

Hudson County Orthodontics L.L.C.

Dr. Michael M. Messina Orthodontist sp. 3901

1. Informacja Pacjenta

Imię: _____

Nazwisko: _____

Data Urodzenia: ____/____/____

telefonu: (____) _____ - _____

Adres domowy: _____

MIASTO

STAN

COD

E-mail: _____

Ogólny Dentysta: _____

Zmiany, które chciałbyś osiągnąć stosując
leczenie ortodontyczne _____

Komu możemy podziękować za polecenie
naszych usług? _____

2. Informacja małżonki/ka

Imię: _____

Nazwisko: _____

telefonu (____) _____ - _____

Adres domowy: _____

MIASTO

STAN

COD

3. Podstawowe Ubezpieczenie

Nazwa ubezpieczenia: _____

Imię I Nazwisko: _____

GŁÓWNEJ OSOBY UBEZPIECZONEJ

Data Urodzenia: ____/____/____

Pokrewieństwo do Pacjenta: _____

Policy/ ID #: _____

Group #: _____

SSN: _____ - _____ - _____

Nazwa Pracy: _____

4. Drugie Ubezpieczenie

Nazwa ubezpieczenia: _____

Imię I Nazwisko : _____

GŁÓWNEJ OSOBY UBEZPIECZONEJ

Data Urodzenia: ____/____/____

Pokrewieństwo do Pacjenta: _____

Policy/ ID #: _____

Group #: _____

SSN: _____ - _____ - _____

Nazwa Pracy: _____

Pacjenta Podpis

Data

5. Historia Zdrowotna Pacjenta- Proszę Zaznaczyć ✓

Czy miałeś/aś...

1.bole Przy otwieraniu szczęki, na przykład podczas ziewania? **Tak** _____ **Nie** _____

2.czy szczęka "zatrzaszkuje się" lub "wypada" ze stawu? **Tak** _____ **Nie** _____

3.bole podczas rozmowy lub zucia? **Tak** _____ **Nie** _____

4.odgłos kliknięcia ze szczęki? **Tak** _____ **Nie** _____

5.czy twoja szczęka czuje się zmęczona, sztywna lub zacisnięta? **Tak** _____ **Nie** _____

6. bole "w" lub "kolo" uszu , policzkow? **Tak** _____ **Nie** _____

7.częste bóle głowy lub szyji? **Tak** _____ **Nie** _____

8. zabieg chirurgiczny głowy, szyji lub szczeki? **Tak** _____ **Nie** _____

9. nagle zmiany w zgryzie? **Tak** _____ **Nie** _____

10. ostatnio robione prześwietlenia dentystyczne? **Tak** _____ **Nie** _____

11.jakieś uczulenia? _____

12. problemy z oddychaniem? **Tak** _____ **Nie** _____

13. cukrzycę, zoltaczkę lub choroby wątroby **Tak** _____ **Nie** _____

14. choroby serca? **Tak** _____ **Nie** _____
Jeśli tak to, proszę szczegółowo wyjaśnić

15.) (dla kobiet) Czy istnieje możliwość że pani jest lub mogłaby być w ciąży? **Tak** _____ **Nie** _____

Pacjenta Podpis

Data

Upoważnienie do korzystania z informacji zdrowotnych

Według mojej najlepszej wiedzy informacje na obu stronach 1 i 2 są kompletne i poprawne. Rozumiem, że moim obowiązkiem jest poinformować mojego lekarza, jeśli kiedykolwiek zaistnieją zmiany w moim stanie zdrowia.

Oświadczam, że mam polise ubezpieczeniową _____
Firma ubezpieczeniowa)

i udzielam autoryzacji bezpośrednio dla Hudson County Orthodontics L.L.C. - pod kierunkiem dr. Michaela Messany za wszystkie świadczenia ubezpieczeniowe za wykonane usługi. Rozumiem, że ponoszę odpowiedzialność finansową za wszystkie opłaty, niezależnie od tego, czy są opłacane z ubezpieczenia. Upoważniam do używania mojego podpisu we wszystkich zgłoszeniach ubezpieczeniowych.

Wyżej wymieniony dentysta może ujawnić moje dane dotyczące opieki zdrowotnej wymienionemu ubezpieczeniu i ich przedstawicielom w celu uzyskania zapłaty za usługi i ustalenia świadczeń ubezpieczeniowych lub świadczeń należnych za usługi pokrewne. Zgoda ta wygasa po zakończeniu bieżącego planu leczenia lub po upływie roku od daty podpisanej poniżej.

Rozumiem, że mogę sprawdzić lub zażądać kopii wszelkich informacji ujawnionych w niniejszym upoważnieniu. Rozumiem, że mogę odwołać to upoważnienie, powiadamiając biuro na piśmie, wiedząc, że wcześniej ujawnione informacje nie będą podlegały mojej prośbie o odwołanie.

Pacjenta Podpis

Drukowane

Data

Autoryzacja i zgoda
wysłać informacje o pacjencie
przez e-mail i inne środki elektroniczne pod hasłem

Upoważniam, Hudson County Orthodontics L.L.C. w celu przekazania informacji o pacjencie dotyczących mojego leczenia, zdrowia lub płatności pocztą elektroniczną lub innymi środkami elektronicznymi, bez hasła lub specjalnych środków zabezpieczenia, mnie lub osobie wyznaczonej przeze mnie, lub innym świadczeniodawcom, planom zdrowotnym i innym osobom zaangażowanym w moje leczenie, opłatę za moje leczenie lub operacje medyczne w Hudson County Orthodontics. Informacje o pacjencie, które mogą zostać przesłane pocztą elektroniczną, mogą obejmować moje zdjęcia rentgenowskie, historię zdrowia, diagnozę, leczenie i zapisy płatności. Upoważnienie jest aktualne dopóki nie dam znać na piśmie, aby je odwołać.

Rozumiem, że:

- Nie muszę podpisywać tego upoważnienia.
- Moja decyzja o nie podpisaniu tego formularza nie będzie miała wpływu na moje leczenie, płatność, rejestrację i uprawnienia do świadczeń.
- **Jeśli nie podpiszę tego formularza, Hudson County Orthodontics może użyć innych sposobów przesyłania moich informacji, na przykład pocztą, lub może poprosić mnie o przesłanie moich danych osobiście.**
- Istnieje pewne ryzyko, że e-maile i inne wiadomości elektroniczne mogą zostać nieprawidłowo pozyskane przez hakerów lub odebrane przez niezamierzonych odbiorców. W takim przypadku informacje mogą zostać ponownie ujawnione i nie mogą być dłużej chronione przez prawo dotyczące prywatności.
- Hudson County Orthodontics nie wysyła prywatnych informacji, takich jak numer social security, numer karty kredytowej, diagnozy zdrowia psychicznego, informacji genetycznych, nadużywania alkoholu / substancji lub o pozytywnym statusie HIV, chyba że pacjent zażąda.

Rozumiem, że mogę odwołać to upoważnienie, powiadamiając biuro na piśmie, wiedząc, że wcześniej ujawnione informacje nie będą podlegać mojej prośbie o odwołanie..

Pacjenta Podpis

Data

Drukowane