

СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Имя, фамилия: _____ Дата рождения: _____ Пол: М Ж

Почтовый адрес: _____ Семейное положение: Холост / Не замужем/
Женат / Замужем/ Раздельное проживание по решению суда/ Разведен(-а) Вдовец / Вдова

Город: _____ Штат _____ Индекс _____ № социального страхования: _____

Улица, дом (если отличается от почтового) _____ Адрес эл. почты: _____

Город: _____ Штат _____ Индекс _____ Основной язык _____

Раса: Белый / кавказец Черный / Афро-американец Коренной гаваец Амер. индеец / Коренной житель Аляски Азиат / уроженец
Ост-Индии Недоступно / неизвестно Отказываюсь предоставлять

Раса может быть выбрана многократно

Национальность: Испанец / латино-американец Не испанец / латино-американец Отказался отвечать

Телефон: Домашний: _____ Сотовый: _____ Рабочий: _____

Работодатель / школа: _____ Учащийся: Дневное отделение _____ Основной лечащий врач: _____

[Для несовершеннолетних] Имя отца ребенка _____ Имя матери
ребенка _____

**[Если пациент является несовершеннолетним ребенком,] а родители проживают раздельно по решению суда или разведены,
просьба указать следующие данные.**

Какой из родителей является законным опекуном несовершеннолетнего ребенка? _____

Кто из родителей несет финансовую ответственность за расходы на медицинское обслуживание несовершеннолетнего ребенка по
окончании страховки? _____

*Предоставьте копии юридических документов, в которых назван родитель, ответственный за оплату медицинских расходов, для
внесения соответствующей отметки в медицинскую карту пациента.*

СВЕДЕНИЯ О ПОРУЧИТЕЛЕ (лицо, несущее финансовую ответственность за любого пациента)

Отметьте здесь, если пациент является поручителем

Имя, фамилия: _____ Дата рождения: _____ Пол: М Ж

Почтовый адрес: _____ № социального страхования: _____

Город: _____ Штат _____ Индекс _____ Кем приходится пациенту: _____

Телефон: Домашний: _____ Сотовый: _____ Рабочий: _____ Предпочтительный телефон: домашний сотовый рабочий

Работодатель / школа: _____ Адрес эл. почты: _____

Экстренные контакты

Через лицо или лица, указанные ниже, будет связь в случае чрезвычайной ситуации

экстренный контакт 1 _____

Имя

Фамилия

Телефон

экстренный контакт 2 _____

Имя

Фамилия

Телефон

Информация о первичном страховании (приложите копии всех карточек медицинских страховок)

Наименование основной страховки: _____ Номер страхового свидетельства _____

Номер группы _____ Сумма доплаты _____ Дата вступления в силу _____

СВЕДЕНИЯ О ПОДПИСЧИКЕ (Застрахованное лицо)

Поставьте отметку здесь, если совпадает с пациентом

Имя, фамилия: _____ Дата рождения _____

Почтовый адрес: _____ № социального страхования: _____

Город: _____ Штат _____ Индекс _____ Кем приходится пациенту: _____

Телефон: Домашний: _____ Сотовый: _____ Рабочий: _____ Предпочтительный телефон: домашний сотовый рабочий

Работодатель / школа: _____

Информация о вторичном страховании (приложите копии всех карточек медицинских страховок)

Наименование вторичной страховки: _____ Номер страхового свидетельства _____

Номер группы _____ Сумма доплаты _____ Дата вступления в силу _____

СВЕДЕНИЯ О ПОДПИСЧИКЕ (Застрахованное лицо)

Поставьте отметку здесь, если совпадает с пациентом

Имя, фамилия: _____ Дата рождения _____

Почтовый адрес: _____ № социального страхования: _____

Город: _____ Штат _____ Индекс _____ Кем приходится пациенту: _____

Телефон: Домашний: _____ Сотовый: _____ Рабочий: _____

Предпочтительный телефон: домашний сотовый рабочий

Работодатель / школа: _____

Финансовая политика

Данная информация предлагается пациентам Medical Group of the Carolinas для разъяснения вопросов, связанных со страховкой, доплатой, не покрываемыми страховкой минимумами и размерами взносов по системе совместного страхования, действительными на момент предоставления услуг. Групповые врачебные практики (Physician Group Practices) несут обязательства перед рядом планов медицинского страхования по применению всех не покрываемых страховкой минимумов и/или доплат до предоставления услуг.

