

НАЧАЛЬНЫЙ СТРАХОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ(ПЕЧАТЬ ЧЕТКО)

СТРАХОВОЙ ПЕРЕВОЗЧИК _____

ДОПЛАТА/ФРАНШИЗА _____

ИДЕНТИФИКАТОР ПОДПИСЧИКА _____ ИДЕНТИФИКАТОР ГРУППЫ _____

ИНФОРМАЦИЯ ОСНОВНОГО СТРАХОВАТЕЛЯ/ПОДПИСЧИКА

ПОЛНОЕ ИМЯ ПОДПИСЧИКА _____

ОТНОШЕНИЕ К ПАЦИЕНТУ _____

SSN _____ - _____ - _____ ДАТА РОЖДЕНИЯ ____ / ____ / ____ ПОЛ: М / Ж(круг первый)

-Проверьте здесь, совпадает ли адрес с адресом пациента. Если отличается, пожалуйста, заполните адрес ниже:

АДРЕС _____ ГОРОД, ШТАТ, ИНН _____

РАБОТОДАТЕЛЬ _____

только для пользования в офисе:

Заявить Телефон _____

Претензионный адрес _____

Дата вступления в силу _____

ВТОРИЧНЫЙ СТРАХОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ(если это применимо)

СТРАХОВАЯ ПЕРЕВОЗЧИКА _____ ПЕРЕПЛАТА/ФРАНШИЗА _____

ИДЕНТИФИКАТОР ПОДПИСЧИКА _____ ИДЕНТИФИКАТОР ГРУППЫ _____

ИНФОРМАЦИЯ ОСНОВНОГО СТРАХОВАТЕЛЯ/ПОДПИСЧИКА

ПОЛНОЕ ИМЯ ПОДПИСЧИКА _____

ОТНОШЕНИЕ К ПАЦИЕНТУ _____

SSN _____ - _____ - _____ ДАТА РОЖДЕНИЯ ____ / ____ / ____ ПОЛ: М / Ж(круг первый)

-Проверьте здесь, совпадает ли адрес с адресом пациента. Если отличается, пожалуйста, заполните адрес ниже:

АДРЕС _____ ГОРОД, ШТАТ, ИНН _____

РАБОТОДАТЕЛЬ _____

- Мы считаем, что оба родителя несут 100% ответственность за медицинские решения и финансовую ответственность. Если у вас есть документы, в которых указано иное, предоставьте нам копию.
- Доплата и франшизы должны быть оплачены во время обслуживания.
- Я понимаю, что я несу ответственность за ознакомление с правилами, преимуществами и ограничениями плана(ов) страхования моего ребенка. Если я хочу получить лечение, которое не покрывается моей страховкой, я понимаю, что несу ответственность за оплату.
- Настоящим я разрешаю лечение и разглашение любой медицинской информации, относящейся к лечению моего ребенка. Я также разрешаю выплату пособий компании Jonathan E. Thygeson MD, Inc.

Подпись пациента или опекуна

СВИДАНИЕ

Печатное имя пациента или опекуна

Форма финансовой ответственности пациента

Благодарим вас за выбор Jonathan E. Thygeson MD, Inc. в качестве поставщика медицинских услуг. Мы гордимся вашим выбором и стремимся предоставить вам медицинское обслуживание высочайшего качества. Мы просим вас прочитать и подписать эту форму, чтобы подтвердить свое понимание нашей финансовой политики в отношении пациентов.

Финансовая ответственность пациента

- Пациент (или опекун пациента, если он несовершеннолетний) несет полную ответственность за оплату его/ее лечения и ухода.
- Мы рады помочь вам в выставлении счетов нашим страховым компаниям. Тем не менее, пациент несет ответственность за предоставление нам наиболее точной и обновленной информации о своей страховке, а также несет ответственность за любые расходы, понесенные в случае, если предоставленная информация неверна или обновлена.
- Пациент (или опекун пациента, если он несовершеннолетний) несет ответственность за оплату доплат, совместное страхование, франшизы и все другие процедуры или лечение, не покрываемые его планом страхования. Оплата производится во время оказания услуги, и для вашего удобства мы принимаем наличные, чеки и большинство основных кредитных карт в нашем офисе.
- Пациент (или опекун пациента, если он несовершеннолетний) может нести ответственность за уплату дополнительных расходов по усмотрению Jonathan E. Thygeson MD, Inc. Эти расходы могут включать (но не ограничиваться):
 - Плата за возвращенные чеки.
 - Плата за пропущенные встречи без предварительного уведомления за 24 часа.
 - Визиты за обширные телефонные консультации и/или телефонные звонки в нерабочее время, требующие диагностики, лечения или рецептов.
 - Взимать плату за копирование и распространение медицинских карт пациентов. Взимать
 - плату за заполнение расширенной формы.
 - Любые расходы, связанные со сбором остатков пациентов.

Разрешения пациентов

- Настоящим я разрешаю Jonathan E. Thygeson MD, Inc., врачам, персоналу и больницам, связанным с Jonathan E. Thygeson MD, Inc., раскрывать медицинскую и другую информацию, полученную в ходе моего обследования и/или лечения (за исключениями, оговоренными ниже) необходимым страховым компаниям, сторонним плательщикам и/или врачам или организациям здравоохранения, которые должны участвовать в моем лечении.
- Своей подписью ниже я разрешаю персоналу Jonathan E. Thygeson MD, Inc. общаться по почте, в сообщении на автоответчике и/или по электронной почте в соответствии с информацией, которую я предоставил в регистрационной информации пациента.

