



**ĐỐI VỚI BỆNH NHÂN CỦA CHÚNG TÔI:**

1. Chúng tôi có quyền để lại tin nhắn trên (các) số điện thoại bạn đã cung cấp cho chúng tôi không?

CÓ \_\_\_\_\_ KHÔNG \_\_\_\_\_

2. Chúng tôi có thể thảo luận về Thông tin Y tế của bạn với các thành viên gia đình và bạn bè?

CÓ \_\_\_\_\_ KHÔNG \_\_\_\_\_

➤ Vui lòng liệt kê tên của những người mà chúng tôi có thể thảo luận về việc chăm sóc y tế của bạn:

• Tên: \_\_\_\_\_ Điện thoại #: \_\_\_\_\_

Mối quan hệ với bạn: \_\_\_\_\_

• Tên: \_\_\_\_\_ Điện thoại #: \_\_\_\_\_

Mối quan hệ với bạn: \_\_\_\_\_

• Tên: \_\_\_\_\_ Điện thoại #: \_\_\_\_\_

Mối quan hệ với bạn: \_\_\_\_\_

3. Nếu ai đó gọi cho bạn hoặc yêu cầu bạn trong khi bạn đang ở trong văn phòng của chúng tôi, chúng tôi có được phép nói với họ rằng bạn đang ở đây không?

CÓ

KHÔNG

\_\_\_\_\_  
Chữ ký bệnh nhân

\_\_\_\_\_  
Ngày hôm nay

\_\_\_\_\_  
Tên in của bệnh nhân

\_\_\_\_\_  
Ngày hết hạn



## **Southern Crescent Nephrology, P.C.**

### **XÁC NHẬN CỦA BỆNH NHÂN VỀ VIỆC SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ**

Tôi thừa nhận Southern Crescent Nephrology, PC, sử dụng và tiết lộ sức khỏe được bảo vệ (PHI) về tôi để thực hiện các hoạt động điều trị, thanh toán và chăm sóc sức khỏe. (Southern Crescent Nephrology, Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư của PC cung cấp mô tả đầy đủ hơn về việc sử dụng và tiết lộ như vậy.)

Tôi có quyền xem lại Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư; Southern Crescent có quyền sửa đổi Thông báo của mình bất cứ lúc nào. Thông báo sửa đổi có thể được lấy bằng cách chuyên tiếp yêu cầu bằng văn bản đến Văn phòng Bảo mật Thận Southern Crescent tại 250 Village Center Parkway, Suite 100, Stockbridge, Georgia 30281.

Southern Crescent Nephrology có thể gọi đến nhà tôi hoặc địa điểm thay thế khác và để lại tin nhắn hoặc thư thoại hoặc gặp trực tiếp bất kỳ mục nào hỗ trợ thực hành trong việc thực hiện điều trị, thanh toán và hoạt động chăm sóc sức khỏe (TPO) của chúng tôi như nhắc nhở cuộc hẹn, các mặt hàng bảo hiểm và bất kỳ cuộc gọi nào liên quan đến chăm sóc lâm sàng của tôi, bao gồm cả kết quả xét nghiệm trong số những người khác. Southern Crescent Nephrology may gửi đến nhà tôi bất kỳ vật dụng nào hỗ trợ thực hiện TPO, chẳng hạn như thẻ nhắc nhở cuộc hẹn, tuyên bố của bệnh nhân hoặc mẫu yêu cầu phòng thí nghiệm, miễn là chúng được đánh dấu Cá nhân và Bảo mật.

Tôi thừa nhận rằng tôi có quyền yêu cầu Southern Crescent Nephrology, PC hạn chế cách nó sử dụng hoặc tiết lộ PHI của tôi để mang TPO. Tuy nhiên, thực tiễn không bắt buộc phải đồng ý với hạn chế yêu cầu của tôi, nhưng nếu có, nó bị ràng buộc bởi thỏa thuận này.

Bằng cách ký vào mẫu đơn này, tôi thừa nhận Southern Crescent Nephrology, PC sử dụng và tiết lộ PHI của tôi để thực hiện TPO của tôi.

