



### Pendaftaran Pasien Baru

#### Informasi pasien :

Nama (Belakang, Depan): \_\_\_\_\_ Tanggal: \_\_\_\_\_

Alamat: \_\_\_\_\_  
Jalan Kota Negara Kode Pos

Telepon (Rumah): \_\_\_\_\_ (Kerja): \_\_\_\_\_ (Seluler): \_\_\_\_\_

Nomor Jaminan Sosial: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tanggal Lahir: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Jenis Kelamin: ( L / P )

Email: \_\_\_\_\_ Email Alternatif: \_\_\_\_\_

Majikan (dari pihak bertanggung): \_\_\_\_\_ Telepon Majikan: \_\_\_\_\_

Alamat: \_\_\_\_\_  
Jalan Kota Negara Kode Pos

#### Informasi asuransi:

Asuransi Utama: \_\_\_\_\_ Asuransi Sekunder: \_\_\_\_\_

Kebijakan #: \_\_\_\_\_ Kebijakan #: \_\_\_\_\_

Grup #: \_\_\_\_\_ Grup #: \_\_\_\_\_

Nama Pemegang Polis: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Hubungan Pasien dengan Pemegang Polis: \_\_\_\_\_

#### Informasi Dokter:

Nama Dokter yang Merujuk: \_\_\_\_\_ Telepon: \_\_\_\_\_

Alamat: \_\_\_\_\_ Kota: \_\_\_\_\_ Negara Bagian: \_\_\_\_\_

Nama Dokter Perawatan Primer: \_\_\_\_\_ Telepon: \_\_\_\_\_ (Bila berbeda dengan dokter yang merujuk)

Alamat: \_\_\_\_\_ Kota: \_\_\_\_\_ Negara Bagian: \_\_\_\_\_

#### Kontak darurat:

Nama: \_\_\_\_\_

Telepon (Rumah): \_\_\_\_\_ (Seluler): \_\_\_\_\_

Hubungan dengan pasien: \_\_\_\_\_



## Riwayat kesehatan Kuesioner Sosial

Nama pasien: \_\_\_\_\_

TTL: \_\_\_\_\_

Apakah Anda sekarang atau pernah mengalami salah satu dari yang berikut ini? (Centang semua yang sesuai)

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Radang sendi	<input type="checkbox"/> Tekanan Darah Tinggi
<input type="checkbox"/> Serangan jantung	<input type="checkbox"/> Penyakit jantung	<input type="checkbox"/> Alat Pacu Jantung / Implan Bedah
<input type="checkbox"/> Penyakit Vaskular	<input type="checkbox"/> Sakit kepala	<input type="checkbox"/> Masalah Ginjal
<input type="checkbox"/> Luka Terbuka	<input type="checkbox"/> Infeksi Saat Ini	<input type="checkbox"/> Alergi
<input type="checkbox"/> Hernia	<input type="checkbox"/> Kejang	<input type="checkbox"/> Logam dalam
<input type="checkbox"/> Kanker/Tumor	<input type="checkbox"/> Masalah Tiroid	<input type="checkbox"/> Tubuh <input type="checkbox"/> CVA/Stroke
<input type="checkbox"/> Fraktur Sebelumnya	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Depresi
<input type="checkbox"/> Kecemasan	<input type="checkbox"/> Penyalahgunaan Zat	<input type="checkbox"/> Operasi Sebelumnya
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Sedang Hamil	<input type="checkbox"/> Hepatitis (A, B, C)
<input type="checkbox"/> Hipersensitivitas terhadap Panas/Dingin Perkiraan		<input type="checkbox"/> Lainnya _____

Tanggal Cedera: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Penjelasan Cedera: \_\_\_\_\_

Apakah Anda saat ini minum obat? YA TIDAK

Jika ya, sebutkan obat-obatan & tentukan kondisinya: \_\_\_\_\_

Apakah saat ini Anda memiliki transportasi ke dan dari terapi fisik? YA TIDAK

Apakah saat ini Anda mengalami kesulitan keuangan yang membuat Anda tidak bisa datang ke fisioterapi? YA TIDAK

Apakah Anda saat ini (Lingkari semua yang sesuai)

Dipekerjakan

Penganggur

Pensiun – Tanggal \_\_\_\_\_

Dinonaktifkan – Tanggal \_\_\_\_\_

Apakah Anda sedang menerima, atau dalam 30 hari terakhir, pernahkah Anda menerima layanan Home Health (HH) dari seseorang untuk jenis atau prosedur apa pun? YA TIDAK

**\* \*Harap beri tahu meja depan jika Anda telah menerima atau sedang menerima Home Health\*\***

Jika ya, Mohon tuliskan nama instansi, nomor telepon, dan nama dokter yang memesan Home Health.

