

OPEN & AFFORDABLE DENTAL BRACES

BIỂU MẪU BỆNH NHÂN MỚI

Bạn biết về chúng tôi như thế nào? ☐ Tìm kiếm trên Internet ☐ Mạng xã hội ☐ Người đưa thư ☐ Bảo hiểm ☐ Bạn bè (Tên) _____

Tên bệnh nhân _____ Sốc Sec # _____
Họ Họ MI

Địa chỉ _____

Thành phố _____ Bang _____ Zip _____

Số điện thoại di động _____ Email _____

M ☐ F ☐ Ngày sinh Nhà tuyển dụng _____ Người dùng _____

Tên & Số điện thoại liên lạc khẩn cấp Giới _____

BẢO HIỂM CHÍNH

Người đăng ký bảo hiểm chính _____ Quan hệ với bệnh nhân _____
Họ Họ MI

Ngày sinh _____ Sốc Sec # _____ Số điện thoại _____

Chủ thuê bao chính _____ Công ty bảo hiểm _____

Nhóm # _____ Người đăng ký / Mã số thành viên # _____

BẢO HIỂM BỔ SUNG

Người đăng ký bổ sung _____ Quan hệ với bệnh nhân _____
Họ Họ MI

Ngày sinh _____ Soc Sec # _____ Số điện thoại _____

Người đăng ký bổ sung _____ Công ty bảo hiểm _____

Nhóm # _____ Người đăng ký / ID thành viên # _____

LỊCH SỬ Y TẾ

Bạn có đang dùng bất kỳ loại thuốc, viên uống, ma túy hoặc chất bị kiểm soát nào không? ☐ Y ☐ N Nếu có: _____

Bạn có đang dùng thuốc làm loãng máu: Plavix, Coumadin, Warfarin hoặc Xarelto không? ☐ Y ☐ N Nếu có: _____

Bạn đã từng dùng: Actonel, Boniva, Fosamax hoặc bất kỳ loại thuốc nào khác có chứa bisphosphonates chưa? ☐ Y ☐ N Nếu có: _____

Bạn có được yêu cầu uống thuốc kháng sinh do bệnh tim hoặc khớp nhân tạo không? ☐ Y ☐ N Nếu có: _____

Bạn có sử dụng thuốc lá không? ☐ Y ☐ N

Bạn có hoặc đang điều trị bệnh Cao huyết áp không? ☐ Y ☐ N

Phụ nữ: Bạn đang...

☐ Đang mang thai / Đang cố gắng mang thai? Nếu có, ngày dự sinh _____ ☐ Điều dưỡng ☐ Uống thuốc tránh thai?

Bạn có bị dị ứng với chất nào sau đây không?

☐ Acetaminophen (Tylenol) ☐ Clindamycin ☐ Doxycycline ☐ Latex ☐ Kim loại
☐ Aspirin ☐ Codein ☐ Hydrocodone / Oxycodone ☐ Thuốc gây tê cục bộ ☐ Penicillin (Amoxicillin)

Các dị ứng khác? ☐ Y ☐ N Nếu có: _____

Kiểm tra xem bạn có hoặc đã mắc bất kỳ bệnh nào sau đây không:

☐ AIDS / HIV dương tính	☐ Ung thư	☐ Ngất xỉu	☐ Viêm gan	☐ Bệnh gan
☐ Sốc phản vệ	☐ Hóa trị	☐ Tăng nhãn áp	☐ Mụn rộp / Vết loét lạnh	☐ Máy tạo nhịp tim
☐ Van tim nhân tạo	☐ COPD	☐ Tiếng thút thít Vấn đề về tim: _____	☐ Đau hàm	☐ Điều trị bức xạ
☐ Hen suyễn	☐ Tiểu đường	☐ Bệnh máu khó đông / Chảy máu bất thường	☐ Bệnh thận	☐ Đột quỵ
☐ Bệnh máu	☐ Động kinh		☐ Bệnh bạch cầu	☐ Loét / Viêm ruột kết

Khác / Nhận xét: _____

ỦY QUYỀN

Tôi đã đánh giá thông tin trên bảng câu hỏi này và nó chính xác theo hiểu biết của tôi. Tôi hiểu rằng thông tin này sẽ được nha sĩ / nhân viên vệ sinh sử dụng để giúp xác định phương pháp điều trị nha khoa phù hợp và có lợi cho sức khỏe. Nếu có bất kỳ thay đổi nào về tình trạng sức khỏe của tôi, tôi sẽ thông báo cho nha sĩ / nhân viên vệ sinh.

Chữ ký của Bệnh nhân / Người giám hộ _____

Ngày _____

OPEN & AFFORDABLE DENTAL BRACES HIPAA

THỰC HÀNH QUYỀN RIÊNG TƯ CỦA

Thông báo Công khai và Giá cả phải chăng của Nha khoa về Thực hành Quyền riêng tư được đăng trong phòng chờ của văn phòng và trên trang web của chúng tôi. Bản in ra giấy cũng có sẵn cho tất cả bệnh nhân. Theo đạo luật về Quyền riêng tư của HIPAA, tất cả bệnh nhân được yêu cầu xác nhận đã nhận Thông báo về Chính sách Bảo mật. Bằng cách ký vào biểu mẫu này, tôi xác nhận đã nhận được Chính sách của Văn phòng Nha khoa Mở và Giá cả phải chăng và Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư. Tôi hiểu rằng Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư chứa thông tin về việc sử dụng và tiết lộ bất kỳ thông tin sức khỏe cá nhân nào, và tôi đã có cơ hội để xem lại Thông báo. Tôi hiểu rằng các điều khoản của Thông báo có thể thay đổi và tôi sẽ được thông báo sửa đổi nếu các thay đổi xảy ra. Tôi hiểu rằng tôi có thể yêu cầu hạn chế việc sử dụng và tiết lộ thông tin cho mục đích điều trị, thanh toán hoặc hoạt động chăm sóc răng miệng. Tôi hiểu rằng Nha khoa Mở và Giá cả phải chăng không bắt buộc phải đồng ý với những yêu cầu như vậy, nhưng nếu họ đồng ý, những hạn chế đó sẽ ràng buộc đối với Nha khoa Mở và Giá cả phải chăng.