Bằng cách ký vào mẫu đơn này, tôi cũng xác nhận đã nhận được một bản sao của Chính sách thận lười liềm phía Nam  
Thông báo ngày 20/01/2010.

---

(Tên in của bệnh nhân hoặc người giám hộ của bệnh nhân)

---

(Chữ ký của bệnh nhân hoặc người giám hộ của bệnh nhân)

---

(Ngày)



**Southern Crescent Nephrology, P.C.**

1. I, \_\_\_\_\_, (DOB: \_\_\_\_\_) cho phép chia sẻ PHI của tôi với bất kỳ Tổ chức Chăm sóc Sức khỏe nào khác. Việc ủy quyền này có giá trị cho đến khi có thông báo bằng văn bản về việc chấm dứt ủy quyền.
1. I, \_\_\_\_\_, (DOB: \_\_\_\_\_) KHÔNG cho phép chia sẻ PHI của tôi với bất kỳ Tổ chức Chăm sóc Sức khỏe nào khác. Sự cho phép này có hiệu lực cho đến khi tôi cung cấp thông báo bằng văn bản để chia sẻ PHI của tôi với các Tổ chức Chăm sóc Sức khỏe này.

Chữ ký: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_



# THÔNG BÁO:

Các chính sách sau đây có hiệu lực đối với SOUTHERN CRESCENT NEPHROLOGY kể từ ngày 20 tháng 1 năm 2010:

- Thanh toán đồng thanh toán và / hoặc đồng bảo hiểm là bắt buộc tại thời điểm của mỗi lần đến văn phòng. Nếu bạn không thể thanh toán khoản đồng thanh toán / đồng bảo hiểm của mình, bạn sẽ cần phải sắp xếp lại cuộc hẹn của mình.
- Bệnh nhân được yêu cầu xuất trình (các) thẻ bảo hiểm của họ tại mỗi lần khám tại văn phòng.
- Bệnh nhân có trách nhiệm xin giấy giới thiệu đến Bác sĩ Chăm sóc Chính của họ, nếu cần giới thiệu.
- Bệnh nhân trễ hơn sáu mươi (60) phút cho một cuộc hẹn sẽ được yêu cầu sắp xếp lại cuộc hẹn của họ.
- Bệnh nhân phải thông báo cho văn phòng của chúng tôi nếu bạn không thể giữ cuộc hẹn theo lịch trình trước ít nhất 24 giờ. Nếu không nhận được thông báo nào từ bệnh nhân, phí "Không hiện thị" \$ 25.00 sẽ được thêm vào tài khoản của bạn. Phí "Không có mặt" là do bệnh nhân phải trả và không được lập hóa đơn cho công ty bảo hiểm của bạn.
- Southern Crescent Nephrology đặt hàng các phòng thí nghiệm từ Labcorp, Quest hoặc Bệnh viện. Nếu bạn có phòng thí nghiệm do Bác sĩ Chăm sóc Chính của bạn thực hiện, bạn phải mang theo một bản sao của các phòng thí nghiệm đến cuộc hẹn của bạn hoặc đảm bảo rằng Bác sĩ Chăm sóc Chính của bạn sẽ gửi thư hoặc fax một bản sao đến văn phòng của chúng tôi.

1. Chính sách hoàn thành thủ tục giấy tờ của bệnh nhân như sau:

1. Thủ tục giấy tờ FMLA (Nghỉ phép y tế gia đình) sẽ được gửi tại văn phòng của chúng tôi, sẽ được bác sĩ hoàn thành trong vòng bảy (7) ngày làm việc và bệnh nhân có thể đến nhận sau khi hoàn thành. Có một khoản phí \$ 25.00 để hoàn thành thủ tục giấy tờ FMLA và lệ phí phải được thanh toán khi thủ tục giấy tờ được trả lại. **Xin lưu ý rằng một chuyến thăm trực tiếp có thể được yêu cầu trước khi hoàn thành thủ tục giấy tờ FMLA của bạn.**

