

755 University Ave, Sacramento, CA 95825  
Офіс (916) 924-8754 • Факс (916) 924-1739

**American River Pediatric & Adolescent Medicine**  
**Доктор Джонатан Тігесон**  
Доктор Маркета Дозвілля Доктор  
медичних наук Філіп Тракуейр

6357 Coyle Ave, Carmichael, CA 95608 Офіс  
(916) 903-7416 • Факс (916) 436-4126

**Реєстраційна форма пацієнта**

СЬОГОДНІШНЯ ДАТА \_\_\_\_\_

**ІНФОРМАЦІЯ ПРО ДИТИНУ/ПАЦІЄНТА(ДРУКУЙТЕ ЧІТКО)**

ПІБ \_\_\_\_\_ СТАТЬ: М/Ж(обведіть один)

ДАТА НАРОДЖЕННЯ(пн/день/рік)\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ ВІК \_\_\_\_\_ ПОЛОГОВА ЛІКАРНЯ \_\_\_\_\_

АДРЕСА \_\_\_\_\_ МІСТО, ШТАТ, Індекс \_\_\_\_\_

ДОМАШНІЙ ТЕЛЕФОН (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ЕЛЕКТРОННА ПОШТА \_\_\_\_\_

БРАТИ І СЕСТРИ (якщо є)

ІМ'Я \_\_\_\_\_ ДАТА НАРОДЖЕННЯ \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ СТАТЬ: М / Ж(обведіть один)

ІМ'Я \_\_\_\_\_ ДАТА НАРОДЖЕННЯ \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ СТАТЬ: М / Ж(обведіть один)

ІМ'Я \_\_\_\_\_ ДАТА НАРОДЖЕННЯ \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ СТАТЬ: М / Ж(обведіть один)

• **ГАРАНТ:**Ім'я батьків (батьків) для отримання паперових виписок?-Обоє батьків

-Конкретне ім'я батька \_\_\_\_\_

**ІНФОРМАЦІЯ ПРО БАТЬКІВ/ОПІКУНІВ**

ПОВНЕ ІМ'Я \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ДАТА НАРОДЖЕННЯ \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ СТАТЬ: М / Ж(обведіть один)

-Перевірте тут, чи збігається адреса з пацієнтом. Якщо інша, заповніть адресу нижче:

АДРЕСА \_\_\_\_\_ МІСТО, ШТАТ, Індекс \_\_\_\_\_

МОБІЛЬНИЙ ТЕЛЕФОН (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

ЕЛЕКТРОННА ПОШТА \_\_\_\_\_

РОБОТОДАВЦЬ \_\_\_\_\_ РОБОЧИЙ ТЕЛЕФОН (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**ІНФОРМАЦІЯ ПРО БАТЬКІВ/ОПІКУНІВ**

ПОВНЕ ІМ'Я \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ДАТА НАРОДЖЕННЯ \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ СТАТЬ: М / Ж(обведіть один)

-Перевірте тут, чи збігається адреса з пацієнтом. Якщо інша, заповніть адресу нижче:

АДРЕСА \_\_\_\_\_ МІСТО, ШТАТ, Індекс \_\_\_\_\_

МОБІЛЬНИЙ ТЕЛЕФОН (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

ЕЛЕКТРОННА ПОШТА \_\_\_\_\_

РОБОТОДАВЦЬ \_\_\_\_\_ РОБОЧИЙ ТЕЛЕФОН (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**ДЛЯ ЕКСТРЕНОГО ЗВ'ЯЗКУ(коли спроби зв'язатися з батьками не вдаються)**

ПІБ \_\_\_\_\_ РІДНІСТЬ З ДИТИНОЮ \_\_\_\_\_

ТЕЛЕФОННИЙ НОМЕР (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**ПЕРВИННИЙ СТРАХОВА ІНФОРМАЦІЯ**(ДРУКУЙТЕ ЧІТКО)

