

रोगी जनसांख्यिकी - Demographic Form

रोगी का नाम _____ लिंग: पुरु / स्त्री

घर का फोन: (_____) _____ मोस फोन: _____

डाक पता: _____ शहर: _____ राज्य/ पिन कोड: _____

सोशल सेक्युरिटी #: _____ जन्म तिथि: _____ स्थिति (सर्कल): S M D W Minor
(मैडिकल, मेडि-केल, इण्टि 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 / जिप: _____ परिवार चिकित्सक: _____

परिवार चिकित्सक फोन: _____ आपातकालीन संपर्क: _____

रिश्ता: _____ आपातकालीन संपर्क फोन: _____

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

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

चिकित्सा बीमा जानकारी:

प्राथमिक: _____ माध्यमिक: _____

पालिसी धारक: _____ पालिसी धारक: _____

जन्म तिथि: _____ जन्म तिथि: _____

एसएस#: _____ एसएस: _____

आईडी#: _____ युप#: _____

आईडी#: _____ युप#: _____

रिश्ता: स्वयं पति या पत्नी माता-पिता रिश्ता: स्वयं पति या पत्नी माता-पिता

अन्य: _____

बेनेफिटों का कार्य

- मैं समझता हूँ कि North Valley Eye Care मेरे मेडिकल बीमा कैरियर को कवर सेवाओं के लिए बिल टेंगे। अगर मेरी बीमा योजना के साथ North Valley Eye Care अनुबंध नहीं किया है, तो सेवा के समय भुगतान करना होगा, और मुझे एक आईएम 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 डिडक्टिबल, कोइन्सुरन्स और कोइ गैड कवरेज सेवाओं के लिये जिम्मेदार हूँ। कोइन्सुरन्स और डिडक्टिबल 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 अपेक्षा, रोगी की जिम्मेदारी और स्वीकृति
- North Valley Eye Care, इसके चिकित्सा कर्मचारियों (आपके चिकित्सक सहित), और स्वतंत्र ठेकेदारों सेवाएं, इलाज, भुगतान, पंटाएम, और स्वास्थ्य सेवा के संचालन के उद्देश्य से आपकी स्वास्थ्य जानकारी को जैसे कि कानून द्वारा अनुमति दी गई है, आपस में शेयर करने के लिए 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 पत्रानु करने की अनुमति देता हूँ।
 - इस असाइनमेंट की एक स्कैन और / या फोटोकॉपी को वीध और मूल माना जाएगा।

इलाज के लिए सहमति मृत्यांकन 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 / सरलक _____ रोगी का हस्ताक्षर असमर्थता का कारण _____

यह आप एक हस्ताक्षरित रोगी _____ को जानकारी भी इस विषय के लिए अपना ध्यान देना चाहिए * हालांकि हमने बीमा उद्देश्यों के लिए एक हस्ताक्षर प्राप्त करने और रोगी को तानना अपडेट करने की आवश्यकता है। _____