1. Thủ tục giấy tờ khuyết tật sẽ được hoàn thành trong chuyến thăm văn phòng và có một khoản phí \$ 25.00 để hoàn thành thủ tục giấy tờ khuyết tật và lệ phí \$ 25.00 đến hạn tại thời điểm chuyến thăm giấy tờ. Nếu bệnh nhân cũng được khám tại văn phòng y tế định kỳ vào thời điểm này, khoản phí \$ 25.00 là ngoài khoản đồng thanh toán / đồng bảo hiểm hoặc thanh toán bằng tiền mặt của bệnh nhân. **Xin lưu ý rằng quý khách có thể phải đến gặp trực tiếp trước khi hoàn thành thủ tục giấy tờ về Người khuyết tật của mình.**

Cảm ơn bạn,

**SOUTHERN CRESCENT NEPHROLOGY**

## **CHỈ ĐƯỜNG-STOCKBRIDGE:**

**-Từ Quận Clayton, đi theo I-75** về phía nam đến lối ra #224 (lối ra Eagles Landing Parkway/Hudson Bridge Road), rẽ trái (băng qua I-75). Sau khi bạn qua cầu, hãy đi đến đèn đỏ thứ tư (thứ 4) (đèn đỏ chỉ cách nhau một dãy nhà), **rẽ phải vào Village Center Parkway (bên cạnh Truist Bank). Văn phòng của chúng tôi là 250 Village Center Parkway, tòa nhà cuối cùng ở bên phải trước khi bạn đến biển báo STOP tại Country Club Drive và văn phòng của chúng tôi nằm ở tầng một, là lối vào đường lái xe thứ hai (2<sup>nd</sup>).** (Có một chữ "250" lớn ở mặt trước của tòa nhà, đó là gạch đỏ với các cột cao màu trắng).

**-Từ McDonough,** đi theo I-75 North đến lối ra #224 (lối ra Eagles Landing Parkway/Hudson Bridge Road), rẽ phải ở đầu dốc thoát hiểm, đi đến đèn đỏ thứ ba (thứ 3), đó là Village Center Parkway (**đi theo các hướng dẫn được gạch chân ở trên**).

**-Từ Quốc lộ 42,** rẽ vào Eagles Landing Parkway, đi hai (2) dặm đến đèn đỏ thứ hai (2<sup>nd</sup>), đó là Village Center Parkway. Rẽ trái bên cạnh Kentucky Fried Chicken. Địa chỉ tòa nhà là 250 Village Center Parkway, tòa nhà cuối cùng ở bên phải trước khi bạn đến biển báo STOP tại Country Club Drive. (Có một chữ "250" lớn ở mặt trước của tòa nhà). Chúng tôi đang ở tầng một là lối vào đường lái xe thứ hai (thứ 2).

## **CHỈ ĐƯỜNG-RIVERDALE:**

**Đi về phía Bắc trên I-75,** đi theo lối ra 235 (Xa lộ Dixie Cũ/Xa lộ 19/41). Rẽ trái ở đầu đoạn đường dốc (băng qua I-75) đến đèn đỏ đầu tiên (1<sup>st</sup>). Rẽ phải vào Đường Upper Riverdale. **Đi khoảng một dặm đến 34 Upper Riverdale Road. Tòa nhà "Chăm sóc khẩn cấp" ở bên trái, ngay bên kia đường từ Trung tâm Y tế Khu vực phía Nam, Suite 202 (tầng hai).**

**Đi về phía Nam trên I-75,** đi theo lối ra 235 (Quốc lộ 19/41). Rẽ phải lúc đèn đỏ đầu tiên là Đường Upper Riverdale. (**làm theo hướng dẫn được gạch chân ở trên**).

## **CHỈ ĐƯỜNG-LOCUST GROVE:**

**-Từ McDonough,** I-75 South đến lối ra Tanger Mall (Bill Gardner Parkway), rẽ trái băng qua đường cao tốc, đi đến Đại lộ Stanley K. **Tanger, rẽ phải, đi khoảng một phần tư dặm đến 531 Đại lộ Stanley K. Tanger (tòa nhà bên trái, trở lại Tanger Outlet Mall).**

**Từ Jackson, đi theo** I-75 North đến Lối ra Tanger Mall (Bill Gardner Parkway), rẽ phải, đi theo **các hướng dẫn được gạch chân ở trên.**

## **HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG-GRIFFIN:**

**Từ Jackson,** đi theo Quốc lộ 16 vào Griffin. Rẽ trái vào đường số 8 (đường của Bệnh viện Spalding) Đi 0,39 dặm và 415 sẽ ở bên phải.