Nama agensi: \_\_\_\_\_

Telepon: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dokter Pemesanan: \_\_\_\_\_

Tanggal HH Dimulai: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tangan Pasien/Wali

Tanda

\_\_\_\_\_  
Tanggal



Solusi Terapi Elit  
2100 N. Greenville Ave. Suite 100  
Richardson TX, 75080  
Telepon: (972) 644-0701  
Faks: (972) 644-0003  
Di Gym Jerome

Nama: _____	Tanggal: _____
Dokter: _____	DOB: _____
Usia: _____	Apa yang kami
temui hari ini? _____	Tanggal spesifik cedera/
onset gejala: (mm/dd/yy) _____	Bagaimana itu terjadi?
_____	Buat daftar perawatan
sebelumnya untuk episode ini: _____	Catatan:
_____	
_____	

Riwayat penyakit dahulu: (centang semua yang sesuai):			
Tekanan Darah Tinggi	____ Ya ____ Tidak	Osteoporosis	____ Ya ____ Tidak
Masalah jantung	____ Ya ____ Tidak	Gumpalan Darah	____ Ya ____ Tidak
Gangguan Neurologis	____ Ya ____ Tidak	Diabetes	____ Ya ____ Tidak
Alat pacu jantung	____ Ya ____ Tidak	Kanker	____ Ya ____ Tidak
Osteoarthritis	____ Ya ____ Tidak	Kejang	____ Ya ____ Tidak
Hamil	____ Ya ____ Tidak ____ Tidak yakin		
Pembedahan (jenis daftar): _____		Lainnya: _____	

Apakah ada perubahan kesehatan baru-baru ini (yaitu kenaikan/penurunan berat badan yang signifikan; masalah kandung kemih; demam; pusing, perubahan penglihatan dan/atau ucapan, dll.)? Jika ya, sebutkan:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Apakah Anda sedang mengonsumsi obat? (sebutkan) \_\_\_\_\_ Alergi terhadap obat? (sebutkan) \_\_\_\_\_ Apakah Anda pernah melakukan tes berikut untuk kejadian khusus ini? CT Scan MRI X-Ray Magnetic Resonance Scan 1. Apakah Anda sulit tidur? Ya Tidak

Tidur dengan posisi apa? \_\_\_\_\_ Berapa banyak bantal yang Anda gunakan? \_\_\_\_\_

2. Apakah Anda pernah menjalani terapi fisik untuk masalah ini sebelumnya? Ya Tidak Kapan? \_\_\_\_\_

3. Apakah saat ini Anda sedang dirawat oleh penyedia layanan kesehatan lain? Ya Tidak Siapa? \_\_\_\_\_

4. Bagaimana tingkat aktivitas Anda sebelum cedera? (lingkari satu) Tinggi Sedang Rendah

5. Apakah Anda sedang bekerja? \_\_\_\_ penuh waktu \_\_\_\_ tugas ringan \_\_\_\_ mati \_\_\_\_ ibu rumah tangga \_\_\_\_ N/A

6. Apa pekerjaan Anda? \_\_\_\_\_

7. Apa yang dibutuhkan oleh pekerjaan Anda? \_\_\_\_ mengangkat \_\_\_\_ Dorong tarik \_\_\_\_ menulis \_\_\_\_ duduk  
\_\_\_\_ sedang berjalan \_\_\_\_ memutar \_\_\_\_ mencapai \_\_\_\_ komputer/mengetik  
\_\_\_\_ berdiri \_\_\_\_ membawa \_\_\_\_ memanjat \_\_\_\_ berlutut/berjongkok  
\_\_\_\_ gerakan berulang \_\_\_\_ lainnya: \_\_\_\_\_