ĐỒNG Ý

Tôi cho phép các nha sĩ và nhân viên vệ sinh của công ty Open and Affordable khám, chụp X quang, nghiên cứu mô hình, ảnh chụp và / hoặc bất kỳ phương tiện hỗ trợ chẩn đoán nào khác được cho là phù hợp và cần thiết, đồng thời thực hiện điều trị và liệu pháp có thể được chỉ định liên quan đến của tôi (hoặc con tôi) chăm sóc răng miệng. Tôi cũng hiểu rằng việc sử dụng các chất gây mê tiềm ẩn những rủi ro y tế nhất định.

LẬP LỊCH

Tôi cho phép Nha khoa Giá cả phải chăng và Mở để lại thư thoại, gửi email và / hoặc gửi tin nhắn văn bản đến điện thoại / email được cung cấp trên Mẫu Bệnh nhân Mới với mục đích sắp xếp lịch hẹn và nhắc nhở.

Chữ ký của Bệnh nhân / Người giám hộ

Ngày

TÀI CHÍNH THỎA

THUẬN ĐỂ THANH TOÁN ĐIỀU TRỊ

Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm thanh toán tất cả các dịch vụ nha khoa được cung cấp tại văn phòng này (cho dù có hoặc không tham gia bảo hiểm hoặc bên thứ ba) và khoản thanh toán đó đến hạn vào thời điểm dịch vụ được cung cấp. Nếu tôi không thanh toán toàn bộ số dư hoặc nếu bảo hiểm không được thanh toán sau 60 ngày, phí thanh toán hoặc lãi suất sẽ được cộng vào tài khoản của tôi. Phí thanh toán sẽ tích lũy với tỷ lệ 1,5% mỗi tháng, là tỷ lệ phần trăm hàng năm là 18% (hoặc khoản phí tối thiểu là 5 đô la). Trong trường hợp không thanh toán được, tôi đồng ý thanh toán bất kỳ và tất cả các chi phí để thu thập tài khoản này, bao gồm nhưng không giới hạn ở phí luật sư hợp lý và chi phí tòa án. Tôi cũng hiểu chính sách của văn phòng là yêu cầu thông báo trước tối thiểu một ngày làm việc cho tất cả các cuộc hẹn đã bị hủy / lên lịch lại. Nếu điều này là không thể, khoản phí \$ 40,00 mà bảo hiểm không hoàn lại có thể được tính vào tài khoản của tôi.

THỎA THUẬN THANH TOÁN CHO CÁC DỊCH VỤ KHÔNG ĐƯỢC BẢO HIỂM

Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm thanh toán tất cả các dịch vụ nha khoa được cung cấp tại văn phòng này (cho dù có hoặc không tham gia bảo hiểm hoặc bên thứ ba) và khoản thanh toán đó đến hạn vào thời điểm các dịch vụ đó được cung cấp. Tôi có nên chọn nhận (các) thủ tục không được đài thọ hay (các) khoản thanh toán điều trị cho (các) dịch vụ đó / những dịch vụ đó cuối cùng sẽ là trách nhiệm của tôi. Các dịch vụ không được bảo hiểm bao gồm các dịch vụ không được hãng bảo hiểm của tôi chi trả, các dịch vụ được cung cấp vượt quá quyền lợi tối đa hàng năm của tôi hoặc các dịch vụ đã bị từ chối thông qua sự cho phép trước.

BẢO HIỂM

Như một phép lịch sự đối với bệnh nhân của chúng tôi, chúng tôi sẽ chuẩn bị và gửi các biểu mẫu bảo hiểm của bạn để được hoàn trả. Chúng tôi không thể nhận được khoản thanh toán trừ khi bạn cung cấp cho chúng tôi tất cả các thông tin cần thiết theo yêu cầu ở trên. Ngoài ra, vui lòng hiểu rằng bảo hiểm của bạn là hợp đồng giữa bạn / chủ lao động của bạn và công ty bảo hiểm. Theo bất kỳ cách nào, chúng tôi không thể đảm bảo quyền lợi hoặc khoản thanh toán từ nhà cung cấp dịch vụ của bạn, cũng như không thể biết chi tiết cụ thể của từng gói cá nhân. Bạn có trách nhiệm phải biết các điều khoản và giới hạn của chương trình bảo hiểm của mình.

Vui lòng đọc và hiểu rằng bằng cách ký tên, bạn đồng ý với những điều sau:

- Tôi ủy quyền cho bảo hiểm của mình thanh toán trực tiếp cho bác sĩ tất cả các quyền lợi bảo hiểm phải trả cho tôi.
- Tôi cho phép bác sĩ tiết lộ bất kỳ thông tin nào bao gồm, nhưng không giới hạn, hồ sơ điều trị hoặc khám, nhận dạng người, chụp X-quang, bệnh sử, v.v. cho công ty bảo hiểm của tôi theo yêu cầu.
- Bất kỳ ước tính nào được đưa ra liên quan đến phí điều trị chỉ là ước tính sơ bộ dựa trên thông tin hạn chế mà chúng tôi có về chương trình của bạn.

Chữ ký của Bệnh nhân / Người giám hộ

Ngày