СТРАХОВИЙ ПЕРЕВІЗНИК \_\_\_\_\_

КОПЛАТА/ФРАНШИЗА \_\_\_\_\_

ІДЕНТИФІКАТОР АБОНЕНТА \_\_\_\_\_ ІДЕНТИФІКАТОР ГРУПИ \_\_\_\_\_

**ОСНОВНА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЗАСТРАХОВАНИКА/ПЕРЕДПЛАТАЧА**

ПІБ АБОНЕНТА \_\_\_\_\_

ВІДНОШЕННЯ ДО ПАЦІЄНТА \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ДАТА НАРОДЖЕННЯ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ СТАТЬ: М / Ж(обведіть один)

-Перевірте тут, чи збігається адреса з пацієнтом. Якщо інша, заповніть адресу нижче:

АДРЕСА \_\_\_\_\_ МІСТО, ШТАТ, Індекс \_\_\_\_\_

РОБОТОДАВЦЬ \_\_\_\_\_

*ЛИШЕ ДЛЯ ОФІСНОГО ВИКОРИСТАННЯ:*

Вимагати телефон \_\_\_\_\_

Адреса претензії \_\_\_\_\_

Дата набрання чинності \_\_\_\_\_

**ВТОРИННИЙ СТРАХОВА ІНФОРМАЦІЯ**(якщо застосовно)

СТРАХОВИЙ ПЕРЕВІЗНИК \_\_\_\_\_ КОПЛАТА/ФРАНШИЗА \_\_\_\_\_

ІДЕНТИФІКАТОР АБОНЕНТА \_\_\_\_\_ ІДЕНТИФІКАТОР ГРУПИ \_\_\_\_\_

**ОСНОВНА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЗАСТРАХОВАНИКА/ПЕРЕДПЛАТАЧА**

ПІБ АБОНЕНТА \_\_\_\_\_

ВІДНОШЕННЯ ДО ПАЦІЄНТА \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ДАТА НАРОДЖЕННЯ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ СТАТЬ: М / Ж(обведіть один)

-Перевірте тут, чи збігається адреса з пацієнтом. Якщо інша, заповніть адресу нижче:

АДРЕСА \_\_\_\_\_ МІСТО, ШТАТ, Індекс \_\_\_\_\_

РОБОТОДАВЦЬ \_\_\_\_\_

- Ми вважаємо обох батьків 100% відповідальними за медичні рішення та фінансову відповідальність. Якщо у вас є документи, які стверджують інше, надішліть нам копію.
- Дооплата та франшизи сплачуються під час надання послуг.
- Я розумію, що несу відповідальність за ознайомлення з правилами, перевагами та обмеженнями плану(ів) страхування моєї дитини. Якщо я хочу отримати медичне лікування, яке не покривається моїм планом страхування, я розумію, що відповідаю за оплату.
- Цим я дозволяю лікування та оприлюднення будь-якої медичної інформації, що стосується лікування моєї дитини. Я також дозволяю виплату пільг компанії Jonathan E. Thygeson MD, Inc.

**Підпис пацієнта або опікуна**

**ДАТА**

Ім'я пацієнта або опікуна друкованим шрифтом

### Форма фінансової відповідальності пацієнта

Дякуємо, що вибрали компанію Jonathan E. Thygeson MD, Inc. як свого медичного працівника. Ми шануємо вас вибір і прагнемо надати вам медичне обслуговування найвищої якості. Ми просимо вас прочитати та підписати цю форму, щоб підтвердити ваше розуміння нашої фінансової політики щодо пацієнтів.