Доплаты- Вы обязаны будете внести доплату за прием по прибытии в больницу

Не покрываемые страховкой минимумы и взносы по системе совместного страхования- Вам будет предложено проверить все не покрываемые страховкой минимумы или взносы по системе совместного страхования, которые могут распространяться на ваше посещение офиса врача

Остаток на счете в начале нового расчетного периода- Перед визитом в офис врача вам будет предложено оплатить остатки на счетах за прошлые расчетные периоды или суммы, выставленные в счетах к оплате. Если вы не в состоянии полностью уплатить необходимую сумму, вам могут предложить составить план оплаты. Вы можете обратиться в наш офис для составления такого плана или во врачебную службу выставления счетов (Physicians Billing Service) по телефону 1-877-596-2455. Врачебная служба выставления счетов – это служба выставления счетов Medical Group of the Carolinas, и ее сотрудники будут рады помочь вам в решении вопросов, связанных со счетами

ПРОСЬБА ПОСТАВИТЬ ПОДПИСЬ НА ПОДТВЕРЖДЕНИИ НИЖЕ

Я подтверждаю, что приведенная выше информация является достоверной, и в данной форме указаны точные демографические данные и сведения о страховке пациента. Я также подтверждаю, что, подписывая данную форму, я разрешаю осуществлять оплату медицинских льгот, предоставленных нижеподписавшимся врачом или поставщиком описанных услуг. Я также прочитал(-а) вышеозначенную финансовую политику группы врачей Medical Group of the Carolinas и согласен(согласна) с ее условиями.

Подпись пациента _____ Подпись родителя или опекуна: _____

Имя, фамилия пациента _____ Дата рождения: _____

ПРОСИМ ВАС УКАЗАТЬ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ СПОСОБ СВЯЗИ С ВАМИ И СПОСОБ РАЗГЛАШЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ, СОГЛАСНО УСЛОВИЯМ HIPAA (Закон об ответственности и переносе данных о страховании здоровья граждан)

Какой способ связи вы предпочитаете для обсуждения вопросов, связанных с приемами, лечением и/или прочей информации, касающейся вашего медицинского обслуживания и/или оплаты медицинских услуг, предоставленных вам группой Medical Group of the Carolinas?

Можно связаться " Любым Способом ". Если не выбрали " Любым Способом ", пожалуйста, выберите **Ограниченные Контактные Предпочтения**

Предпочтительный ограниченный контакт Домашний телефон Мобильный Рабочий Почта Электронная Почта Безопасные Сообщения

Можем ли мы оставлять сообщения на вашем автоответчике? Да Нет

Из выбранного вами или указанного выше какой способ контакта является предпочтительней для вас, в первую очередь?

Домашний телефон Сотовый телефон Рабочий телефон Почта Электронная Почта

ПРЕДСТАВИТЕЛИ HIPAA

ВАРИАНТ 1: ЭТОТ ВЫБОР БУДЕТ ДЕЙСТВИТЕЛЕН ВО ВСЕХ УЧРЕЖДЕНИЯХ MGC

Я разрешаю указанным ниже лицам получать всю медицинскую информацию о приемах, лечении и/или прочую информацию, касающуюся моего медицинского обслуживания и/или оплаты медицинских услуг, предоставленных мне Medical Group of the Carolinas. Эти лица должны быть назначены в качестве моих контактных лиц в экстренных ситуациях.

Имя, фамилия: _____ Кем приходится: _____ Телефон: _____

Имя, фамилия: _____ Кем приходится: _____ Телефон: _____

ПРЕДСТАВИТЕЛИ HIPAA

ВАРИАНТ 2. ЭТОТ ВЫБОР БУДЕТ ДЕЙСТВИТЕЛЕН ВО ВСЕХ УЧРЕЖДЕНИЯХ MGC

Я не разрешаю разглашать какую-либо информацию кому-либо кроме меня как пациента / опекуна, за исключением экстренных ситуаций. Прошу отметить, что с указанными далее лицами В случае чрезвычайной ситуации, вы можете связаться с моими экстренными контактами, указанными ниже

Имя, фамилия: _____ Кем приходится: _____ Телефон: _____

Имя, фамилия: _____ Кем приходится: _____ Телефон: _____

Разрешение на лечение несовершеннолетнего пациента

РАЗРЕШЕНИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА ВАРИАНТ 3: ЭТОТ ВЫБОР БУДЕТ ДЕЙСТВИТЕЛЕН ВО ВСЕХ УЧРЕЖДЕНИЯХ MGC

Я разрешаю указанным ниже лицам соглашаться на получение медицинских услуг в мое отсутствие

Имя, фамилия: _____ Кем приходится: _____ Телефон: _____

Имя, фамилия: _____ Кем приходится: _____ Телефон: _____

ПОСТАВЬТЕ ПОДПИСЬ И ДАТУ НИЖЕ

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА / ОПЕКУНА: _____ ДАТА _____