Подпись пациента или опекуна

Свидание

Отказ от разрешений пациентов

Я не хочу, чтобы информация была разглашена, и предпочитаю платить во время обслуживания и/или нести полную ответственность за оплату сборов и подавать претензии в страховую по своему усмотрению.

Подпись пациента или опекуна

Свидание

Уведомление о правилах

конфиденциальности Признание пациента

Наша практика признает и уважает тот факт, что все пациенты Jonathan E. Thygeson MD, Inc. имеют право на проверить и получить копию своей защищенной медицинской информации (PHI).

С моего согласия Jonathan E. Thygeson MD, Inc. может использовать и раскрывать любому поставщику медицинских услуг, медицинским учреждениям или аффилированным лицам, а также соответствующим деловым или общественным организациям любую PHI обо мне (если он эмансипирован или достиг совершеннолетия) или моем ребенке, чтобы обеспечить уход и лечение моего ребенка или себя, а также выставить страховые счета на оплату связанных с этим расходов и получить оплату со всех ответственных сторон.

У меня есть право просмотреть Уведомление о правилах соблюдения конфиденциальности в любое время.

С моего согласия Jonathan E. Thygeson MD, Inc. может позвонить мне домой или в другое указанное место и оставить сообщение на моей голосовой почте, мобильном телефоне, в системе обмена сообщениями или на автоответчике или лично со ссылкой на любые предметы, которые помогают в практике, о проведении лечения, оплате и других медицинских операциях, таких как напоминания о приеме, пункты страхования, пункты оплаты и любой звонок, относящийся к моему (если он эмансипирован или достиг совершеннолетия) или моему ребенку клиническое обслуживание, включая результаты лабораторных исследований и информацию, среди другие.

С моего согласия Jonathan E. Thygeson MD, Inc. может отправлять почту мне домой или в другое указанное место в любое время. предметы, которые помогают практике в проведении лечения, оплате и других медицинских операциях, таких как заявления пациентов и другая информация, касающаяся моего (если он эмансипирован или достиг совершеннолетия) или моего ребенка, если они помечены как «Личные и конфиденциальные».

С моего согласия Jonathan E. Thygeson MD, Inc. может отправить по электронной почте любую информацию о моем (если он эмансипированный или совершеннолетия) или медицинского обслуживания, лечения, оплаты и встречи моего ребенка со мной. У меня есть право потребовать, чтобы компания Jonathan E. Thygeson MD, Inc. ограничила использование и разглашение медицинской информации о моем здоровье или здоровье моего ребенка для проведения лечения или оплаты. Тем не менее, практика не обязана соглашаться с моими запрошенными ограничениями, но если это так, она связана этим соглашением.

Подписывая эту форму, я даю согласие компании Jonathan E. Thygeson MD, Inc. на использование и раскрытие моей PHI для проведения лечения, оплаты и других медицинских операций. Я могу отозвать свое согласие в письменной форме, за исключением случаев, когда практика уже раскрыла информацию, полагаясь на мое предварительное согласие. Если я не подпишу это согласие, Jonathan E. Thygeson MD, Inc. может отказать в лечении моего ребенка.

Подпись пациента или опекуна

Свидание

Печатное имя пациента или опекуна

Имя ребенка/пациента

Дата рождения



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

Форма разрешения на выпуск медицинской документации

ИМЯ ПАЦИЕНТА _____ ДАТА РОЖДЕНИЯ _____

ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН (____) _____ МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН (____) _____

Настоящим я разрешаю/запрашиваю раскрытие моей медицинской документации:

Получение от:

Название института/имя доктора

Адрес _____

Номер офиса (____) _____

Номер факса (____) _____

Отправить:

Название института/имя доктора

Адрес _____

Номер офиса (____) _____

Номер факса (____) _____

Тип информации:

Сроки обращения _____

Информация, которая будет опубликована:-Отчеты об иммунизации-Полные медицинские записи-

-Почта -Подбирать

Комментарии для врача:

Подпись пациента или опекуна

Свидание

Печатное имя пациента или опекуна

Плата за медицинские документы:

* Диаграммы, превышающие 30 страниц, отправляйте на компакт-диске или по почте

- 50,00 долларов США — за полную карту (не текущий пациент) 10,00
- долларов США — за записи иммунизации только в хранилище 25,00
- долларов США — за полную карту в офисе (10-100 страниц) 10,00 долларов
- США — эпические карты/Текущие пациенты

Только для пользования в офисе.

Выплачено \$ _____

Дата _____ Тип

платежа -Наличные

-Проверить

-Кредитная карта

Ссылка # _____

Американ Ривер Детская и Подростковая Медицина

Джонатан Тайгесон, доктор медицины

Маркета Досуг, Мэриленд

Филип Тракуэр, доктор медицины

Соглашение о ДТП

Свидание: _____

Имя пациента(ей): _____

Дата рождения: _____

_____Имя(а) родителей понимают, что American River Pediatrics требует, чтобы пациенты **Вакцины DTaPв** соответствии с календарем педиатрических прививок CDC. Мы соглашаемся искать нового педиатра, если мы решим перейти на альтернативный график вакцинации, который не включает вакцину DTaP в течение соответствующих интервалов.

ИКС _____

(Подпись родителя)