

## د ناروغ د ثبت فورمه

د نن نیټه \_\_\_\_\_

د ماشوم/ناروغ معلومات ((په روښانه توګه چاپ کړئ))

بشپړنوم \_\_\_\_\_ جنډر: M / F (یوه حلقه)

د زیږون نیټه (دوشنبه/ورځ/کال) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ عمر \_\_\_\_\_ د زیږون روغتون \_\_\_\_\_

پته \_\_\_\_\_ ښار، ریاست، زپ \_\_\_\_\_

د کور تلیفون (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ بریښنالیک \_\_\_\_\_

ورونه (که د تطبیق وړ وي)

نوم \_\_\_\_\_ د زیږون نیټه \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ GENDER: M / F (یوه حلقه)

نوم \_\_\_\_\_ د زیږون نیټه \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ GENDER: M / F (یوه حلقه)

نوم \_\_\_\_\_ د زیږون نیټه \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ GENDER: M / F (یوه حلقه)

• **ضامن:** د کاغذ بیانونو ترلاسه کولو لپاره د والدینو نوم؟-دواړه والدین

-د پلار ځانګړی نوم \_\_\_\_\_

### دوالدینو/سرپرست معلومات

بشپړنوم \_\_\_\_\_

GENDER: M / F \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ د زیږون نیټه \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ SSN (یوه حلقه)

-دلته وګورئ چې پته د ناروغ سره ورته ده. که توپیر ولري، مهرباني وکړئ لاندې پته ډک کړئ:

پته \_\_\_\_\_ ښار، ریاست، زپ \_\_\_\_\_ د ګرځنده تلیفون \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

بریښنالیک \_\_\_\_\_

ګمارونکی \_\_\_\_\_ د کار تلیفون (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### دوالدینو/سرپرست معلومات

بشپړنوم \_\_\_\_\_

GENDER: M / F \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ د زیږون نیټه \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ SSN (یوه حلقه)

-دلته وګورئ چې پته د ناروغ سره ورته ده. که توپیر ولري، مهرباني وکړئ لاندې پته ډک کړئ:

پته \_\_\_\_\_ ښار، ریاست، زپ \_\_\_\_\_ د ګرځنده تلیفون \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

بریښنالیک \_\_\_\_\_

ګمارونکی \_\_\_\_\_ د کار تلیفون (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**بېرزی-اړیکشمېره** (کله چې مور او پلار ته د رسیدو هڅې بریالۍ نه وي)

نوم \_\_\_\_\_ له ماشوم سره اړیکه \_\_\_\_\_

د تلیفون شمېره (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

یوازې د دفتر کارول:

د تلیفون غوښتنه

دادعا پته

اغېزمنه نېټه

لومړني د بیمې معلومات ((په روښانه توګه چاپ کړئ))

د بیمې وړونکی

کاپي/مجروي

د ګډون کوونکی ID ګروپ ID

دلومړني پالیسي لرونکی / ګډون کوونکی معلومات

د ګډون کوونکی بشپړ نوم

له ناروغ سره اړیکه

GENDER: M / F / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ د زیږون نېټه - \_\_\_ - \_\_\_ SSN (یوه حلقه)

-دلته وګورئ چې پته د ناروغ سره ورته ده. که توپیر ولري، مهرباني وکړئ لاندې پته ډک کړئ:

پته ښار، ریاست، زپ

ګمارونکی

ټانوي د بیمې معلومات ((که د تطبیق وړ وي))

د بیمې وړونکی کاپي/مجروي

د ګډون کوونکی ID ګروپ ID

دلومړني پالیسي لرونکی / ګډون کوونکی معلومات

د ګډون کوونکی بشپړ نوم

له ناروغ سره اړیکه

GENDER: M / F / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ د زیږون نېټه - \_\_\_ - \_\_\_ SSN (یوه حلقه)

-دلته وګورئ چې پته د ناروغ سره ورته ده. که توپیر ولري، مهرباني وکړئ لاندې پته ډک کړئ:

