



360 Merrimack St.

Xây dựng 9 Entrance G

Điện thoại: 978-655-6652 Fax: 833-963-2112

Bệnh nhân mới

Ngày: _____

Tên: _____

Giới: _____

Địa chỉ cư trú: _____

Số điện thoại nhà: _____ Số điện thoại di động: _____

Địa chỉ email: _____

Địa chỉ thanh toán (nếu khác với địa chỉ cư trú): _____

Ngày sinh: _____ Tình Trạng hôn nhân: _____

Công ty bảo hiểm

Bảo hiểm thứ hai

Tên bảo hiểm: _____

Tên bảo hiểm: _____

Thuê bao #: _____

Thuê bao #: _____

Tên người đăng ký: _____

Tên người đăng ký: _____

Mối quan hệ của người đăng ký với bệnh nhân: _____

Ai chịu trách nhiệm về tài chính cho dự luật này? _____

Cuộc đua (vòng tròn một): Mỹ, Ấn Độ, hoặc Thổ Dân Alaska, Châu á, người Mỹ gốc Phi, Tây Ban Nha, Native Hawaiian, trắng, Việt Nam, khác, từ chối để nhà nước

Sắc tộc (khoanh tròn): Tây Ban Nha không phải gốc Tây Ban Nha

Liên hệ khẩn cấp #1 (Tên và điện thoại #): _____

Mối quan hệ: _____

Liên hệ khẩn cấp #2 (Tên và điện thoại #): _____

Mối quan hệ: _____

Chúng ta nên liên lạc với ai để lên lịch hẹn? _____

Thư đi được: _____

Tôi cho phép phát hành thông tin y tế cần thiết để xử lý các quyền lợi y tế và tôi cho phép thanh toán các quyền lợi y tế cho Kronos Health. PLLC, cho các dịch vụ được cung cấp bởi văn phòng này.

Chữ ký

Ngày

Chữ ký ủy quyền

Ngày



360 Merrimack St.

Xây dựng 9 Entrance G

Điện thoại: 978-655-6652 Fax: 978-655-6653

Sự đồng ý

Tên bệnh nhân: _____

Thông báo của HIPPA về thực hành quyền riêng tư của bệnh nhân:

Tôi xác nhận rằng tôi đã xem lại thông báo bảo mật của Kronos Health. Tôi có thể yêu cầu một bản sao của thông báo bảo mật bất cứ lúc nào; nó có sẵn tại văn phòng.

Chữ ký: _____

In tên: _____

Ngày: _____

Quyền được liên lạc với bác sĩ khác, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cộng đồng khác và / hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần mà bạn đã gặp hoặc sẽ thấy để phối hợp chăm sóc:

Để đảm bảo sự liên tục của việc chăm sóc và phối hợp chăm sóc thường là cần thiết để liên lạc với các bác sĩ lâm sàng khác và công ty bảo hiểm của bạn. Những thông tin liên lạc này có thể bao gồm thông tin về điều trị y tế, sức khỏe tâm thần hoặc điều trị lạm dụng chất gây nghiện của bạn.

Thông tin này được giới hạn ở những thông tin cần thiết để xác định phạm vi bảo hiểm hoặc chia sẻ thông tin quan trọng đối với bác sĩ lâm sàng đang chia sẻ thông tin và chăm sóc cho bạn.

Nhiều công ty bảo hiểm yêu cầu chúng tôi ghi lại liệu bạn có cho phép bác sĩ lâm sàng liên lạc với các nhân viên chăm sóc khác liên quan đến việc chăm sóc của bạn hay người mà chúng tôi đã đồng ý giới thiệu bạn và công ty bảo hiểm sức khỏe của bạn:

Tôi ủy quyền cho Kronos Health tiết lộ thông tin chăm sóc sức khỏe của mình cho các bác sĩ lâm sàng như đã lưu ý ở trên, để cung cấp sự liên tục và phối hợp chăm sóc của tôi.

Chữ ký: _____

In tên: _____

Ngày: _____
.....

Đồng ý cho yêu cầu Hub theo toa

Tôi đồng ý cho Kronos Health lấy lịch sử kê đơn của mình bằng mạng Sure-Sc Script Hub. Tôi hiểu rằng cuộc điều tra này sẽ cung cấp cho nhà cung cấp của tôi một kế toán về lịch sử thuốc của tôi, được báo cáo bởi các giao thức bảo mật của người quản lý lợi ích pharcy để phù hợp với các yêu cầu của HIPPA và tôn trọng quyền riêng tư của bệnh nhân. Tất cả các khu vực và phản hồi được thực hiện tự động thông qua các liên lạc hệ thống đến hệ thống an toàn.

Chữ ký: _____

In tên: _____

Ngày: _____
.....



360 Merrimack St.

Xây dựng 9 Entrance G

Điện thoại: 978-655-6652 Fax: 978-655-6653

Cho phép sử dụng và / hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe của bệnh nhân

Tôi, người ký tên dưới đây, ủy quyền cho Kronos Health, PLLC. để sử dụng và / hoặc tiết lộ một số Thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI) cho người được chỉ định dưới đây về tôi.

Thông tin bệnh nhân:

_____		_____	
Tên bệnh nhân		Ngày sinh	
_____		_____	
Địa chỉ nhà	Thành phố	Tiểu bang	Mã Bưu Chính

Người được chỉ định:

_____		_____	
Tên người được chỉ định		Ngày sinh #1	
_____		_____	
Tên người được chỉ định		Ngày sinh #2	
_____		_____	
Địa chỉ nhà	Thành phố	Tiểu bang	Mã Bưu Chính

Thông tin sức khỏe có thể nhận dạng cá nhân sau đây về tôi có thể được tiết lộ (mô tả cụ thể thông tin sẽ được sử dụng và / hoặc tiết lộ như: ngày (các) dịch vụ, loại dịch vụ, mức độ chi tiết, nguồn gốc thông tin, v.v.)

Chữ ký: _____

In tên: _____

Ngày: _____





360 Merrimack St.

Xây dựng 9 Entrance G

Điện thoại: 978-655-6652 Fax: 978-655-6653

Ủy quyền phát hành hồ sơ y tế cho Kronos Health

Tên: _____ Giới: _____

Địa chỉ: _____

Số điện thoại nhà: _____ Số điện thoại di động: _____

_____ Hồ sơ bao gồm: Tổng kết y tế, tất cả các phòng thí nghiệm, chụp x-quang và thủ tục, ghi chú tiến bộ từ 2 năm qua, tham khảo các ghi chú (lưu ý cuối cùng từ bất kỳ chuyên gia nào).

Tên bệnh viện / phòng khám

Địa chỉ

Thành phố

Tiểu bang

Mã Bưu Chính

Ủy quyền tiết lộ thông tin nhạy cảm:

Tôi xác nhận việc phát hành các thông tin nhạy cảm sau đây, nếu nó nằm trong hồ sơ của tôi:

Vâng

Không

(Kiểm tra từng loại)

Quan hệ tình dục, vô sinh, phá thai

Bệnh lây truyền qua đường tình dục, tấn công tình dục, hiếp dâm

Xét nghiệm HIV

AIDS / ARC

Lạm dụng rượu và / hoặc chất

Sức khỏe tâm thần, lo lắng, trầm cảm, rối loạn ăn uống

Khác

Ủy quyền này có hiệu lực trong 1 năm và có thể bị thu hồi bất cứ lúc nào bằng văn bản trước ngày hết hạn.

Chữ ký bệnh nhân

Chữ ký của phụ huynh / người giám hộ / chăm sóc sức khỏe

Tên in

Chữ ký nhân chứng

Ngày