#### Фінансова відповідальність пацієнта

- Пацієнт (або опікун пацієнта, якщо він неповнолітній) несе остаточну відповідальність за оплату свого лікування та догляду.
- Ми раді допомогти вам у виставленні рахунків нашим страховикам. Однак пацієнт несе відповідальність за надання нам найточнішої та найактуальнішої інформації про своє страхування та несе відповідальність за будь-які витрати, якщо надана інформація є неправильною чи оновленою.
- Пацієнт (або опікун пацієнта, якщо він є неповнолітнім) несе відповідальність за оплату доплат, співстрахування, франшиз та всіх інших процедур або лікування, які не покриваються його планом страхування. Оплата здійснюється під час надання послуги, і для вашої зручності ми приймаємо готівку, чеки та більшість основних кредитних карток у нашому офісі.
- Пацієнт (або опікун пацієнта, якщо він неповнолітній) може нести та нести відповідальність за оплату додаткових витрат на розсуд Jonathan E. Thygeson MD, Inc. Ці витрати можуть включати (але не обмежуючись цим):
  - Плата за повернуті чеки.
  - Плата за пропущені зустрічі без попередження за 24 години.
  - Плата за розширені телефонні консультації та/або телефонні дзвінки в неробочий час, які вимагають діагностики, лікування або призначення.
  - Плата за копіювання та розповсюдження медичних карт пацієнтів.
  - Плата за розширене заповнення форми.
  - Будь-які витрати, пов'язані зі збором коштів пацієнтів.

#### Дозволи пацієнтів

- Цим я дозволяю Jonathan E. Thygeson MD, Inc. лікарям, персоналу та лікарням, пов'язаним з Jonathan E. Thygeson MD, Inc., оприлюднити медичну та іншу інформацію, отриману під час мого обстеження та/або лікування (за винятками, передбаченими нижче) необхідним страховим компаніям, третім сторонам-платникам та/або лікарям або медичним установам, які повинні брати участь у моєму лікуванні.
- Своїм підписом нижче я дозволяю персоналу Джонатана Е. Тігесона MD, Inc. спілкуватися поштою, повідомленнями автовідповідача та/або електронною поштою відповідно до інформації, яку я надав у реєстраційній інформації пацієнта.

---

**Підпис пацієнта або опікуна**

**Дата**

#### Відмова від авторизації пацієнта

Я не бажаю оприлюднення інформації та вважаю за краще платити під час надання послуги та/або нести повну відповідальність за оплату зборів і подавати претензії до страхової компанії на свій розсуд.

---

**Підпис пацієнта або опікуна**

**Дата**

**Повідомлення про практику  
конфіденційності Підтвердження пацієнта**

Наша практика визнає та поважає той факт, що всі пацієнти Jonathan E. Thygeson MD, Inc. мають право перевірити та отримати копію його/її захищеної інформації про здоров'я (PHI).

З моєї згоди Jonathan E. Thygeson MD, Inc. може використовувати та розкривати будь-якому постачальнику медичних послуг, установам охорони здоров'я чи афілійованим підприємствам і відповідним комерційним чи державним організаціям будь-яку PHI про мене (якщо я емансипований або досяг повноліття) або мою дитину, щоб забезпечувати догляд і лікування для моєї дитини або себе, а також виставляти страхові рахунки за пов'язані з цим витрати та отримувати оплату з усіх відповідальних сторін.

Я маю право переглядати Повідомлення про практику конфіденційності в будь-який час.

З моєї згоди Jonathan E. Thygeson MD, Inc. може зателефонувати мені додому або в інше вказане місце та залишити повідомлення на моїй голосовій пошті, мобільному телефоні, обміні повідомленнями, автовідповідачі або особисто щодо будь-яких речей, які допомагають у практиці здійснення лікування, оплати та інших медичних операцій, таких як нагадування про запис на прийом, предмети страхування, елементи оплати та будь-які дзвінки, що стосуються мого (якщо я звільнений або досяг повноліття) або моєї дитини клінічного догляду, включаючи результати лабораторних досліджень та інформацію, серед інші.

