

등록 양식

환자 이름: _____ 생년 월일: _____ / _____ / _____

주소: _____

시 / 주 / 우편 번호: _____ 소셜번호: _____ - _____ - _____

집 전화: (_____) _____ - _____ 핸드폰: (_____) _____ - _____ 직장전화: (_____) _____ - _____

성별: []남 []여 결혼 여부: _____ E 메일주소: _____

비상 연락처 이름: _____ 전화: (_____) _____ - _____ 관계: _____

주치의 / 전화: _____ / (_____) _____ - _____

소개의사 / 전화: _____ / (_____) _____ - _____

전문 간호 시설: []예 []아니오 호스 피스: []예 []아니오

시설 명 및 주소: _____

의료 보험 정보

일차 보험: []예 []아니오

보험 이름: _____ 주소: _____

보험 ID#: _____ 그룹 #: _____ 전화 #: (_____) _____ - _____

주 가입자: _____ 소셜번호: _____ - _____ - _____ 생년 월일: _____ / _____ / _____

이차 보험: []예 []아니오

보험 이름: _____ 주소: _____

보험 ID#: _____ 그룹 #: _____ 전화 #: (_____) _____ - _____

주 가입자: _____ 소셜번호: _____ - _____ - _____ 생년 월일: _____ / _____ / _____

지불 책임자 (상기와 다른 경우):

이름: _____ 주소: _____

관계: _____ 소셜번호: _____ - _____ - _____ 생년 월일: _____ / _____ / _____

사무실을 나가기 전에 체크-아웃 카워터에 들리십시오. 서비스청구 비용은 서비스 이행 날짜와 동일한 일자에 지불합니다. 서비스의 일환으로 저희가 보험 청구서를 제출합니다. 보험/비용 관련 업무는 주사,레이저, 수술전에 환자지원 부서에서 처리해야합니다.

정보공개와 혜택 지급 선서:

본인은 본인의 보험 청구 처리에 필요한 모든 의료 정보의 공개를 승인하고 또한 서비스 청구에 대하여 메디케어 및/또는 기타 보험회사로부터의 모든 지불 금액을 의사에게 지급하며 상기 조건을 이해하고 이에 동의 합니다.

HIPAA 사생활에 대한 권리 및 공개 또는 건강 정보 보호의 대한 승인:

본인은 HIPPA 권리와 승인 진술서를 숙독하였고 치료에 관련된 의료 기록의 공개를 허락합니다.

날짜: _____ / _____ / _____

서명: _____