8. Kapan janji dokter berikutnya? \_\_\_\_\_ Dengan siapa? \_\_\_\_\_

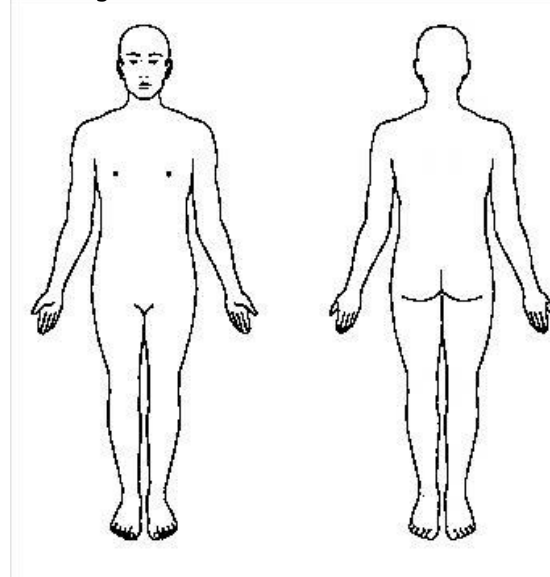
9. Apakah Anda mengalami kesulitan dengan tugas-tugas berikut?

	YA	TIDAK		YA	TIDAK
Masuk / keluar dari tempat	_____	_____	Menyetir	_____	_____
tidur Berpakaian / Berdandan	_____	_____	Kegiatan Rekreasi atau	_____	_____
Tugas rumah	_____	_____	Olahraga Menaiki Tangga/Tbk	_____	_____
Cucian	_____	_____	Belanja bahan makanan / Tugas	_____	_____
Membungkuk / Membungkuk	_____	_____	Berdiri 30 menit	_____	_____
Sedang berjalan	_____	_____	Mengangkat / Membawa	_____	_____

10. Jelaskan rasa sakit Anda:

Tandai area PAIN dengan "X"

Tandai area mati rasa/kesemutan dengan "O"



sakit saya adalah: \_\_\_\_\_ sakit \_\_\_\_\_ pembakaran \_\_\_\_\_ menusuk \_\_\_\_\_ Pin dan jarum  
 \_\_\_\_\_ membosankan \_\_\_\_\_ tajam \_\_\_\_\_ lainnya: \_\_\_\_\_

Beri peringkat rasa sakit Anda pada skala 0-10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Tidak ada rasa sakit Lembut Sedang Berat Sangat Parah Ruang gawat darurat

11. Kapan rasa sakit Anda semakin parah? (lingkari satu): Pagi Sore Malam

12. Apakah nyeri Anda KONSTAN / DATANG DAN PERGI ? (lingkari satu)

13. Apa yang membuat nyeri Anda semakin parah? \_\_\_\_\_

14. apa yang meringankan rasa sakit Anda? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tanda  
 Tangan Pasien/Wali Tanggal

\_\_\_\_\_ Ditinjau oleh Terapis  
 Tanggal



## Instrumen Optimal Dasar Kesulitan

Nama pasien: \_\_\_\_\_

Tanggal: \_\_\_\_\_

<b>INSTRUKSI:</b> Harap lingkari tingkat kesulitan yang Anda miliki untuk masing-masing aktivitas hari ini.	Mampu melakukan Tanpa apapun kesulitan	Mampu melakukan dengan sedikit kesulitan	Mampu melakukan dengan moderat kesulitan	Mampu melakukan dengan banyak kesulitan	Tidak bisa Mengerjakan	Bukan berlaku
1. Berbaring Mendatar	1	2	3	4	5	9
2. Berguling	1	2	3	4	5	9
3. Bergerak -berbaring ke duduk	1	2	3	4	5	9
4. Duduk	1	2	3	4	5	9
5. Jongkok	1	2	3	4	5	9
6. Membungkuk/Membungkuk	1	2	3	4	5	9
7. Menyeimbangkan	1	2	3	4	5	9
8. Berlutut	1	2	3	4	5	9
9. Berdiri	1	2	3	4	5	9
10. Berjalan – jarak pendek	1	2	3	4	5	9
11. Berjalan – jarak jauh	1	2	3	4	5	9
12. Berjalan – di luar ruangan	1	2	3	4	5	9
13. Menaiki tangga	1	2	3	4	5	9
14. Melompat	1	2	3	4	5	9
15. Melompat	1	2	3	4	5	9
16. Lari	1	2	3	4	5	9
17. Mendorong	1	2	3	4	5	9
18. Menarik	1	2	3	4	5	9
19. Mencapai	1	2	3	4	5	9
20. Menggenggam	1	2	3	4	5	9
21. Mengangkat	1	2	3	4	5	9
22. Membawa	1	2	3	4	5	9

