



Tom S. Chang, MD
 Rizwan A. Bhatti, MD
 Ivan Castillo, MD
 Anthony J. Culotta, MD
 Michael Davis, MD
 Camille M. Harrison, MD

Vincent Hau, MD, PhD
 Kristie L. Lin, MD
 Michael A. Samuel, MD
 Ragui W. Seddek, MD
 Kevin S. Suk, MD
 Sharon M. Theodore, MD

MẪU ĐƠN ĐĂNG KÝ

Tên Bệnh Nhân: _____ Ngày Sinh: ____/____/____
 Địa Chỉ: _____

Thành Phố / Bang / Mã Zip: _____ Số An Sinh Xã Hội: _____

Điện Thoại Nhà (____) _____ - _____ Điện Thoại Di Động (____) _____ - _____

Điện Thoại Cơ Quan Làm Việc (____) _____ - _____

Giới Tính : Nam Nữ Tình Trạng Hôn Nhân: _____ Địa chỉ E-Mail: _____

Tên Người Liên Lạc Khẩn Cấp _____ Số Điện Thoại: (____) _____ - _____ Mối Quan Hệ: _____

Bác Sĩ Chăm Sóc Chính / Số Điện Thoại: _____ / (____) _____ - _____

Bác Sĩ Giới Thiệu / Số Điện Thoại: _____ / (____) _____ - _____

Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn Có Không Viện Chăm Sóc Đặc Biệt Có Không

Tên & Địa Chỉ Cơ Sở: _____

THÔNG TIN VỀ BẢO HIỂM

Bảo Hiểm Chính: Có Không
 Tên: _____ Địa Chỉ: _____

Số Đơn Bảo Hiểm: _____ Số Nhóm: _____ Số Điện Thoại: (____) _____ - _____
 Người Đăng Ký Chính: _____ Số An Sinh Xã Hội : _____ - _____ Ngày Sinh: ____/____/____

Bảo Hiểm Phụ: Có Không
 Tên: _____ Địa Chỉ: _____

Số Đơn Bảo Hiểm: _____ Số Nhóm: _____ Số Điện Thoại: (____) _____ - _____
 Người Đăng Ký Chính : _____ Số An Sinh Xã Hội : _____ - _____ Ngày Sinh: ____/____/____

BÊN CHIU TRÁCH NHIỆM TÀI CHÍNH (nếu khác với ở trên):

Tên: _____ Địa chỉ: _____
 Mối quan hệ: _____ Số An Sinh Xã Hội : _____ - _____ Ngày Sinh: ____/____/____

VUI LÒNG DỪNG tại QUẦY THU TIỀN trước khi rời khỏi phòng khám của chúng tôi Các khoản thanh toán cho các dịch vụ đã thực hiện phải được thanh toán trong cùng ngày với dịch vụ Là một phần trong các dịch vụ của chúng tôi, chúng tôi sẽ nộp yêu cầu bảo hiểm của quý vị. Các thỏa thuận bảo hiểm/tài chính nên được thực hiện với Phòng Quan Hệ Bệnh Nhân của chúng tôi trước khi tiêm, chiếu la-de hoặc phẫu thuật.

TUYÊN BỐ VỀ TIẾT LỘ THÔNG TIN VÀ CHUYỂN GIAO QUYỀN LỢI
 Tôi có quyền tiết lộ bất kỳ thông tin y tế nào để xử lý yêu cầu bảo hiểm của mình và cũng CHUYỂN GIAO cho BÁC SĨ tất cả các khoản thanh toán từ MEDICARE và/hoặc (các) nhà cung cấp bảo hiểm khác đối với các dịch vụ đã thực hiện mà tôi hiểu và đồng ý với các điều kiện ở trên.

CÁC QUYỀN RIÊNG TƯ HIPAA VÀ ỦY QUYỀN TIẾT LỘ VÀ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ
 Tôi đã đọc bản tuyên bố về các quyền HIPAA và ủy quyền và đồng ý tiết lộ hồ sơ y tế liên quan đến việc điều trị của tôi

NGÀY: ____/____/____

CHỮ KÝ: _____