**-Từ Jonesboro,** đi theo Quốc lộ 19/41 về phía nam đến Quốc lộ 16 / lối ra Trung tâm thành phố Griffin, đèn Phô 8 (cùng đường với Bệnh viện Khu vực Spalding.) Rẽ phải vào 8th Street, đi 0,39 dặm và 415 sẽ ở bên phải của bạn.

## **HƯỚNG DẪN-FAYETTEVILLE**

**-Từ GA-54 Đông-** Đi về phía đông bắc trên GA-54 N về phía Old Hwy 54. **Rẽ phải để đi trên GA-54, tiếp tục đi thẳng và vượt qua Chick-fil-A (bên trái trong 1,8 dặm). Rẽ trái vào Ginger Cake Rd, bên phải vào Brandywine Blvd (khoảng 0,4 dặm), rẽ phải và điểm đến sẽ ở bên trái.**

**-Từ GA-54 Tây-** (Khu liên hợp bóng đá) Đi GA-54 về phía Tây khoảng 1,0 dặm và sau đó quay trở lại (quay đầu xe) vào GA-54 Đông. **Thực hiện theo các hướng dẫn được gạch chân ở trên.**

**Từ GA-85 S- Đi về phía bắc trên GA-74 N / GA-85 N** về phía Greenville Flat Shoals Rd. Tiếp tục đi theo GA-85 N, đi qua Starbucks (bên phải trong 25 dặm). Rẽ trái vào Grady Ave (Grady Ave rẽ phải một chút và trở thành Grady Ave). Rẽ trái vào Floy Farr Pkwy / W Lanier Ave. Rẽ phải vào Brandywine Blvd khoảng 0,4 dặm và sau đó rẽ trái) điểm đến sẽ ở bên trái.

**-Từ GA-85N GA 92-** Đi GA-85N vào Fayetteville, đi về phía đông bắc trên Glynn St N, rẽ trái một chút về phía GA-85 S / Glynn St N. Sharp bên trái onto GA-85 S / Glynn St N (đi qua Taco Bell - bên phải trong 0,5 dặm). Rẽ phải vào Floy Farr Pkwy / W Lanier Ave. khoảng 1,1 dặm và sau đó rẽ phải vào Brandywine Blvd (0,4 dặm). Rẽ trái và đích sẽ ở bên trái trong 1,0 dặm.



**SOUTHERN CRESCENT NEPHROLOGY, P.C.**

**TỜ THÔNG TIN BỆNH NHÂN BÍ MẬT**  
(Vui lòng in)

**NGÀY HÔM NAY:**  
**Lý do giới thiệu:**

**TÊN PCP:**

**Bác sĩ giới thiệu:**

Tên bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_ D.O.B: \_\_\_\_\_ Tình dục: \_\_\_\_\_  
(Last) (First) (MI)

Địa chỉ đường phố: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Thành phố: \_\_\_\_\_ Tiểu bang: \_\_\_\_\_ Rút: \_\_\_\_\_ Tình trạng hôn nhân: \_\_\_ Đơn \_\_\_ Ly dị. \_\_\_ Tách ra.  
\_\_\_ Goá. \_\_\_ Kết hôn

Điện thoại nhà: \_\_\_\_\_ Điện thoại di động#: \_\_\_\_\_ Điện thoại cơ quan: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_  Tôi không có email.  Tôi không muốn chia sẻ email của mình.

