

Perawatan Keluarga Leawood, PA

FORMULIR PENDAFTARAN PASIEN BARU

Nama pasien: _____

Alamat: _____

Bagian Sosial #: _____

Jenis Kelamin: __Laki-Laki __Perempuan Tanggal Lahir: _____

Umur: _____ Status Perkawinan: __Single __Menikah __Berceraai __Menjanda

Bagaimana Anda mengetahui tentang kami?: __Teman __Relatif __Yellow Pages

Dokter: _____

Telepon Rumah: _____ Telepon Kantor: _____

Majikan : _____ Pekerjaan: _____

Kontak darurat: _____ Hubungan: _____ Telepon Rumah:
(____) _____ Telepon Kantor: (____) _____

Siapa yang bertanggung jawab secara finansial atas pembayaran untuk layanan ini?

__Diri Sendiri __Pasangan __Orang Tua/Wali __Komponen Pekerja Lainnya: _____

Penanggung Jawab atau Bill To Information:

Nama Lengkap: _____

Hubungan: _____ _ Alamat: _____

Kota: _____ Negara Bagian: _____ Zip: _____

Telepon Rumah: (____) _____ Telepon Kantor: (____) _____

Tanggal Lahir: _____ Umur: _____ Sosial Sec. #: _____ Pemberi
pekerjaan: _____

Informasi asuransi:Harap siapkan kartu asuransi Anda sehingga kami dapat memindai informasi ke dalam catatan Anda.

Jika asuransi utama Anda adalah HMO, harap berikan nama dokter perawatan primer Anda.

Dr.: _____ Telepon:(____) _____

Penetapan Manfaat dan Otorisasi Untuk Melepaskan Informasi Medis

Saya meminta agar pembayaran tunjangan resmi Medicare, Medicaid, dan/atau Maskapai Asuransi mana pun yang terdaftar, dilakukan kepada saya atau atas nama saya kepada penyedia yang tercantum dalam formulir ini, untuk layanan apa pun yang diberikan kepada saya oleh dokter/pemasok itu. Saya mengizinkan setiap pemegang informasi medis tentang saya untuk memberikannya kepada Divisi Layanan Keluarga, Administrasi Pembiayaan Perawatan Kesehatan, perusahaan asuransi yang terdaftar, dan/atau agen dari perusahaan ini, dan/atau orang yang bertanggung jawab yang terdaftar, informasi apa pun yang diperlukan untuk menentukan manfaat ini atau manfaat untuk layanan terkait lainnya.

Tanda tangan: _____

Tanggal: _____