

Perintis Medis Komprehensif

Tanggal: _____

PENDAFTARAN PASIEN

HARAP CETAK DAN LENGKAPI SEMUA ENTRI

NAMA PASIEN (TERAKHIR -- PERTAMA -- AWAL TENGAH)		ALAMAT		
KOTA, NEGARA	RITSLETING	TELEPON RUMAH	TELEPON SELULAR	
TANGGAL KELAHIRAN PASIEN	SSN PASIEN	SEKS -Pria -Perempuan	STATUS PERNIKAHAN -Lajang - Menikah - Lainnya _____	
NAMA PEKERJA PASIEN	ALAMAT MAJIKAN PASIEN (ALAMAT JALAN - KOTA - NEGARA - ZIP)		TELEPON MAJIKAN	
INFORMASI TERTANGGUNG/PARTAI PENANGGUNG JAWAB		HUBUNGAN DENGAN PASIEN: -pasangan -orang tua -wali		
NAMA (PERTAMA -- TERAKHIR -- AWAL TENGAH)		ALAMAT (bila berbeda dengan pasien)		
TELEPON RUMAH	TELEPON KANTOR	SSN	TANGGAL LAHIR	PEMBERI PEKERJAAN
INFORMASI ASURANSI				
NAMA ASURANSI UTAMA		ALAMAT (JALAN - KOTA - NEGARA - ZIP)		TELEPON
NOMOR GRUP	NOMOR ID	PEMBERI PEKERJAAN	TELEPON MAJIKAN	
NAMA ASURANSI SEKUNDER		ALAMAT (JALAN - KOTA - NEGARA - ZIP)		TELEPON
NOMOR GRUP	NOMOR ID	PEMBERI PEKERJAAN	TELEPON MAJIKAN	
DOKTER PERTAMA/DOKTER KELUARGA		DOKTER REFERENSI		
DALAM KASUS KONTAK DARURAT		HUBUNGAN	NOMOR TELEPON	

TUGAS DAN PELEPASAN : Dengan ini saya mengizinkan manfaat asuransi saya dibayarkan langsung ke dokter dan saya bertanggung jawab secara finansial untuk layanan yang tidak ditanggung. Saya juga memberi kuasa kepada dokter untuk mengeluarkan informasi apa pun yang diperlukan dalam pemrosesan klaim ini dan semua klaim di masa mendatang. Jika akun saya dikirim ke agen penagihan, saya setuju untuk membayar semua biaya penagihan dan pengacara.

TANDA TANGAN (Pasien atau, jika tanda tangan kecil dari orang tua atau wali)

TANGGAL

Otorisasi untuk mengeluarkan informasi kesehatan kepada:

Nama		ALAMAT		
KOTA, NEGARA	RITSLETING	TELEPON RUMAH	TELEPON SIANG HARI	
TANGGAL LAYANAN		IZIN BERAKHIR (KEQUALI DICATAT LAIN, IZIN INI AKAN TETAP BERLAKU SATU TAHUN DARI TANGGAL DITANDA TANGAN)		
DARI:	KE:	-TIDAK PERNAH BERTANGGAL:		
Rilis informasi berikut:				
-Semua Catatan	-Catatan Bagan	-Laporan Radiologi	-Laporan Operatif	-Sejarah & Fisik

PELEPASAN INFORMASI

Aku mengerti itu:

- sekali "fasilitas ini" mengungkapkan informasi kesehatan saya atas permintaan saya, tidak dapat menjamin bahwa Penerima tidak akan mengungkapkan kembali informasi kesehatan saya kepada pihak ketiga. Pihak ketiga mungkin tidak diwajibkan untuk mematuhi Otorisasi ini atau undang-undang federal dan negara bagian yang berlaku yang mengatur penggunaan dan pengungkapan informasi kesehatan saya.
- Saya dapat membuat permintaan tertulis kapan saja untuk memeriksa dan/atau mendapatkan salinan informasi kesehatan saya yang disimpan di fasilitas ini sebagaimana diatur dalam Aturan Privasi Federal 45 CFR (164.524).
- catatan saya dilindungi dan tidak dapat diungkapkan tanpa izin tertulis
- Otorisasi ini akan tetap berlaku selama satu tahun atau saya memberikan pemberitahuan pencabutan tertulis kepada Departemen Rekam Medis.

TANDA TANGAN PASIEN ATAU PERWAKILAN HUKUM	TANGGAL	SUREL
JIKA DITANDATANGANI OLEH PERWAKILAN HUKUM, HUBUNGAN PADA PASIEN	TANDA TANGAN SAKSI (Opsional):	

Perintis Medis Komprehensif

Tanggal: _____

RIWAYAT MEDIS PASIEN

[illegible]