريض. إذا كان مختلفاً ، يرجى ملء العنوان أدناه:

العنوان CITY ، الولاية ، الرمز البريدي

صاحب العمل

ثانوي معلومات التأمين (إذا كان قابلاً للتطبيق)

شركة نقل التأمين / النسخ / الخصم

معرف المشترك / معرف المجموعة

معلومات صاحب السياسة الأساسية / المشترك

الاسم الكامل للمشارك

العلاقة مع المريض

M / F : تاريخ الميلاد / / الجنس - - SSN (ضع دائرة حول واحدة)

- حدد هنا إذا كان العنوان هو نفسه المريض. إذا كان مختلفاً ، يرجى ملء العنوان أدناه:

العنوان المدينة ، الولاية ، الرمز البريدي

صاحب العمل

- نحن نعتبر كلا الوالدين مسؤولين بنسبة 100٪ عن القرارات الطبية والمسؤولية المالية. إذا كانت لديك مستندات تشير إلى خلاف ذلك ، فيرجى تزويدنا بنسخة.

- الدفع المشترك والخصومات مستحقة في وقت الخدمة.

- أفهم أنه من مسؤوليتي أن أكون على دراية بسياسات ومزايا وقيود خطة (خطط) التأمين الخاصة بطفلي. إذا كنت أرغب في تلقي علاج طبي لا تغطيه خطة التأمين الخاصة بي ، فأنا أفهم أنني مسؤول عن الدفع.

- أصرح بموجب هذا بالعلاج الطبي والإفصاح عن أي معلومات طبية ذات صلة بعلاج طفلي. أصرح أيضاً بدفع المزايا لشركة E. Thygeson MD, Inc. Jonathan

تاريخ

توقيع المريض أو الوصي

الاسم المطبوع للمريض أو الوصي

نموذج المسؤولية المالية للمريض

شكراً لاختيارك Jonathan E. Thygeson MD, Inc. كمزود للرعاية الصحية. نحن فخورون بك الاختيار وملتزمون بتزويدك بأعلى جودة رعاية صحية. نطلب منك قراءة هذا النموذج والتوقيع عليه للإقرار بفهمك لسياساتنا المالية الخاصة بالمرضى.

المسؤوليات المالية للمريض

- يتحمل المريض (أو الوصي على المريض ، إذا كان قاصراً) المسؤولية النهائية عن دفع تكاليف علاجه ورعايته.
- يسعدنا مساعدتك عن طريق إصدار الفواتير لشركات التأمين المتعاقدة معنا. ومع ذلك ، فإن المريض مسؤول عن تزويدنا بالمعلومات الأكثر صحة ومحدثة حول تأمينه ، وسيكون مسؤولاً عن أي رسوم يتم تكبدها إذا كانت المعلومات المقدمة غير صحيحة أو محدثة.
- يتحمل المريض (أو الوصي على المريض ، إذا كان قاصراً) مسؤولية دفع المدفوعات المشتركة والتأمين المشترك والخصومات وجميع الإجراءات أو العلاجات الأخرى التي لا تغطيها خطة التأمين الخاصة بهم. يحين موعد السداد في وقت تقديم الخدمة ، ومن أجل راحتك ، نقبل الدفع نقداً وبشيكات ومعظم بطاقات الائتمان الرئيسية في مكتبنا.
- قديتحمّل المريض (أو الوصي على المريض ، إذا كان قاصراً) ، ويكون مسؤولاً عن دفع رسوم إضافية وفقاً لتقدير شركة Inc ، Jonathan E. Thygeson MD. وقد تشمل هذه الرسوم (على سبيل المثال لا الحصر):
 - أ | تحصيل رسوم الشيكات المرتجعة.
 - أ | فرض رسوم على المواعيد الفائتة دون إشعار مسبق قبل 24 ساعة.
 - أ | يمكنك فرض رسوم على الاستشارات الهاتفية المكثفة و / أو المكالمات الهاتفية بعد ساعات العمل التي تتطلب التشخيص أو العلاج أو الوصفات الطبية.
 - أ | رسوم نسخ وتوزيع السجلات الطبية للمرضى. المسؤول عن إكمال النموذج الشامل.
 - أ | أي تكلفة مرتبطة بتحصيل أرصدة المرضى.