پته ښار، ریاست، زپ

ګمارونکی

- مورډواړه والدین د طبي پریکړو او مالي مسؤلیت لپاره 100٪ مسؤل ګڼو. که تاسو داسې اسناد لرئ چې بل ډول بیانوي، مهرباني وکړئ موږ ته یوه کاپي راکړئ.
- شریک تادیه او مجرایي د خدمت په وخت کې دي.
- زه پوهیږم چې دا زما مسؤلیت دی چې د خپل ماشوم د بیمې پلان (پلانونو) له پالیسیو، ګټو او محدودیتونو خبر شم. که زه غواړم طبي درملنه ترلاسه کړم چې زما د بیمې په پلان کې نه وي یوښل شوي، زه پوهیږم چې زه د تادیې مسولیت لرم.
- زه دلته د طبي درملنې او زما د ماشوم درملنې پورې اړوند هر ډول طبي معلوماتو خوشې کولو اجازه ورکوم. زه جوناتن ای ټایگیسن MD، Inc ته د ګټو تادیه هم اجازه ورکوم.

DATE

د ناروغ یا سرپرست لاسلیک

د ناروغ یا سرپرست چاپ شوی نوم

## د ناروغ د مالي مسؤلیت فورمه

ستاسود روغتیا پاملرنې چمتو کونکي په توګه د Jonathan E. Thygeson MD, Inc. غوره کولو لپاره مننه. موږ ستاسو لخوا ویاړو انتخاب او تاسو ته د لوړ کیفیت روغتیا پاملرنې چمتو کولو ته ژمن دي. موږ غوښتنه کوو چې تاسو دا فورمه ولولئ او لاسلیک کړئ ترڅو موږ د ناروغ مالي پالیسیو په اړه ستاسو پوهه ومني.

### د ناروغ مالي مسؤلیتونه

- ناروغ (یا د ناروغ ساتونکی، که کوچنی وي) په پای کې د هغه / هغې د درملنې او پاملرنې لپاره د تادیې مسولیت لري.
- موږ څوښ یو چې زموږ د قرارداد شوي بیمې لپاره د بیل کولو له لارې ستاسو سره مرسته کوو. په هر صورت، ناروغ مسؤلیت لري چې موږ ته د دوی د بیمې په اړه خورا سم او تازه معلومات راکړي، او د هر ډول لګښتونو لپاره به مسؤل وي که چمتو شوي معلومات سم یا تازه نه وي.
- ناروغ (یا د ناروغ ساتونکی، که کوچنی وي) د شریک تادیاتو، شریک بیمې، د مجرایي وړ پیسو، او نورو ټولو پروسیجرونو یا درملنې مسولیت لري چې د دوی د بیمې پالن لخوا پوښل شوي ندي. تادیه د خدمت په وخت کې ده، او ستاسو د اسانتیا لپاره، موږ زموږ په دفتر کې نغدي، چک، او ډیری لوی کرډیټ کارتونه منو.
- ناروغ (یا د ناروغ ساتونکی، که کوچنی وي) ممکن د جوناټن ای ټایگیسن MD، Inc په اختیار کې د اضافي لګښتونو تادیه کولومسولیت ولري، دا لګښتونه شامل دي (مګر محدود ندي):
  - دبیره راستنیدونکو چکونو لپاره فیس.
  - 24 ساعتونو پرمختللي خبرتیا پرته د ورک شوي ملاقاتونو لپاره چارج وکړئ.
  - دپراخه تلیفون مشورې او / یا د ساعتونو وروسته تلیفون زنگونو لپاره چارج کړئ چې تشخیص، درملنې یا نسخې ته اړتیا لري.
  - د ناروغ طبي ریکارډونو د کاپي کولو او ویشلو لګښت. د پراخه فارم
  - بشپړولو لپاره چارج.
  - هر لګښت چې د ناروغ بیلانس راټولولو پورې تړاو لري.