Được khoa: \_\_\_\_\_ Thành phố: \_\_\_\_\_ Điện thoại#: \_\_\_\_\_

Race:  Người Mỹ da đỏ / thổ dân Alaska  Người Hawaii bản địa  White  Tây Ban Nha / La  
tinh (Required By)  Châu Á  Người dân đảo Thái Bình Dương khác  Khác

Medicare)  Người Mỹ da đen / người Mỹ gốc Phi  Undefined  
 Nhiều hơn 1 cuộc đua  Từ chối báo cáo Ngôn ngữ chính được nói: \_\_\_\_\_

Liên hệ khẩn cấp: (không sống chung với bệnh nhân): \_\_\_\_\_ Mối quan hệ: \_\_\_\_\_

Điện thoại nhà: \_\_\_\_\_ Điện thoại di động#: \_\_\_\_\_ Điện thoại cơ quan: \_\_\_\_\_

**Thông tin bảo hiểm**

(Vui lòng xuất trình Bảo hiểm & CMND cho lễ tân để photocopy)

Bạn có được bảo hiểm không?  CÓ  KHÔNG  TỰ TRẢ

Tên bảo hiểm ban đầu: \_\_\_\_\_ Chính sách/ID #: \_\_\_\_\_ Nhóm#: \_\_\_\_\_

Tên người được bảo hiểm: \_\_\_\_\_ Người được bảo hiểm D.O.B: \_\_\_\_\_ Mối quan hệ với bệnh nhân: \_\_\_\_\_

Bảo hiểm thứ cấp: \_\_\_\_\_ ID chính sách#: \_\_\_\_\_ Nhóm#: \_\_\_\_\_

Tên người được bảo hiểm: \_\_\_\_\_ Người được bảo hiểm D.O.B: \_\_\_\_\_ Mối quan hệ với bệnh nhân: \_\_\_\_\_

Các bác sĩ khác mà bạn muốn chúng tôi biết hoặc gửi thư đến?

Tên: \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_ Loại bác sĩ: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Tên: \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_ Loại bác sĩ: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Tên: \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_ Loại bác sĩ: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

### **Di ứng (Vui lòng liệt kê phản ứng)**

Penicillin \_\_\_\_\_ Lưu huỳnh \_\_\_\_\_ Iốt / Tương phản \_\_\_\_\_

Cao su \_\_\_\_\_

Khác \_\_\_\_\_

### **Tiền sử gia đình**

Mẹ: \_\_\_ Sống \_\_\_ Đã qua đời

Vấn đề y tế: \_\_\_\_\_

Cha: \_\_\_ Sống \_\_\_ Đã qua đời

Vấn đề y tế: \_\_\_\_\_

Tiền sử gia đình khác (Vui lòng cho biết mối quan hệ với bạn và tuổi xảy ra):

Bệnh thận \_\_\_\_\_ Tiểu đường \_\_\_\_\_

Sỏi thận \_\_\_\_\_ Stoke \_\_\_\_\_

Bệnh tim \_\_\_\_\_ Ung thư \_\_\_\_\_

Huyết áp cao \_\_\_\_\_ Khác \_\_\_\_\_

### **Việc làm**

Làm việc \_\_\_ Nghề nghiệp: \_\_\_\_\_ Thất nghiệp \_\_\_

Nghỉ hưu \_\_\_ Về khuyết tật \_\_\_

Sinh viên \_\_\_

### **Thuốc lá:**

Không bao giờ hút thuốc \_\_\_

Người hút thuốc trước đây \_\_\_

\*Bỏ: Khi: \_\_\_\_\_ Bạn đã hút thuốc bao lâu \_\_\_ Tuổi Bao nhiêu điều thuốc / ngày \_\_\_\_\_

Vẫn hút thuốc

Bạn đã hút thuốc bao lâu rồi \_\_\_ Tuổi

Bao nhiêu điều thuốc / ngày \_\_\_\_\_

### **Rượu:**

Không bao giờ \_\_\_ Hiếm \_\_\_ Xã hội / Tỉnh thoảng \_\_\_ Thường \_\_\_ đồ uống/tuần

