

Tên: _____ Name	Ngày sinh: _____ Date of Birth
Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ Gender Male Female	Số an sinh xã hội: _____ Social Security Number
Tình Trạng Hôn Nhân: _____ Marital Status	Độc thân Khác Single Other
Địa chỉ: _____ Street Address	
Thành phố: _____ City	Tiểu bang: _____ State
Điện thoại nhà: _____ Home Phone	Số vùng: _____ Zip Code
Điện thoại công việc: _____ Work Phone	Điện thoại di động: _____ Cell Phone
Email: _____	Điện thoại khác: _____ Other Phone

Sự Thích Liên Hệ: _____ Contact Preference	Thư _____ Mail	Điện thoại nhà _____ Home Phone	ĐT di động _____ Cell Phone	ĐT công việc _____ Work Phone	Email _____
---	-------------------	------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	-------------

Đồng ý điều trị và dịch vụ

Lý do để yêu cầu dịch vụ tại Texas Cardiology Associates là một tình trạng y tế cần được chăm sóc. Tôi, cho bản thân tôi hoặc cho bệnh nhân này, đồng ý với việc chăm sóc và điều trị y tế mà bác sĩ của tôi coi là cần thiết. Tôi hiểu rằng tôi có thể cung cấp các dịch vụ này tại một địa điểm khác, nhưng đồng ý để nó được thực hiện ở đây.

Phát hành thông tin

Tôi cho phép tiết lộ bất kỳ thông tin y tế và / hoặc thông tin nào khác cần thiết để xử lý (các) yêu cầu của tôi và bác sĩ giới thiệu. Ngoài ra, tôi cho phép tiết lộ bất kỳ thông tin y tế nào từ bác sĩ, bệnh viện. Đây là ủy quyền trọn đời trừ khi bị thu hồi cụ thể bằng văn bản của người ký tên dưới đây.

Ủy quyền bảo hiểm

Tôi sẽ chuyển nhượng cho Texas Cardiology Associates tất cả các lợi ích sẽ được trả cho bất kỳ người trả tiền bên thứ ba nào chịu trách nhiệm. Tôi ủy quyền và trao phó tất cả cho người trả tiền bên thứ ba thanh toán tất cả các lợi ích trực tiếp cho Texas Cardiology Associates. Đây là ủy quyền trọn đời trừ khi bị thu hồi cụ thể bằng văn bản của người ký tên dưới đây.

Trách nhiệm tài chính

Mặc dù Hiệp hội Tim mạch Texas cố gắng cung cấp các ước tính chi phí như một phép lịch sự, Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm tài chính cho trách nhiệm tài chính của bệnh nhân theo chỉ định của công ty bảo hiểm của tôi khi yêu cầu bồi thường được xử lý. Công ty bảo hiểm của tôi đặt chi phí thực tế cho những gì tôi chịu trách nhiệm. Tôi sẽ xác nhận với công ty bảo hiểm của mình nếu tôi có bất kỳ nghi ngờ nào về chi phí cho các dịch vụ.

Chữ ký _____
Signature

Ngày _____
Date



Tên: _____
Name

Ngày sinh: _____
Date

Bác Sĩ Giới Thiệu: _____

Referring Physician

Số Điện Thoại Bác Sĩ Giới Thiệu: _____

Referring Physician Phone Number

Bác Sĩ Tim Mạch Trước Đây: _____

Previous Cardiologist

Số Điện Thoại Bác Sĩ Tim Mạch Trước Đây: _____

Previous Cardiologist Phone Number

Thông tin linh tinh

Miscellaneous Information

Cuộc điều tra của Cục điều tra dân số:

Census Bureau Race

American Indian or Alaskan Native

Asian Black or African American White

Black Hispanic or Latino

Native Hawaiian or Pacific Islander

White Hispanic or Latina

Ngôn Ngữ: _____

Language

Thông tin liên hệ khẩn cấp

Emergency Contact Information

Tên liên lạc khẩn cấp: _____

Emergency contact person name?

Điện thoại liên lạc khẩn cấp: _____

Emergency contact phone?

Quan hệ với bệnh nhân: _____

Emergency contact's relationship to patient?

Tiệm thuốc

Pharmacy Information

Tên tiệm thuốc: _____

Pharmacy name

Điện thoại: _____

Phone

Địa chỉ tiệm thuốc: _____

Pharmacy address

Bảo hiểm

Insurance Information

Bệnh nhân này có bảo hiểm hay không?

Is this patient covered by insurance?

☐ Có

Yes

☐ Không

No

Nếu có, tên của bảo hiểm? _____

If yes, name of insurance?

Tên người đăng ký: _____

Subscriber's name

Ngày sinh người đăng ký: _____

Subscriber's date of birth

Quan hệ với bệnh nhân: tôi

vợ chồng

con cái

khác