23. Dari daftar di atas, pilihlah tiga kegiatan yang paling ingin Anda lakukan tanpa kesulitan (misalnya: jika Anda paling ingin *menaiki tangga, berlutut, Dan melompat* tanpa kesulitan apapun, Anda akan memilih: 1. 13 .83. 14)

1. \_\_\_\_ 2. \_\_\_\_ 3. \_\_\_\_

24. Dari daftar tiga aktivitas di atas, pilih aktivitas utama yang paling ingin Anda lakukan tanpa kesulitan apa pun (misalnya, jika Anda paling ingin bisa melakukannya *menaiki tangga* tanpa kesulitan apa pun Anda akan memilih: Tujuan utama: 13)

Tujuan utama: \_\_\_\_

## **PENGATURAN KEUANGAN DAN ASURANSI MEDIS**

Kami ingin berterima kasih kepada Anda karena telah memilih Elite Therapy Solutions untuk kebutuhan dan penampilan terapi fisik Anda berharap untuk bekerja dengan Anda untuk mencapai tujuan Anda. Kami meminta bantuan Anda dalam meninjau dan memahami kebijakan pembayaran kami. Jika Anda memiliki pertanyaan, jangan ragu untuk bertanya, kami dengan senang hati tolong kamu. Setelah Anda meninjau kebijakan tersebut *silakan lengkapi dan tandatangani pendaftaran di sisi lain.*

- Pembayaran bersama jatuh tempo pada saat layanan-
  - 
  - Kami menerima uang tunai, cek pribadi, MasterCard, Visa, dan Discover-
  - 
  - Kami akan dengan senang hati membantu Anda memproses formulir klaim asuransi untuk penggantian Anda-
  - 
  - Kami menerima tugas-
  - 
  - Kami menyadari bahwa masalah keuangan sementara dapat timbul yang memengaruhi pembayaran akun Anda tepat waktu.
- Silakan hubungi manajer kantor kami jika timbul masalah, kami akan senang bekerja sama dengan Anda.-

Dengan menandatangani, Anda setuju untuk:

- Bayar setiap dan semua biaya yang tidak dibayar oleh perusahaan asuransi Anda. Biaya ini dapat mencakup jumlah yang berlaku untuk pengurangan tahunan Anda, jumlah pembayaran bersama, dan biaya yang ditolak karena tidak tercakup oleh program asuransi Anda atau dianggap perlu secara medis.-
- 
- Jika akun Anda harus dirujuk ke agen penagihan atau pengacara untuk penagihan, Anda menyetujuinya membayar setiap dan semua biaya penagihan dan atau biaya pengadilan.-

Terapis Anda akan dengan senang hati mendiskusikan perawatan yang Anda usulkan dengan Anda, tetapi semua pertanyaan yang berkaitan dengan asuransi Anda perusahaan akan diarahkan kepada manajer kantor.

**Harap menyadari bahwa asuransi Anda adalah kontrak antara Anda, majikan Anda dan perusahaan asuransi.**

**Kami bukan pihak dalam kontrak itu.**

Tidak semua layanan merupakan manfaat yang tercakup dalam semua kontrak.



**2100 N.GREENVILLE AVE SUITE 100  
RICHARDSON TX, 75082  
TELEPON: (972) 664-0701 FAKS: (972) 664-0003**

Terima kasih telah memilih **Solusi Terapi Elit** untuk perawatan terapi fisik Anda. Kami telah menghubungi perusahaan asuransi Anda untuk perawatan Anda, menurut untuk Manfaat perwakilan akan ditanggung sebagai berikut:

PENGURANGAN: \_\_\_\_\_ BERTEMU: \_\_\_\_\_ KESEIMBANGAN: \_\_\_\_\_

PEMBAYARAN BERSAMA: \_\_\_\_\_ ASURANSI BERSAMA: \_\_\_\_\_

ASURANSI MEMBAYAR: \_\_\_\_\_ DARI RESASONABLE DAN DIPERLUKAN

Bagian pasien dari biaya ini akan dibayarkan pada saat layanan. (Dalam beberapa kasus, pengaturan khusus dapat dilakukan untuk membayar biaya ini setiap minggu.)