### **Ma túy bất hợp pháp:**

Không bao giờ \_\_\_ Đã sử dụng trước đây: \_\_\_\_\_

Thuốc: \_\_\_\_\_

Bỏ: Khi: \_\_\_\_\_

Hiện đang sử dụng: Thuốc \_\_\_\_\_



**Thuốc (vui lòng bao gồm vitamin, chất bổ sung, thảo dược và trên quầy):**

Tên	Liều	Tần số	Tên	Liều	Tần số

**Lịch sử y tế trong quá khứ**

Tên bệnh nhân \_\_\_\_\_

(Vui lòng khoanh tròn nếu bạn hiện tại hoặc trước đây có bất kỳ điều nào sau đây:)

**Tim mạch(Khoanh tròn tất cả những gì áp dụng)**

Huyết áp cao	Chứng loạn nhịp tim (nhịp tim không đều)
Bệnh tim	Vị trí máy tạo nhịp tim
Chụp động mạch trước (cath tim)	Vị trí đặt máy khử rung tim (AICD)
Nong mạch (bóng) hoặc đặt stent	Cholesterol cao
Phẫu thuật tim hở	Các vấn đề về van tim hoặc thay thế
Đau tim	Bệnh thấp tim
Suy tim sung huyết (CHF)	Các vấn đề về tim khác _____

**Phổi(Khoanh tròn tất cả những gì áp dụng)**

COPD (emphysema or chronic bronchitis)	Asthma
Use oxygen at home	Pneumonia
Sleep apnea	Other lung disease _____
Use BiPap, CPAP or oxygen at night	

**Nội tiết:**

Tiểu đường  
 Về insulin \_\_\_\_  
 Bệnh vớng mạc tiểu đường (bệnh mắt tiểu đường)\_\_\_\_  
 Bệnh thần kinh tiểu đường (tê, rát hoặc cảm giác kém ở bàn chân) \_\_\_\_  
 Bệnh tuyến giáp  
 Khác \_\_\_\_\_:

**Tiêu hóa: (Khoanh tròn tất cả những gì áp dụng)**

Bệnh loét dạ dày tá tràng (loét dạ dày hoặc ruột)	Bệnh Crohn
Dạ dày bắc cầu (phẫu thuật giảm cân)	Viêm loét đại tràng
Sỏi mật hoặc bệnh túi mật	Hội chứng ruột kích thích
Viêm tụy	Diverticulosis hoặc viêm túi thừa
Viêm gan hoặc bất kỳ bệnh gan nào	Trĩ
Tắc ruột	Khác _____

**Sinh dục niệu: (Khoanh tròn tất cả những gì áp dụng)**

Suy thận (thận)	Tuyến tiền liệt mở rộng (BPH)
Trước đây phải lọc máu?	Phẫu thuật tuyến tiền liệt
Sỏi thận	Rối loạn cương dương (ED)
Máu trong nước tiểu	Fibroids
Nhiễm trùng đường tiết niệu	U nang buồng trứng
Nhiễm trùng thận	Khác _____
Ghép thận trước đó	

**Mạch: (Khoanh tròn tất cả những gì áp dụng)**

Phình động mạch chủ

Bệnh mạch máu ngoại biên (PAD, PVD, lưu thông kém ở chân)

Bệnh mạch máu khác \_\_\_\_\_

**Thần kinh học: (Khoanh tròn tất cả những gì áp dụng)**

Tịch thu

Đột quy hoặc đột quy cảnh báo

Mất ý thức

Khác \_\_\_\_\_

**Tâm thần: (Khoanh tròn tất cả những gì áp dụng)**

Khủng hoảng

Mối lo

Rối loạn lưỡng cực

Khác \_\_\_\_\_

**Huyết học/Ung thư: (Khoanh tròn tất cả những gì áp dụng)**

Thiếu máu

Ung thư

Truyền máu trước

Khác \_\_\_\_\_

Cục máu đông (DVT hoặc PE) ở chân hoặc phổi

**Bệnh thấp khớp (Khoanh tròn tất cả những gì áp dụng)**

Lupus

Viêm khớp (viêm xương khớp) Đau khớp

Sjogren của

Thay thế khớp

Xơ cứng bì

Vị

Bệnh mô liên kết hỗn hợp

Đau cơ xơ hóa

Viêm khớp dạng thấp

Khác \_\_\_\_\_

**Bệnh truyền nhiễm**

Lao

Viêm gan B

HIV/AIDS

Viêm gan C

Khác \_\_\_\_\_

**Tiêm chủng**

Viêm gan A

Viêm phổi

Viêm gan B

Cúm (Tiêm phòng cúm)

