

فرم ثبت نام بیمار

تاریخ امروز _____

اطلاعات کودک/بیمار (به وضوح چاپ کنید)

نام کامل _____ جنسی: M/F (دایره یک)

تاریخ تولد (ماه / روز / سال) _____ / _____ / _____ سن _____ بیمارستان تولد _____

آدرس _____

تلفن خانه (____) _____ ایمیل _____

خواهرو برادر (در صورت وجود)

نام _____ جنسیت: M/F (دایره یک)

نام _____ جنسیت: M/F (دایره یک)

نام _____ جنسیت: M/F (دایره یک)

• **ضامن:** نام والدین برای دریافت اظهارات کاغذی؟ - هر دو پدر و مادر

نام والدین خاص _____

اطلاعات والدین / قیم

نام و نام خانوادگی _____

M / F: تاریخ تولد _____ / _____ / _____ جنسیت _____ - _____ - _____ SSN (دایره یک)

- اینجا را بررسی کنید که آیا آدرس بیمار مشابه است. اگر متفاوت است، لطفا آدرس زیر را پر کنید:

آدرس _____ شهر، ایالت، پست

پست الکترونیک _____
کارفرما _____ تلفن محل کار (____) _____

اطلاعات والدین / قیم

نام و نام خانوادگی _____

M / F: تاریخ تولد _____ / _____ / _____ جنسیت _____ - _____ - _____ SSN (دایره یک)

- اینجا را بررسی کنید که آیا آدرس بیمار مشابه است. اگر متفاوت است، لطفا آدرس زیر را پر کنید:

آدرس _____ شهر، ایالت، پست

پست الکترونیک _____
کارفرما _____ تلفن محل کار (____) _____

تماس اضطراری: (زمانی که تلاش برای دستیابی به والدین موفقیت آمیز نیست)

نام _____ رابطه با کودک _____

شماره تلفن (____) _____

فقط استفاده اداری:

تلفن درخواستی _____

آدرس ادعا _____

تاریخ اجرا _____

اولیه اطلاعات بیمه (به وضوح چاپ کنید)

حامل بیمه _____

کسر / کسر _____

شناسه مشترک _____ شناسه گروه _____

اطلاعات دارنده سیاست اولیه/مشترک

نام کامل مشترک _____

ارتباط با بیمار _____

M / F: تاریخ تولد ____ / ____ / ____ جنسیت ____ - ____ - ____ SSN (دایره یک)

- اینجا را بررسی کنید که آیا آدرس بیمار مشابه است. اگر متفاوت است، لطفاً آدرس زیر را پر کنید:

ADDRESS _____ CITY, STATE, ZIP _____

کارفرما _____

ثانوی اطلاعات بیمه (در صورت وجود)

حامل بیمه _____ کسر / کسر _____

شناسه مشترک _____ شناسه گروه _____

اطلاعات دارنده سیاست اولیه/مشترک

نام کامل مشترک _____

ارتباط با بیمار _____

M / F: تاریخ تولد ____ / ____ / ____ جنسیت ____ - ____ - ____ SSN (دایره یک)

- اینجا را بررسی کنید که آیا آدرس بیمار مشابه است. اگر متفاوت است، لطفاً آدرس زیر را پر کنید:

آدرس _____

کارفرما _____

- ما هر دو والدین را 100% مسئول تصمیمات پزشکی و مسئولیت مالی می دانیم. اگر اسنادی دارید که خلاف آن را بیان می کند، لطفاً یک کپی برای ما ارائه دهید.
- پرداخت مشارکت و فرانشیز در زمان ارائه خدمات پرداخت می شود.
- من می دانم که این وظیفه من است که از سیاست ها، مزایا و محدودیت های طرح (های) بیمه فرزندم آگاه باشم. اگر بخواهم درمان پزشکی دریافت کنم که تحت پوشش طرح بیمه من نیست، متوجه می شوم که مسئول پرداخت هستم.
- بدینوسیله به درمان پزشکی و انتشار هرگونه اطلاعات پزشکی مربوط به درمان فرزندم اجازه می دهم. من همچنین اجازه پرداخت مزایا را به جانانان ای. Thygeson MD, Inc

تاریخ

امضای بیمار یا سرپرست

چاپ نام بیمار یا نگهبان

فرم مسئولیت مالی بیمار

از اینکه Jonathan E. Thygeson MD, Inc. را به عنوان ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی انتخاب کردید متشکریم. ما به شما افتخار می کنیم انتخاب کرده و متعهد به ارائه بالاترین کیفیت مراقبت های بهداشتی به شما هستیم. از شما می خواهیم که این فرم را بخوانید و امضا کنید تا درک خود را از سیاست های مالی بیمار ما تایید کنید.