Meskipun **Solusi Terapi Elit** melakukan segala upaya untuk membebaskan biaya sesuai dengan sebagian besar definisi perusahaan asuransi tentang WAJAR DAN PERLU; terkadang seluruh biaya tidak dapat dibayarkan oleh asuransi. Perlu dipahami bahwa jumlah yang tidak dibayarkan oleh penyerahan asuransi akan menjadi tanggung jawab tertanggung.

Saya telah membaca dan memahami hal di atas dan menyetujui persyaratan yang ditetapkan dalam dokumen ini. Saya mengerti itu **Solusi Terapi Elit** adalah pengajuan manfaat asuransi untuk saya, tanggung jawab pembayaran rekening ini adalah milik saya.

**\* \* \* \* \* JIKA ANDA TELAH MEMBAYAR TANGGUNG JAWAB ANDA KE LAINNYA  
FASILITAS ATAU DOKTER, KLAIM ANDA AKAN KAMI TOLONG SELAMA DUA MINGGU.**

**SETELAH ITU, JIKA ASURANSI ANDA TIDAK MEMBAYAR KLAIM ANDA AKIBATNYA  
PENGURANGAN ANDA, ANDA AKAN BERTANGGUNG JAWAB. \* \* \* \* \***

\_\_\_\_\_  
Tanda  
tangan Tertanggung

\_\_\_\_\_  
Tanggal

\_\_\_\_\_  
Saksi

\_\_\_\_\_  
Tanggal



## Pernyataan Tanggung Jawab Keuangan

Elite Therapy Solutions peduli dengan kesehatan Anda. Kami berharap dapat membantu Anda dengan masalah perawatan kesehatan Anda. Harap diingat bahwa asuransi kesehatan Anda adalah tanggung jawab Anda, tetapi kami dapat membantu. Terlepas dari apa yang mungkin kami hitung sebagai tunjangan kesehatan Anda dalam dolar, kami harus menekankan fakta bahwa Anda, pasien, bertanggung jawab atas total biaya perawatan. Sebagai rasa hormat kepada Anda, kami dapat menerima penugasan pembayaran manfaat dari sebagian besar perusahaan asuransi. Ini akan mengurangi pengeluaran langsung Anda. Kami memberikan waktu 90 hari bagi perusahaan asuransi Anda untuk melakukan pembayaran. Setelah itu semua pertanyaan atau tindak lanjut pembayaran menjadi tanggung jawab Anda.

\_\_\_\_\_  
Tanda  
Tangan Pasien/ Penjamin

\_\_\_\_\_  
Tanggal

JIKA ANDA MENERIMA MEDICARE, HARAP BACA BERIKUT, TANDA, DAN, TANGGAL

## IZIN PENGobatan PASIEN

Nama Pasien: \_\_\_\_\_ Nomor

Medicare Pasien: \_\_\_\_\_

Saya meminta agar pembayaran tunjangan Medicare resmi dilakukan kepada saya atau atas nama:

## Solusi Terapi Elit

untuk setiap layanan yang diberikan kepada saya oleh dokter/pemasok tersebut. Saya memberi kuasa kepada setiap pemegang atau pemegang informasi medis tentang saya, untuk memberikan informasi kepada Administrasi Pembiayaan Perawatan Kesehatan dan agennya, setiap informasi yang diperlukan menentukan tunjangan ini dibayarkan ke layanan terkait. Saya memahami permintaan tanda tangan saya agar pembayaran dilakukan dan mengesahkan pelepasan informasi medis yang diperlukan untuk membayar klaim. Jika (selain asuransi) disebutkan dalam item 9 formulir HCFA -1500, atau di tempat lain pada formulir klaim lain yang disetujui atau klaim yang diajukan secara elektronik, tanda tangan saya mengizinkan pengungkapan informasi tersebut kepada perusahaan asuransi atau agen yang ditunjukkan. Dalam kasus yang ditugaskan oleh Medicare, dokter atau pemasok setuju untuk menerima penetapan biaya dari pembawa Medicare sebagai biaya penuh, dan pasien hanya bertanggung jawab atas biaya yang dapat dikurangkan, asuransi bersama, dan layanan yang tidak ditanggung. Co-insurance dan deductible didasarkan pada penentuan biaya dari pembawa Medicare.

