



ofislari
Eastgate, Batavia, Landen

513-752-3650
pedsmtcarmel.com

Bolalarning ismlari

Familiya	Ism	Otasining ismi yoki Boshlang'ich	Tug'ilgan kuni (DOB)	Ijtimoiy Havfsizlik raqami (SSN)	Jinsiy aloq a M/F	Poyga	Etnik kelib chiqishi Ispan/Latino Y yoki N	Afzal til(lar)

Agar irq, millat yoki til haqida ma'lumot berishdan bosh tortmoqchi bo'lsangiz, katakchani bo'sh qoldiring

Bemorning manzili

Shahar _____ Shtat _____ Zip _____ tuman _____

Mas'ul tomon ma'lumotlari/qo'shimcha aloqa

Ism	Ism
DOB SSN	DOB SSN
Bemorga munosabat	Bemorga munosabat
Mas'ul partiya? V AyokiN	Mas'ul partiya? V AyokiN
Manzil	Manzil
Shahar, Shtat, Zip	Shahar, Shtat, Zip
E-pochta manzili:	E-pochta manzili:
Kasb-hunar	Kasb-hunar

Portal hisobi qo'shilsinmi? Y yoki N	Portal hisobi qo'shilsinmi? Y yoki N
---	---

Telefon raqamlari

Asosiy telefon raqami		Turing (doira) UY HUYYASI ISHI munosabat	Bemorga
Ikkilamchi telefon raqami		Turing (doira) UY HUYYASI ISHI munosabat	Bemorga
Uchinchi darajali telefon raqami		Turing (doira) UY HUYYASI ISHI munosabat	Bemorga

Bemorning maxfiy aloqa afzalligi

Aloqa nomi _____

Usul (doira): Uyali telefon Ish telefoni Uy telefoni Elektron pochta Matn

Favqulodda aloqa(uyda yashamaydi)

Ismi _____ Munosabatlar _____ Telefon
raqami _____

Sug'urta (faylda saqlanadigan sug'urta kartasining nusxasi)

Ismi _____ A'zo # _____ Guruh # _____

Shu bilan men bemorga Mt. Carmel, Inc. Pediatric Associates huquqiga ega bo'lgan barcha tibbiy imtiyozlarni tayinlayman. Bu topshiriq men tomonidan yozma ravishda bekor qilinmaguncha o'z kuchida qoladi. Ushbu topshiriqning fotonusxasi asl nusxa sifatida haqiqiy hisoblanadi. Men ushbu sug'urta tomonidan to'langan yoki to'lanmagan barcha to'lovlar uchun moliyaviy javobgar ekanligimni tushunaman. Shuningdek, men Karmel tog'idagi pediatriya assotsiatsiyalariga ushbu va keyingi tashriflar davomida har qanday va barcha tibbiy sharoitlarni baholash va davolashga ruxsat beraman. Yangilangan 11/2021

QILaman/QILMAYMAN (birinchi doira) Karmel tog'idagi pediatriya assotsiatsiyalari shifokorlari va boshqa xodimlarining men bilan telefon orqali bog'lanishiga va yuqorida sanab o'tilgan bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatishning turli jihatlari bo'yicha ovozli pochta xabarlarini qoldirishiga rozilik bildiring, ular sinovni o'z ichiga olishi mumkin, lekin ular bilan cheklanmaydi. natijalar, retseptlar, uchrashuvlar va hisob-kitoblar.

Imzo _____

Sana _____