مسئولیت های مالی بیمار

- بیمار (یا قیم بیمار، اگر صغیر باشد) در نهایت مسئول پرداخت هزینه درمان و مراقبت او است.
- ما خوشحالیم که با صدور صورت حساب برای بیمه گران قراردادی به شما کمک می کنیم. با این حال، بیمار موظف است صحیح ترین و به روزترین اطلاعات را در مورد بیمه خود در اختیار ما قرار دهد و در صورت صحیح نبودن یا به روز نبودن اطلاعات ارائه شده، مسئولیت هرگونه هزینه ای را بر عهده خواهد داشت.
- بیمار (یا قیم بیمار، در صورتی که صغیر باشد) مسئول پرداخت هزینه های مشارکت، بیمه مشترک، فرانشیزها و سایر اقدامات یا درمان هایی است که تحت پوشش طرح بیمه آنها قرار نمی گیرد. پرداخت در زمان ارائه خدمات انجام می شود و برای راحتی شما، ما پول نقد، چک و اکثر کارت های اعتباری اصلی را در دفتر خود می پذیریم.
- ممکن است بیمار (یا قیم بیمار، در صورت صغیر) متحمل شود و به تشخیص جانانان ای. Thygeson MD, Inc مسئول پرداخت هزینه های اضافی است. این هزینه ها ممکن است شامل موارد زیر باشد (اما محدود به موارد زیر نیست):
 - شارژ چک های برگشتی
 - هزینه قرارهای از دست رفته را بدون اطلاع قبلی 24 ساعته دریافت کنید.
 - هزینه مشاوره تلفنی گسترده و/یا تماس های تلفنی بعد از ساعت کاری که نیاز به تشخیص، درمان یا تجویز دارند.
 - هزینه کپی و توزیع پرونده پزشکی بیمار. برای تکمیل فرم گسترده هزینه کنید.
 -
 - هرگونه هزینه مرتبط با جمع آوری موجودی بیمار.

مجوزهای بیمار

- بدینوسیله به جانانان ای. تایگسون MD, Inc. به پزشکان، کارکنان و بیمارستان های مرتبط با جانانان ای. تایگسون MD, Inc. اجازه می دهیم تا اطلاعات پزشکی و سایر اطلاعاتی را که در جریان معاینه و/یا درمان به دست آورده ام (به استثنای موارد ذکر شده) منتشر کنند. در زیر) به شرکت های بیمه لازم، پرداخت کنندگان شخص ثالث، و/یا پزشکان یا نهادهای بهداشتی که ملزم به مشارکت در مراقبت من هستند.
- با امضای خود در زیر، بدینوسیله به پرسنل جانانان ای. Thygeson MD, Inc. اجازه می دهیم تا از طریق پست، پیام منشی تلفنی و/یا ایمیل بر اساس اطلاعاتی که در اطلاعات ثبت نام بیمار ارائه کرده ام، ارتباط برقرار کنند.

امضای بیمار یا سرپرست

تاریخ

چشم پوشی از مجوزهای بیمار

من نمی خواهم اطلاعاتی منتشر شود و ترجیح می دهیم در زمان خدمت پرداخت کنم و/یا مسئولیت کامل پرداخت هزینه ها را بر عهده داشته باشم و بنا به صلاح دید خود ادعاهای خود را به بیمه ارائه کنم.

امضای بیمار یا سرپرست

تاریخ

اطلاعیه اقدامات حفظ حریم خصوصی قدردانی بیمار

مطب ما این واقعیت را به رسمیت می شناسد و به آن احترام می گذارد که همه بیماران جانانان ای. Thygeson MD, Inc. حق دارند بازرسی و دریافت یک کپی از اطلاعات بهداشتی محافظت شده او (PHI).
بارضایت من، Jonathan E. Thygeson MD, Inc. ممکن است از هرگونه PHI در مورد خودم (در صورت رهایی یا در سن قانونی) یا فرزندم به هر ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی یا امکانات مراقبت های بهداشتی یا عملیات وابسته و کسب و کار یا نهادهای عمومی مربوطه استفاده کند و آنها را فاش کند. مراقبت و درمان را برای فرزندم یا خودم انجام دهم و برای هزینه های ناشی از آن بیمه نامه ها را قبض واز همه طرف های مسئول دریافت کنم.

