



Formulir Pendaftaran Pasien

INFORMASI PASIEN:MRN:

MRN ORG:

Nama Resmi Pasien (Belakang, Depan, Tengah) _____ Nama panggilan: _____
 Soc. Nomor Keamanan: _____ Tanggal lahir: _____ Seks:-M-F
 Status pernikahan:--Lajang----Menikah dengan --Cerai-----Janda --Terpisah
 Dokter Perawatan Primer _____ Telp Rumah: _____ Sel: _____ Surel: _____
 Alamat Jalan Pasien: _____ Kota: _____ Negara: _____ Ritsleting: _____
 Zip Kotak PO _____
 Kotak PO: _____ Kode: _____
 Pemberi pekerjaan: _____ Emp. Alamat (Jalan, PO Box) _____
 Kota: _____ Negara: _____ Ritsleting: _____ No Telepon Majikan _____ Perpanjangan _____
 Alasan untuk mengunjungi _____ Siapa yang merujuk Anda kepada kami? _____

Apakah kami memiliki izin Anda untuk meninggalkan pesan suara (yaitu pengingat janji temu) di nomor kontak?--Ya----Tidak Apakah kami memiliki izin Anda untuk meninggalkan pesan suara untuk hasil tes normal di nomor kontak?--Ya--TIDAK

PEMEGANG ASURANSI UTAMA / PENANGGUNG JAWAB TAGIHAN -Periksa di sini jika sama seperti di atas

Nama (Belakang, Depan, Tengah) _____ Telp Rumah: _____ Sel: _____ Surel: _____
 Alamat Jalan (Wajib): _____ Kota: _____ Negara: _____ Ritsleting: _____
 PO Box: _____ Kode Pos Kotak Pos: _____ Tanggal lahir: _____ Seks:-M --F
 Hubungan dengan pasien:--Induk--Majikan --Pasangan --Diri sendiri--Lainnya _____
 Anak: _____ Emp. Alamat (Jalan, PO Box) _____
 Kota: _____ Negara: _____ Ritsleting: _____ Nomor Telepon Majikan: _____ Perpanjangan: _____
 Bagaimana Anda membayar hari ini?--Uang tunai--Memeriksa----Kartu kredit--Pertanggungan --Komp Pekerja. --Akun Perusahaan

KONTAK DARURAT

Nama (Belakang, Depan, Tengah) _____ Telp Rumah: _____ Sel: _____ Surel: _____
 Alamat Jalan (Wajib): _____ Kota: _____ Negara: _____ Ritsleting: _____
 PO Box (jika ada) _____ Nomor Telepon Majikan: _____ Perpanjangan: _____
 Hubungan dengan pasien:--Induk--Anak --Pasangan----Lainnya _____

INFORMASI ASURANSI

Nama Asuransi Utama:

Anggota/Pemegang Polis (bila berbeda dengan pasien): (Terakhir, Pertama, MI)

ID Anggota/Pemegang Polis#: _____ Tanggal lahir _____
 Perusahaan Asuransi Nomor Telepon. _____ Grup No. _____
 Alamat Perusahaan Asuransi (Alamat Jalan / PO Box) _____
 Kota: _____ Kode Pos: _____

Nama Asuransi Utama:

Anggota/Pemegang Polis (bila berbeda dengan pasien): (Terakhir, Pertama, MI)

ID Anggota/Pemegang Polis#: _____ Tanggal lahir _____
 Perusahaan Asuransi Nomor Telepon. _____ Grup No. _____
 Alamat Perusahaan Asuransi (Alamat Jalan / PO Box) _____
 Kota: _____ Negara: _____ Ritsleting: _____

OTORISASI, PENETAPAN MANFAAT, DAN PEMBEBASAN MEDIS RUJUKAN

Dengan ini saya memberikan kuasa untuk memberikan informasi medis termasuk catatan medis lengkap, hasil tes, dan informasi penagihan kepada perusahaan asuransi saya, dan kepada profesional medis dan institusi perawatan medis lain yang mungkin saya rujuk untuk perawatan. Saya memahami bahwa informasi ini akan digunakan untuk meninjau, menyelidiki, atau melakukan pembayaran klaim, dan untuk meninjau catatan untuk prakarsa peningkatan kualitas, kepatuhan audit, manajemen pemanfaatan, dan resolusi yang sesuai. Saya mengesahkan pembayaran langsung ke praktik dokter ini untuk semua tunjangan medis atau bedah yang dibayarkan kepada saya berdasarkan persyaratan asuransi saya. Saya memahami bahwa saya bertanggung jawab secara finansial atas semua pembayaran bersama, asuransi bersama, deductible, dan layanan yang tidak ditanggung. Fotokopi surat kuasa ini akan dianggap berlaku dan sah seperti aslinya.

Tertanda: _____ Tanggal: (Bulan/Tanggal/Tahun) _____ / _____ / _____

Hanya Penggunaan Kantor: (komentar umum) _____