### د ناروغانو واکونه

- زه په دې توګه د Jonathan E. Thygeson MD, Inc. ډاکټرانو، کارمندانو، او د Jonathan E. Thygeson MD, Inc. سره تړلي روغتونونو ته اجازه ورکوم چې زما د معاینې او/یا درملنې په جریان کې ترلاسه شوي طبي او نور معلومات خپاره کړي (د استثنا سره. لاندې) اړین بیمې شرکتونو ته، د دریمې ډلې تادیه کونکو، او/یا ډاکټرانو یا روغتیایي ادارو ته چې زما په پاملرنې کې برخه اخیستل اړین دي.
- زما په لاندې لاسلیک سره، زه دلته د Jonathan E. Thygeson MD, Inc. پرسونل ته اجازه ورکوم چې د بریښنالیک، ځواب ورکولو ماشین پیغام، او/یا د هغه معلوماتو سره سم چې ما د ناروغ راجسټریشن معلوماتو کې چمتو کړي دي د بریښنالیک له لارې اړیکه ونیسي.

## د ناروغ یا سرپرست لاسلیک

نیتته

### د ناروغانو د واکونو معافیت

زه نه غواړم معلومات خپاره کړم او غوره کړم چې د خدمت په وخت کې تادیه وکړم او/یا د لګښتونو تادیه کولو لپاره بشپړ مسؤلیت وموم او زما په اختیار کې بیمې ته ادعاګانې وړاندې کړم.

## د ناروغ یا سرپرست لاسلیک

نیتته

## دمحرمیت عملونو خبرتیا د ناروغ اعتراف

زموږ تمرین دا حقیقت پیژني او درناوی کوي چې د جوناتن ای ټایگیسن MD, Inc ټول ناروغان حق لري دهغه د خوندي شوي روغتیا معلوماتو (PHI) معاینه او یوه کاپي ترلاسه کړئ.

زما په رضایت سره، Jonathan E. Thygeson MD, Inc کولی شي د روغتیا پاملرنې چمتو کونکي یا د روغتیا پاملرنې تاسیساتو یا اړونده عملیاتو او اړونده سوداګرۍ یا عامه ادارو ته د خپل ځان په اړه کوم PHI وکاروي او افشا کړي (که آزاد شوی وي یا قانوني عمر ولري) یا زما ماشوم زما د ماشوم یا ځان لپاره د پاملرنې او درملنې چمتو کول، او د پایلو لګښتونو لپاره د بیمې بیلول او د ټولومسؤلو اړخونو څخه د پیسو راتولول.

زه حق لرم چې په هر وخت کې د محرمیت طرز العملونو خبرتیا بیاکننه وکړم. زما په رضایت سره، Jonathan E. Thygeson MD, Inc کولی شي زما کور یا بل ټاکل شوي ځای ته زنگ ووهي او زما په غږیزمیل، ګرځنده تلیفون، پیغام تبادلې، یا ځواب ورکولو ماشین کې یا په شخصي ډول د هر هغه شی په اړه پیغام پرېږدي چې په عمل کې مرسته کوي. د درملنې، تادیبې، او نورو روغتیايي عملیاتو ترسره کول، لکه د تقرر یادونه، د بیمې توکي، د تادیاتو توکي، او زما (که آزاد شوی یا قانوني عمر) یا زما د ماشوم کلینیکي پاملرنې پورې اړه لري، په شمول د لابراتوار پایلې او معلومات. نور

زما په رضایت سره، Jonathan E. Thygeson MD, Inc کولی شي زما کور یا بل ټاکل شوي ځای ته بریښنالیک واستوي هغه توکي چې د درملنې، تادیبې، او نورو روغتیايي عملیاتو په ترسره کولو کې د تمرین سره مرسته کوي، لکه د ناروغ بیانات او نور معلومات زما (که آزاد شوی یا قانوني عمر لري) یا زما د ماشوم روغتیا پاملرنې په اړه تر هغه چې دوی "شخصي او محرم" په نښه شوي وي.

زما په رضایت سره، Jonathan E. Thygeson MD, Inc کولی شي زما په اړه کوم معلومات بریښنالیک (که آزاد شوی وي یا د قانوني عمر) یا زما د ماشوم روغتیا پاملرنې، درملنه، تادیبې، او ما ته ټاکل. زه حق لرم چې غوښتنه وکړم چې E. Thygeson MD, Inc د درملنې یا تادیبې د ترسره کولو لپاره زما یا زما د ماشوم د روغتیا پاملرنې معلوماتو کارولو او افشا کولو طریقه محدوده کړم. په هر صورت، عمل ته اړتیا نشته چې زما غوښتل شوي محدودیتونو سره موافقه وکړي، مګر که دا وي، دا د دې موافقې پابند دی.