\_\_\_\_\_  
Tanda Tangan Pasien/Wali

\_\_\_\_\_  
Tanggal





## Pemberitahuan Praktik Privasi Kami

PEMBERITAHUAN INI MENJELASKAN BAGAIMANA INFORMASI MEDIS TENTANG ANDA DAPAT DIGUNAKAN DAN DIUNGKAPKAN DAN BAGAIMANA ANDA DAPAT MENDAPATKAN AKSES KE INFORMASI INI.

TOLONG DIPERHATIKAN DENGAN SEKSAMA.

Tanggal Efektif: 14/4/2003

Tanggal Revisi: 2/12/2015

### **DI BAWAH HUKUM FEDERAL, BAGAIMANA INFORMASI KESEHATAN ANDA YANG DILINDUNGI PERLU DIGUNAKAN ATAU DIUNGKAPKAN OLEH KANTOR KAMI UNTUK TUJUAN OPERASI PERAWATAN, PEMBAYARAN, ATAU PERAWATAN KESEHATAN?**

Secara umum, informasi Anda yang dilindungi dapat digunakan atau diungkapkan oleh klinik kami untuk perawatan, pembayaran, atau operasi perawatan kesehatan tertentu. Ketiga kata atau frasa ini didefinisikan oleh Hukum Federal, 45 CFR s 164.501 dan peraturan lainnya sebagai berikut:

Perlakuan: *Perawatan berarti penyediaan, koordinasi, atau pengelolaan perawatan kesehatan dan layanan terkait oleh satu atau lebih penyedia layanan kesehatan, termasuk koordinasi atau pengelolaan perawatan kesehatan oleh penyedia layanan kesehatan dengan pihak ketiga; konsultasi antara penyedia layanan kesehatan yang berkaitan dengan pasien; atau rujukan pasien untuk perawatan kesehatan dari satu penyedia layanan kesehatan ke penyedia layanan kesehatan lainnya.*

Pembayaran: *kegiatan yang dilakukan oleh kami untuk mendapatkan atau memberikan penggantian untuk penyediaan perawatan kesehatan.* Kegiatan tersebut termasuk tanpa batas penentuan kelayakan atau cakupan (termasuk koordinasi manfaat atau penentuan jumlah pembagian biaya), dan adjudikasi atau subrogasi klaim manfaat kesehatan; penagihan, manajemen klaim, aktivitas penagihan, memperoleh pembayaran berdasarkan kontrak untuk reasuransi (termasuk asuransi stop-loss dan asuransi kelebihan kerugian), dan pemrosesan data perawatan kesehatan terkait; dan meninjau layanan perawatan kesehatan sehubungan dengan kebutuhan medis, cakupan di bawah rencana kesehatan, kesesuaian perawatan, atau pembenaran biaya.

Operasi Perawatan Kesehatan Lainnya: 45 CFR s 14.501 dan .520(b)(1)(iii) menguraikan beberapa tujuan lain di mana praktik kami dapat menggunakan atau mengungkapkan informasi yang dilindungi. Misalnya, praktik kami dapat menggunakan atau mengungkapkan informasi yang dilindungi untuk tujuan (1) melaksanakan program pelatihan di mana pelajar, peserta pelatihan, atau praktisi di bidang perawatan kesehatan belajar di bawah pengawasan untuk mempraktikkan atau meningkatkan keterampilan mereka sebagai penyedia layanan kesehatan, (2) memberikan pengingat janji temu kepada pasien, (3) memberikan alternatif pengobatan atau manfaat dan layanan terkait kesehatan lainnya yang mungkin menarik bagi pasien, dan (4) menghubungi pasien untuk menggalang dana.