З моєї згоди Jonathan E. Thygeson MD, Inc. може надсилати пошту мені додому або в інше вказане місце предмети, які допомагають практиці проводити лікування, оплати та інші операції з охорони здоров'я, як-от заяви пацієнтів та інша інформація щодо мого (якщо я звільнена або досягла повноліття) чи охорони здоров'я моєї дитини, за умови, що вони позначені як «Особиста та конфіденційна».

З моєї згоди Jonathan E. Thygeson MD, Inc. може надсилати електронною поштою будь-яку інформацію стосовно мене (якщо я звільнений або повноліття) або медичне обслуговування, лікування, оплата та призначення моєї дитини. Я маю право вимагати, щоб Джонатан Е. Тігесон, MD, Inc. обмежив використання та розкриття моїх медичних даних або інформації про здоров'я моєї дитини для здійснення лікування або оплати. Однак практика не зобов'язана погоджуватися на мої запити про обмеження, але якщо погоджується, вона зобов'язана дотримуватися цієї угоди.

Підписуючи цю форму, я даю згоду Jonathan E. Thygeson MD, Inc. на використання та розкриття моєї PHI для проведення лікування, оплати та інших медичних операцій. Я можу відкликати свою згоду в письмовій формі, за винятком тих випадків, коли практика вже розкрила інформацію на підставі моєї попередньої згоди. Якщо я не підпишу цю згоду, Jonathan E. Thygeson MD, Inc. може відмовитися надавати лікування моїй дитині.

---

**Підпис пацієнта або опікуна**

**Дата**

---

**Ім'я пацієнта або опікуна друкованим шрифтом**

---

**Ім'я дитини/пацієнта**

Дата народження



## 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 дозволу на видачу медичної документації**

ПІБ ПАЦІЄНТА \_\_\_\_\_ ДАТА НАРОДЖЕННЯ \_\_\_\_\_

ДОМАШНІЙ ТЕЛЕФОН (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ МОБІЛЬНИЙ ТЕЛЕФОН (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Цим я дозволяю/вимагаю оприлюднення моїх медичних записів:

**Отримання від:**

Назва інституту/ПІБ лікаря

\_\_\_\_\_

Адреса \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Номер офісу (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Номер факсу (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Відправити:**

Назва інституту/ПІБ лікаря

\_\_\_\_\_

Адреса \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Номер офісу (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Номер факсу (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Тип інформації:**

Дати звернення \_\_\_\_\_

Інформація, яка буде оприлюднена:-Записи про щеплення-Повна медична документація-

-Пошта -Пікап

**Коментарі для лікаря:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Підпис пацієнта або опікуна**

**Дата**

**Ім'я пацієнта або опікуна друкованим шрифтом**

Плата за медичну документацію:

\* Діаграми, що перевищують 30 сторінок, надсилають на компакт-диску або поштою

- 50,00 доларів США – за повну карту (не для поточного пацієнта) 10,00
- доларів США – лише для записів про щеплення, які зберігаються 25,00
- доларів США – за повну карту в офісі (10-100 сторінок) 10,00 доларів США –
- епічні карти/поточні пацієнти

*Тільки для офісного використання.*

Сплачено \$ \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Тип

платежу -Готівка

-Перевірте

-Кредитна карта

Посилання № \_\_\_\_\_

## American River Pediatric & Adolescent Medicine

Джонатан Тігесон, доктор медичних наук

Маркета Дозвілля, доктор медичних наук

Філіп Тракуейр, доктор медичних наук

### Договір DTap

Дата: \_\_\_\_\_

Ім'я пацієнта(ів): \_\_\_\_\_

Дата народження: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Імена батьків розуміють, що American River Pediatrics вимагає, щоб пацієнти отримували **Вакцини DTap** відповідно до календаря дитячих вакцин CDC. Ми погоджуємось шукати нового педіатра, якщо вирішимо змінити графік вакцинації на інший, який це робить не включає вакцину DTap протягом відповідних інтервалів.

X \_\_\_\_\_

(підпис батьків)