ددې فورمې په لاسلیک کولو سره، زه د Jonathan E. Thygeson MD, Inc سره د درملنې، تادیاتو، او نورو روغتیايي عملیاتو ترسره کولو لپاره زما د PHI کارولو او افشا کولو رضایت ورکوم. زه کولی شم خپل رضایت په لیکلې ډول لغوه کړم پرته لدې چې عمل دمخه زما د مخکینۍ رضایت په اړه افشا کړي وي. که زه دا رضایت لاسلیک نه کړم، Jonathan E. Thygeson MD, Inc ممکن زما ماشوم ته د درملنې چمتو کولو څخه انکار وکړي.

نېټه

دناروغ یا سرپرست لاسلیک

دناروغ یا سرپرست چاپ شوی نوم

دزیږون نېټه

دماشوم/ناروغ نوم



## 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

### د طبي ریکاردونو خوشې کولو اختیار ورکولو فورمه

د ناروغ نوم \_\_\_\_\_ د زیږون نیټه \_\_\_\_\_  
د کور تلیفون (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ گڼځنده تلیفون (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

زه په دې توګه د خپلو طبي ریکاردونو د خوشې کولو اجازه / غوښتنه کوم:

له دې څخه تر لاسه کول:

لېږل:

د انستیتوت نوم / د ډاکټر نوم

د انستیتوت نوم / د ډاکټر نوم

پته \_\_\_\_\_  
پته \_\_\_\_\_

پته \_\_\_\_\_  
پته \_\_\_\_\_

د دفتر شمیره (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

د دفتر شمیره (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

د فکس شمیره (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

د فکس شمیره (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### د معلوماتو ډول:

د درملنې نیټې \_\_\_\_\_

معلومات باید خپاره شي: - د معافیت ریکاردونه - بشپړ طبي ریکاردونه -

میل - جګه

د ډاکټر لپاره نظرونه:

د ناروغ یا سرپرست لاسلیک نیټه

د ناروغ یا سرپرست چاپ شوی نوم

ټادیه شوی \$ _____	ټادیه شوی \$ _____
نیټه _____ د _____	نیټه _____ د _____
ټادیډول _____	ټادیډول _____
نغدې _____	نغدې _____
چک _____	چک _____
باور کارت _____	باور کارت _____
حواله # _____	حواله # _____

د طبي ریکاردونو فیس: \_\_\_\_\_  
\* چارټونه د 30 پانو څخه ډیر، د CD یا میل له لارې لېږل کېږي

- \$ 50.00 - د بشپړ چارټ لپاره (اوسنی ناروغ نه دی) \$ 10.00
- ټیډول په ذخیره کې د معافیت ریکارډ لپاره \$ 25.00 - په دفتر
- کېد بشپړ چارټ لپاره (10-100 مخونه) \$ 10.00 - عصري
- چارټونه / اوسني ناروغان

دامریکایی سیند د ماشومانو او ځوانانو درمل

جوناتن تایگیسن، MD

مارکیټا لیزر، MD

فیلیپ ټریکییر، MD

د DTaP ترون

نېټه: \_\_\_\_\_

د ناروغ نوم: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

د پلار نوم (نومونه) پدې پوهیږي چې د امریکایی سیند پیدیا ټریکس اړتیا لري چې ناروغان ترلاسه کړي د **DTaP واکسین** د CDC د ماشومانو د واکسین مهال ویش سره سم. موږ موافق یو چې د نوي ماشومانو ډاکټر په لټه کې شو که چیرې موږ پریکړه وکړو چې د واکسین بدیل مهالویش ته بدلون ورکړو په مناسبو وقفو کې د DTaP واکسین شامل نه کړئ.

X \_\_\_\_\_

(د مور او پلار لاسلیک)