### **Pengungkapan kepada Pasien melalui Fax dan E-mail**

Secara berkala, pasien meminta agar klinik kami mengirimkan informasi yang dilindungi kepada mereka melalui faks, email, atau meninggalkan pesan di voicemail mengenai informasi tersebut. Meskipun kami dapat meminta otorisasi tertulis khusus dari Anda sebelum mengungkapkan informasi yang dilindungi melalui cara tersebut, Anda dengan ini setuju (1) bahwa dengan memberikan kami nomor faks, alamat email, atau nomor telepon yang menyertakan pesan suara, Anda dengan ini menyetujui pengungkapan tersebut melalui sarana tersebut, dan (2) jika Anda menerima informasi yang dilindungi dari kami melalui sarana tersebut DAN Anda tidak ingin menerima komunikasi lagi dengan cara ini atau cara lainnya, Anda setuju bahwa Anda akan segera menginstruksikan kami secara tertulis untuk tidak melanjutkan mengungkapkan informasi Anda yang dilindungi melalui cara tersebut.

### **Di bawah Hukum Federal, Bagaimana Informasi Kesehatan Anda yang Dilindungi Perlu Digunakan atau Diungkap dengan Cara yang Tidak Memerlukan Persetujuan atau Otorisasi Tertulis?**

Dalam keadaan tertentu, hukum dapat mewajibkan atau mengizinkan praktik kami untuk menjadikan kami atau mengungkapkan informasi pribadi Anda tanpa persetujuan atau otorisasi Anda. Keadaan seperti itu meliputi:

- a) Penggunaan dan pengungkapan yang diwajibkan oleh hukum
- b) Penggunaan dan pengungkapan untuk layanan kesehatan masyarakat
- c) Pengungkapan tentang korban pelecehan, penelantaran, atau kekerasan dalam rumah tangga,
- d) Penggunaan dan pengungkapan untuk kegiatan pengawasan kesehatan
- e) Pengungkapan untuk proses peradilan dan administratif
- f) Pengungkapan untuk tujuan penegakan hukum
- g) Penggunaan dan pengungkapan tentang orang mati
- h) Penggunaan dan pengungkapan untuk tujuan donasi organ, mata atau jaringan kadaver
- i) Penggunaan dan pengungkapan untuk tujuan penelitian
- j) Penggunaan dan pengungkapan untuk mencegah ancaman serius terhadap kesehatan atau keselamatan
- k) Penggunaan dan pengungkapan untuk fungsi pemerintah khusus
- l) Pengungkapan kompensasi pekerja

### **Apa Yang Terjadi Jika Hukum Lain Lebih Ketat daripada Hukum Federal?**

Jika undang-undang lain menjadi lebih ketat daripada Undang-undang Federal sehubungan dengan penggunaan dan pengungkapan informasi Anda yang dilindungi, praktik kami akan menyertakan deskripsi persyaratan yang lebih ketat dalam pemberitahuan privasi ini.

### **Semua Penggunaan atau Pengungkapan Lainnya Membutuhkan Otorisasi Tertulis Anda**

Semua penggunaan dan pengungkapan lain selain yang tercantum di sini dan yang membutuhkan kesempatan untuk menyetujui atau menolak (lihat 45 CFR 165.512) hanya akan dilakukan dengan otorisasi tertulis dari Anda. Setelah otorisasi tersebut diberikan, Anda dapat mencabutnya kapan saja sebagaimana ditentukan oleh dan sesuai dengan 45 CFR 165.508 (b)(5).

### **Hak Anda dan Cara Menggunakan Hak tersebut**

Di bawah Hukum Federal, Anda memiliki hak-hak berikut. Untuk menggunakan hak Anda, Anda perlu mengirimkan permintaan tertulis kepada Petugas Privasi di klinik kami.

Anda berhak meminta pembatasan atas penggunaan dan pengungkapan tertentu atas informasi kesehatan yang dilindungi sebagaimana diatur dalam pasal 164.522(a). Namun perlu diketahui bahwa berdasarkan Hukum Federal, klinik kami tidak diwajibkan untuk menyetujui pembatasan yang diminta.

Anda berhak menerima komunikasi rahasia tentang informasi kesehatan yang dilindungi sebagaimana disediakan oleh dan tunduk pada 45 CFR s 164.522 (b).

Anda berhak memeriksa dan menyalin informasi kesehatan yang dilindungi sebagaimana disediakan oleh dan tunduk pada 45 CFR s 164.524.