تصاريح المريض

- أفوض بموجب هذا لشركة Jonathan E. Thygeson MD, Inc. الأطباء والموظفين والمستشفيات المرتبطة بـ E. Thygeson MD, Inc. للإفصاح عن المعلومات الطبية وغيرها من المعلومات التي تم الحصول عليها أثناء الفحص و / أو العلاج (مع الاستثناءات المنصوص عليها أدناه) لشركات التأمين الضرورية و / أو جهات الدفع الخارجية و / أو الأطباء أو كيانات الرعاية الصحية المطلوبة للمشاركة في رعايتي.
- بتوقيعي أدناه ، أفوض موظفي شركة Jonathan E. Thygeson MD, Inc. للتواصل عبر البريد و / أو الرد على رسالة الجهاز و / أو البريد الإلكتروني وفقاً للمعلومات التي قدمتها في معلومات تسجيل المريض.

تاريخ

توقيع المريض أو الوصي

التنازل عن تصاريح المريض

لأرغب في الإفصاح عن المعلومات وأفضل الدفع وقت تقديم الخدمة و / أو أن أكون مسؤولاً بالكامل عن دفع الرسوم وتقديم مطالبات إلى التأمين وفقاً لتقديري.

تاريخ

توقيع المريض أو الوصي

إشعار بممارسات الخصوصية لإقرار المريض

تدرك ممارستنا وتحترم حقيقة أن جميع مرضى Jonathan E. Thygeson MD, Inc لهم الحق في ذلك فحص والحصول على نسخة من معلوماته الصحية المحمية (PHI).
بموافقي، يجوز لشركة Jonathan E. Thygeson MD, Inc استخدام والإفصاح إلى أي مقدم رعاية صحية أو مرافق رعاية صحية أو العمليات التابعة والأعمال التجارية أو الكيانات العامة عن أي معلومات صحية صحية عني (إذا كنت متحرراً أو بالسن القانوني) أو طفلي من أجل تقديم الرعاية والعلاج لطفلي أو لطفلي، وفواتير التأمين عن الرسوم الناتجة وتحصيل المدفوعات من جميع الأطراف المسؤولة.

لدي الحق في مراجعة إشعار ممارسات الخصوصية في أي وقت.
بموافقي، يجوز لشركة Jonathan E. Thygeson MD, Inc الاتصال بمنزلي أو أي موقع محدد آخر وترك رسالة على بريدي الصوتي أو هاتفي الخليوي أو تبادل الرسائل أو جهاز الرد على المكالمات أو شخصياً للإشارة إلى أي عناصر تساعد في هذه الممارسة لإجراء العلاج، والدفع، وعمليات الرعاية الصحية الأخرى، مثل تذكيرات المواعيد، وعناصر التأمين، وعناصر الدفع، وأي مكالمات تتعلق بالرعاية السريرية لطفلي (إذا كنت متحرراً أو في السن القانونية) أو الرعاية السريرية لطفلي، بما في ذلك النتائج والمعلومات المختبرية، من بين الآخرين.

بموافقتي، قد ترسل شركة Jonathan E. Thygeson MD, Inc بريداً إلى منزلي أو أي موقع آخر محدد العناصر التي تساعد الممارسة في إجراء العلاج، والدفع، وعمليات الرعاية الصحية الأخرى، مثل بيانات المريض والمعلومات الأخرى المتعلقة بي (إذا كنت متحرراً أو بالسن القانوني) أو الرعاية الصحية لطفلي طالما تم وضع علامة "شخصية وسرية" عليها.

بموافقي، يجوز لشركة Jonathan E. Thygeson MD, Inc إرسال أي معلومات تتعلق بي (إذا تم تحريرها أو السن القانوني) أو الرعاية الصحية لطفلي وعلاجه ودفعه وتحديد موعد معي. لدي الحق في مطالبة شركة E. Thygeson MD, Inc بتقييد كيفية استخدام الممارسة والكشف عن معلومات الرعاية الصحية الخاصة بي أو لطفلي من أجل إجراء العلاج أو الدفع. ومع ذلك، فإن الممارسة ليست مطلوبة للموافقة على القيود التي طلبتها، ولكن إذا فعلت ذلك، فهي ملزمة بهذه الاتفاقية.

