

रोगी जनसांख्यिकी - Demographic Form

रोगी का नाम _____

लिंग: पुरु / स्त्री

घर का फोन: (____) _____ सेल फोन: _____
डाक पता: _____ शहर: _____ राज्य/ पिन कोड: _____
सोशल सेक्युरिटी #: _____ जन्म तिथि: _____ स्थिति (सर्कल): S M D W Minor
(मेडिकल, मेडि-केल, इष्टि बीमा के साथ रोगी या माता-पिता बीमा के तहत कवर किए गए छात्रों के लिए आवश्यक)
ईमेल पता: _____ जिम्मेदार पार्टी: _____
रोगी के साथ संबंध: _____ के द्वारा नियुक्त: _____
नियोक्ता फोन: _____ पता: _____
शहर / राज्य / जिले: _____ परिवार चिकित्सक: _____
परिवार चिकित्सक फोन: _____ आपातकालीन संपर्क: _____
रिश्ता: _____ आपातकालीन संपर्क फोन: _____

दृष्टि योजना कवरेज जानकारी (सर्कल एक) VSP MES EYE MED Principal NVH

पॉलिसी धारक: _____ जन्म तिथि: ____/____/____ एसएस #: _____

चिकित्सा बीमा जानकारी:

प्राथमिक: _____
पॉलिसी धारक: _____
जन्म तिथि: _____
एसएस#: _____
आईडी#: _____
आईडी#: _____
रिश्ता: स्वयं पति या पत्नी माता-पिता
अन्य _____

माध्यमिक: _____
पॉलिसी धारक: _____
जन्म तिथि: _____
एसएस#: _____
युप#: _____
युप#: _____
रिश्ता: स्वयं पति या पत्नी माता-पिता

बेनेफिटों का कार्य

- मैं समझता हूँ कि North Valley Eye Care मेरे मेडिकल बीमा कैरियर को कवर सेवाओं के लिए बिल देने। अगर मेरी बीमा योजना के साथ North Valley Eye Care अनुबंध नहीं किये हैं, तो सेवा के समय भुगतान करना होगा, और मुझे एक आइटम बयान दिया जाएगा, जिसके साथ मैं अपने इन्सुरंस कैरियर को बिल कर सकता हूँ।
- मैं अधिकृत करता हूँ और अनुरोध करता हूँ कि किसी भी North Valley Eye Care चिकित्सक या उसके सहयोगियों द्वारा मेरे लिए दी गई सभी सेवाओं के लिए बीमा बेनेफिट सीधे मेरी ओर से North Valley Eye Care को दे सकते हैं।
- मुझे पता है कि मैं डिडिक्टबल, कोइन्सुरन्स और कोई गई कवरेज सेवाओं केलिये जिम्मेदार हूँ। कोइन्सुरन्स और डिडिक्टबल मेरे बीमा वाहक के परिवर्तन निर्धारण पर आधारित हैं।
- यदि मेरे पास बीमा नहीं है तो मैं समझता हूँ कि सेवा के समय भुगतान करना होगा।
- मैं समझता हूँ कि बीमा द्वारा भुगतान किया गया है या नहीं मैं सभी खर्चों के लिए जिम्मेदार हूँ।

जानकारी जारी करना

बीमा प्राधिकरण, मेडिकल रिकॉर्ड जारी करना, बीमा बेनेफिटों और अपेण, रोगी की जिम्मेदारी और स्वीकृति

- North Valley Eye Care, इसके चिकित्सा कर्मचारियों (आपके चिकित्सक सहित), और स्वतंत्र ठेकेदार सेवाएं, इलाज, भुगतान, पीटीएम, और स्वास्थ्य सेवा के संचालन के उद्देश्य से आपकी स्वास्थ्य जानकारी को जैसे कि कानून द्वारा अनुमति दी गई है, आपस में शेयर करने केलिये सहमत हैं। आपकी स्वास्थ्य संबंधी आवश्यकताओं को बेहतर तरीके से करने में यह हमें सक्षम बनाता है। यह जानकारी "The Notice of Privacy Practices" के पूरक के रूप में North Valley Eye Care द्वारा आपको दिया गया। इलाज, भुगतान या स्वास्थ्य देखभाल के संचालन उद्देश्य के लिए, संबंधित सेवाओं के दावों को संसाधित करने के लिए North Valley Eye Care, इसके सहयोगियों, मेरे परिवार के चिकित्सक, बीमा वाहक और स्वास्थ्य देखभाल वित्तपोषण प्रशासन के बीच सभी मेडिकल रिकॉर्ड और बीमा जानकारी जारी करने को मैं अधिकृत करता हूँ।
- मैं एतद्वारा नियुक्त व्यक्ति को अधिकृत करता हूँ कि भुगतान सुरक्षित करने के लिए आवश्यक जानकारी जारी करें।
- मैं फैक्स ट्रांसमिशन और ऐसी जानकारी को इलेक्ट्रॉनिक प्रस्तुत करने की अनुमति देता हूँ।
- इस असाइनमेंट की एक स्कैन और / या फोटोकॉपी को वैध और मूल माना जाएगा।

इलाज के लिए सहमति मूल्यांकन और इलाज, वित्तीय जिम्मेदारी, चिकित्सा जानकारी की जारी करने और बीमा प्राधिकरण के लिए उपरोक्त सहमति को मैंने पढ़ा और पूरी तरह से समझा है।

रोगी / माता-पिता / अभिभावक / संरक्षक

दिनांक

रोगी का हस्ताक्षर असमर्थता का कारण

यदि आप एक स्थापित रोगी हैं, तो हम किसी भी असुविधा के लिए क्षमा चाहते हैं। हालांकि, हमें बीमा उद्देश्यों के लिए एक हस्ताक्षर प्राप्त करने और सभी रोगी को सताना अपडेट करने की आवश्यकता है। धन्यवाद।