Vắc xin COVID

Khác \_\_\_\_\_

Pfizer / Moderna / Johnson &amp; Johnson

Booster(s)

**Lịch sử phẫu thuật trong quá khứ****Có bất kỳ ca phẫu thuật nào sau đây đã được thực hiện trên bạn không?**

<input type="checkbox"/> Cắt ruột thừa	<input type="checkbox"/> Thay khớp háng <input type="checkbox"/> Bên trái <input type="checkbox"/> Song phương <input type="checkbox"/> Bên phải	<input type="checkbox"/> Ghép thận
<input type="checkbox"/> CABG	<input type="checkbox"/> Thay khớp gối <input type="checkbox"/> Bên trái <input type="checkbox"/> Song phương <input type="checkbox"/> Bên phải	<input type="checkbox"/> Phẫu thuật cắt tuyến giáp
<input type="checkbox"/> Cắt bỏ nội mạc động mạch cảnh	<input type="checkbox"/> Cắt bỏ tử cung	<input type="checkbox"/> Cắt amidan
<input type="checkbox"/> Phẫu thuật đục thủy tinh thể	<input type="checkbox"/> Cắt bỏ tuyến tiền liệt	<input type="checkbox"/> Thay van
<input type="checkbox"/> D & C	<input type="checkbox"/> Cắt thận	<input type="checkbox"/> Lỗ rò AV
<input type="checkbox"/> Loại bỏ túi mật	<input type="checkbox"/> Sửa chữa thoát vị	<input type="checkbox"/> Ghép AV
<input type="checkbox"/> Dạ dày bắc cầu		<input type="checkbox"/> Ống thông PD
<input type="checkbox"/> Cắt trĩ		

Other Health Problems/Surgeries Not Listed Above: \_\_\_\_\_

**SỰ ĐỒNG Ý Y TẾ- CHUYỂN NHƯỢNG QUYỀN LỢI- TIẾT LỘ THÔNG TIN**

Tôi ủy quyền cho các bác sĩ và nhân viên của Southern Crescent Nephrology, P.C., chăm sóc y tế cho bệnh nhân nêu trên.

Tôi ủy quyền cho Southern Crescent Nephrology, P.C., tiết lộ bất kỳ thông tin nào trong quá trình khám hoặc điều trị của tôi cho bất kỳ cơ quan bảo hiểm, cơ quan chính phủ nào cung cấp quyền lợi hoặc các chính sách khác để thay mặt tôi xử lý bất kỳ khiếu nại nào để thanh toán.

Tôi bằng chữ ký của mình chỉ định và ủy quyền cho (các) hãng bảo hiểm của tôi thanh toán trực tiếp cho Southern Crescent Nephrology, PC, cho tất cả các dịch vụ được cung cấp. Qua đó cho phép tôi cho M. Hafiz Rahman, MD, Sanjay Sharma, MD, Janice Weatherspoon, MD, Srikar Kumar, MD, Saba Khan, MD và Latoya Williams, APRN BC và nhân viên điều trị cho tôi.

Tôi bằng chữ ký của mình hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm cuối cùng về việc thanh toán đầy đủ tất cả các dịch vụ được cung cấp trong trường hợp nhà cung cấp dịch vụ bảo hiểm và hoặc chương trình chăm sóc được quản lý của tôi từ chối thanh toán toàn bộ hoặc một phần của bất kỳ dịch vụ nào được cung cấp. Bao gồm nhưng không giới hạn ở tất cả các khoản đồng thanh toán và hoặc các khoản khấu trừ, và không có dịch vụ và vật tư được đài thọ nào có được trong quá trình chăm sóc.

X \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_ Thông tin bệnh nhân Cập nhật ngày: \_\_\_\_\_  
Chữ ký của bệnh nhân