من خلال التوقيع على هذا النموذج، أوافق على استخدام Jonathan E. Thygeson MD, Inc لاستخدام معلوماتي الصحية المحمية والكشف عنها لإجراء العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية الأخرى. يجوز لي إلغاء موافقتي كتابياً إلا بالقدر الذي تكون فيه الممارسة قد كشفت بالفعل اعتماداً على موافقتي المسبقة. إذا لم أوقع على هذه الموافقة، فقد ترفض شركة E. Thygeson MD, Inc تقديم العلاج لطفلي.

تاريخ

توقيع المريض أو الوصي

الاسم المطبوع للمريض أو الوصي

تاريخ الميلاد

اسم الطفل / المريض



Consent to Receive Text Message Appointment Reminders

By signing below, I authorize Sutter Health and its affiliates to contact me by automated SMS text message for appointment reminders.

I understand that message/data rates may apply to messages sent by Sutter Health or its affiliates under my cell phone plan.

My text/mobile phone number is: () _____ Patient Initials

I know that I am under no obligation to authorize Sutter Health or its affiliates to send me text messages. I may opt-out of receiving these communications at any time by calling the Service Desk @ (877) 607-6484, or by responding STOP to 622622. Please allow 2-3 business days for processing.

I understand that text messaging is not a secure format of communication. There is some risk that individually identifiable health information or other sensitive or confidential information contained in such text may be misdirected, disclosed to or intercepted by unauthorized third parties. Information included in text messages may include your first name, date/time of appointments, name of physician, and physician phone number, or other pertinent information.

By signing below, I indicate I am the primary user for the mobile phone number listed above, I accept the risk explained above and consent to receive text messages via automated technology from Sutter Health and its affiliates to the phone number that I have provided.

Patient Name: _____ DOB: _____

Signature: _____
(Patient/legal representative) (Relationship if other than Patient)

Printed Name: _____ Date: _____
(Legal representative)

Fax: Patient Services Contact Center
Attn: My Health Online, (877) 607-6484

Mail: Patient Services Contact Center
Attn: My Health Online
P.O. Box 255386
Sacramento, CA 95865-5386

نموذج الموافقة على إصدار السجلات الطبية

اسم المريض _____ تاريخ الميلاد _____
هاتف المنزل (____) _____ الهاتف الخليوي (____) _____

بموجب هذا أفوض / أطلب الإفراج عن سجلاتي الطبية:

الاستلام من:

اسم المعهد / اسم الطبيب _____

ارسل إلى:

اسم المعهد / اسم الطبيب _____

تبوك _____ تبوك _____

رقم المكتب (____) _____ رقم المكتب (____) _____

رقم الفاكس (____) _____ رقم الفاكس (____) _____

نوع المعلومات:

مواعيد العلاج _____

المعلومات التي سيتم نشرها: - سجلات التحصين - سجلات طبية كاملة -

- بريد - يلتقط

تعليقات للطبيب:

تاريخ

توقيع المريض أو الوصي

الاسم المطبوع للمريض أو الوصي

للإستخدام الجهة الرسمية فقط:

\$ المدفوع _____
التاريخ _____
- نفوس الدفع _____
- يفحص _____
- بطاقة الائتمان _____
المرجعي # _____

رسوم السجلات الطبية:

* رسوم بيانية تتجاوز 30 صفحة ، ترسل عبر قرص مضغوط أو بريد

- 50.00 دولار - للرسم البياني الكامل (ليس المريض الحالي) 10.00
- دولارات - لسجلات التحصين فقط في المخزن 25.00 دولاراً - للرسم
- البياني الكامل في المكتب (10-100 صفحة) 10.00 دولارات
- مخططات ملحمية / المرضى الحاليين

أمريكان ريفر لطب الأطفال والمراهقين

جوناثان ثيجيسون ، دكتوراه في الطب

ماركيتا ليجر ، دكتوراه في الطب

فيليب تراكوير ، دكتوراه في الطب

اتفاقية DTaP

تاريخ: _____

اسم المريض: _____

تاريخ الميلاد: _____

اسم (أسماء) ولي الأمر يفهم أن American River Pediatrics تتطلب أن يحصل المرضى على **لقاحات DTaP** وفقاً لجدول لقاحات الأطفال CDC. نحن نتفق على البحث عن طبيب أطفال جديد إذا قررنا التغيير إلى جدول لقاح بديل يفعل ذلك لاتشمل لقاح DTaP خلال الفترات الزمنية المناسبة.

X _____

(توقيع الأهل)