

NEW PATIENT INFORMATION

Người Khám (Xin Ghi Rõ)

Tên: _____ Số An Ninh _____ - _____ - _____ Sinh Nhật _____ - _____ - _____ Tuổi _____ M / F
Họ Tên

Địa Chỉ: _____
Đường Thành Phố Tiểu Bang Ma Bưu Điện

Điện Thoại Nhà:(_____) _____ - _____ Việc Làm:(_____) _____ - _____ Chăm Tay:(_____) _____ - _____

Tình Trạng Hôn Nhân: Độc Thân _____ Lập Gia Đình _____ Góa Phụ _____ Ly Dị _____

Việt Làm: _____ Công Ty: _____ Địa Chỉ: _____

Bác Sĩ Gia Đình

Tên: _____ Điện Thoại: (_____) _____ - _____
Họ Tên

Địa Chỉ: _____
Đường Thành Phố Tiểu Ban Ma Bưu Điện

Tiêm Thuốc Tây

Tên: _____ Điện Thoại: (_____) _____ - _____

Địa Chỉ: _____
Đường Thành Phố Tiểu Ban Ma Bưu Điện

Tên Người Đứng Bảo Hiểm

Tên: _____ Số An Ninh _____ - _____ - _____ Sinh Nhật _____ - _____ - _____ Liên Hệ: _____
Họ Tên

Bảo Hiểm Chính **Bảo Hiểm Phụ** **Bảo Hiểm Mất**

Tên Bảo Hiểm

ID hoặc Số An Ninh

Bảo Hiểm Group #

Ai Đã Giới Thiệu Người Khám Tới Văn Phòng Đây ? (Xin Chọn Cách)

_____ Người Khám Khác _____ Bạn _____ Bảo Hiểm _____ Báo Chí _____ Cách Khác (Làm Ôn Ghi) _____

Trách Nhiệm Thanh Toán Các Hóa Đơn

Tôi đồng ý thanh toán các hóa đơn tại thời điểm dịch vụ, bao gồm cả tiền bảo hiểm co-pay. Tôi biết văn phòng sẽ gửi hóa đơn đến công ty bảo hiểm để thuận tiện cho tôi. Nếu, vì lý do nào, bảo hiểm không trả những gì được ước lượng, hoặc chậm trễ thanh toán nhiều hơn sáu mươi (60) ngày, số dư sẽ trở thành trách nhiệm của bệnh nhân. Chúng tôi sẽ cố gắng làm việc với bạn để có được những lợi ích xứng đáng của mình, nhưng các bệnh nhân hoặc người giám hộ vẫn còn có trách nhiệm thanh toán cho văn phòng này. Hóa đơn cũ hơn chín mươi (90) ngày phải chịu lệ phí bổ sung.

Tôi ủy quyền cho văn phòng cung cấp bất cứ những thông tin y khoa hoặc điều cần thiết theo yêu cầu của bảo hiểm về việc thanh toán các hóa đơn. Tôi cũng yêu cầu những lợi ích của chính phủ cho bản thân tôi sẽ được thanh toán cho bên nào chấp nhận chuyển nhượng dưới đây. Tôi cho phép công ty bảo hiểm trả các hóa đơn của tôi trực tiếp tới văn phòng FAMILY VISION CARE và Bác sĩ Thao T. Thach.

Cách Trả Tiền _____ Tiền Mặt _____ MasterCard _____ Visa ***** NO CHECKS*****

Chữ Ký: _____ Ngày: _____