Anda berhak mengubah informasi kesehatan yang dilindungi sebagaimana disediakan oleh dan tunduk pada 45 CFR s 164.526.

Anda berhak menerima penghitungan pengungkapan informasi kesehatan yang dilindungi sebagaimana disediakan oleh dan tunduk pada 45 CFR s 164.528.

Anda berhak mendapatkan salinan pemberitahuan privasi ini.

Jika Anda yakin bahwa hak privasi Anda telah dilanggar, Anda berhak mengajukan keluhan kepada Petugas Privasi di klinik kami dan kepada Sekretaris Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan. Untuk mengajukan keluhan kepada Petugas Privasi klinik kami, cukup minta dan lengkapi salinan formulir keluhan privasi kami dan kirimkan ke Petugas Privasi kami. Tidak ada individu yang dapat dibalas karena mengajukan keluhan semacam itu.

### **Tugas Klinik Kami**

Klinik kami diharuskan oleh undang-undang untuk menjaga privasi informasi Anda yang dilindungi dan memberi Anda pemberitahuan tentang kewajiban hukum dan praktik privasi kami terkait informasi Anda yang dilindungi. Klinik kami diharuskan untuk mematuhi ketentuan pemberitahuan privasi ini dan membuat ketentuan pemberitahuan baru efektif untuk semua informasi yang dilindungi yang disimpan oleh klinik kami. Pemberitahuan yang telah direvisi akan tersedia di meja depan klinik kami untuk pemeriksaan atau penyalinan Anda.

### **Informasi Kontak untuk Informasi Lebih Lanjut**

Donna Alford

Manajer Kantor/Petugas Privasi

Solusi Terapi Elit

2100 N. Greenville Ave Suite 100

Richardson TX, 75082



2100 N. Greenville Ave. Suite 100  
Richardson TX, 75082

### **Pemberitahuan Pengakuan Praktik Privasi**

Saya memahami bahwa berdasarkan Health Insurance Portability & Accounting Act tahun 1996 ("HIPPA"), saya memiliki hak privasi tertentu terkait informasi kesehatan saya yang dilindungi. Saya memahami bahwa informasi ini dapat dan akan digunakan untuk hal-hal berikut:

- Melakukan, merencanakan, dan mengarahkan perawatan dan tindak lanjut saya di antara beberapa penyedia layanan kesehatan yang mungkin terlibat dalam perawatan itu secara langsung dan tidak langsung.-
- Dapatkan pembayaran dari pembayar pihak ketiga.-
- Melakukan operasi perawatan kesehatan normal seperti penilaian kualitas dan sertifikasi dokter.-

Saya telah menerima, membaca, dan memahami Pemberitahuan Praktik Privasi Anda yang berisi uraian yang lebih lengkap tentang penggunaan dan pengungkapan informasi perawatan kesehatan saya. Saya memahami bahwa organisasi ini memiliki hak untuk mengubah Pemberitahuan Praktiknya dari waktu ke waktu dan bahwa saya dapat mengontrak organisasi ini kapan saja di alamat di atas untuk mendapatkan salinan Pemberitahuan Praktik Privasi yang terbaru.

Saya memahami bahwa saya dapat meminta secara tertulis agar Anda membatasi bagaimana informasi pribadi saya digunakan atau diungkapkan untuk melakukan perawatan dan pembayaran operasi perawatan kesehatan. Saya juga memahami bahwa Anda tidak diwajibkan untuk menyetujui batasan yang saya minta, tetapi jika Anda setuju maka Anda terikat untuk mematuhi batasan tersebut.

Nama pasien: \_\_\_\_\_

Orang Tua atau Wali (jika belum dewasa): \_\_\_\_\_

Tanda tangan: \_\_\_\_\_ Tanggal: \_\_\_\_\_

HANYA DIGUNAKAN DI KANTOR

Saya berusaha mendapatkan tanda tangan pasien sebagai pengakuan atas Pemberitahuan Praktik Privasi

Acknowledgement, tetapi tidak dapat melakukannya seperti yang didokumentasikan di bawah ini.

Tanggal: \_\_\_\_\_ Inisial: \_\_\_\_\_

Alasan: \_\_\_\_\_