من این حق را دارم که در هر زمانی اعلامیه اقدامات حفظ حریم خصوصی را مرور کنم.
بارضایت من، جانانان ای. Thygeson MD, Inc. ممکن است با خانه من یا مکان تعیین شده دیگری تماس بگیرد و پیامی رادر پست صوتی، تلفن همراه، تبادل پیام، یا منشی تلفنی من یا شخصاً با اشاره به مواردی که در این ترمین کمک می کند، بگذارد. انجام درمان، پرداخت و سایر عملیات های مراقبت های بهداشتی، مانند یادآوری های قرار ملاقات، موارد بیمه، اقلام پرداختی، و هر تماسی که مربوط به مراقبت های بالینی من (در صورت آزاد شدن یا در سن قانونی) یا فرزندم، از جمله نتایج و اطلاعات آزمایشگاهی باشد. دیگران.

بارضایت من، جانانان ای. Thygeson MD, Inc. ممکن است نامه ای را به خانه من یا هر مکان تعیین شده دیگری ارسال کند. مواردی که به پزشک در انجام درمان، پرداخت و سایر عملیات های مراقبت های بهداشتی کمک می کنند، مانند اظهارات بیمار و سایر اطلاعات مربوط به مراقبت های بهداشتی من (در صورت رهایی یا در سن قانونی) یا فرزندم، به شرطی که علامت گذاری «شخصی و محرمانه» باشد.

بارضایت من، جانانان ای. Thygeson MD, Inc. ممکن است هر گونه اطلاعات مربوط به من (در صورت رهایی یا از سن قانونی) یا مراقبت های بهداشتی، درمان، پرداخت و قرار ملاقات فرزندم با من. من حق دارم درخواست کنم که جانانان ای. تایگسون MD, Inc. نحوه استفاده و افشای اطلاعات مراقبت های بهداشتی من یا فرزندم را برای انجام درمان یا پرداخت محدود کند. با این حال، عمل الزامی برای موافقت با محدودیت های درخواستی من نیست، اما در صورت موافقت، ملزم به این توافق است.

بامضای این فرم، من جانانان ای. تایگسون MD, Inc. را به استفاده و افشای PHI خود برای انجام درمان، پرداخت و سایر عملیات مراقبت های بهداشتی رضایت می دهم. من می توانم رضایت خود را به صورت کتبی لغو کنم، مگر در مواردی که رویه قبلاً با تکیه بر رضایت قبلی من افشاگری کرده باشد. اگر این رضایت نامه را امضا نکنم، جانانان ای. تایگسون MD, Inc. ممکن است از ارائه درمان به فرزندم امتناع کند.

تاریخ

امضای بیمار یا سرپرست

چاپ نام بیمار یا نگهبان

تاریخ تولد

نام کودک/بیمار



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

فرم مجوز انتشار سوابق پزشکی

نام بیمار _____ تاریخ تولد _____
تلفن خانه (____) _____ تلفن همراه (____) _____

بدینوسیله اجازه/درخواست انتشار سوابق پزشکی خود را می دهم:

دریافت از:

فرستادن به:

نام موسسه / نام دکتر

نام موسسه / نام دکتر

نشانی _____
نشانی _____

نشانی _____
نشانی _____

شماره دفتر (____) _____

شماره دفتر (____) _____

شماره فکس (____) _____

شماره فکس (____) _____

نوع اطلاعات:

تاریخ درمان _____

اطلاعاتی که قرار است منتشر شود: - سوابق ایمن سازی - سوابق کامل پزشکی -

- ایمیل - سوار کردن

نظرات برای پزشک:

تاریخ

امضای بیمار یا سرپرست

چاپ نام بیمار یا نگهبان

فقط استفاده اداری:

تاریخ پرداخت

نوع پرداخت - پول نقد

- بررسی

- کارت اعتباری

ارجاع # _____

هزینه مدارک پزشکی:

* نمودارهای بیش از 30 صفحه، ارسال از طریق سی دی یا پست

- 50.00 دلار - برای نمودار کامل (نه بیمار فعلی) 10.00 دلار -

- برای سوابق ایمن سازی فقط در انبار 25.00 دلار - برای نمودار

- کامل در مطب (10-100 صفحه) 10.00 دلار - نمودارهای

- حماسی / بیماران فعلی

پزشکی اطفال و نوجوانان رودخانه آمریکا

جاناتا تائیگسون، دکتر

Marketa Leisure, MD

فیلیپ تراکوار، دکتر

قرارداد DTaP

تاریخ: _____

نام بیمار: _____

نام خانوادگی: _____

نام (های) والدین می دانند که American River Pediatrics نیاز دارد که بیمار **واکسن های DTaP** مطابق با برنامه واکسن اطفال CDC. اگر تصمیم به تغییر برنامه واکسن جایگزین داشته باشیم، موافقت می کنیم که به دنبال یک متخصص اطفال جدید بگردیم واکسن DTaP را در فواصل زمانی مناسب شامل نشود.

ایکس _____

(امضای والدین)