Machine Translated by Google

ACCESS FAMILY CARE
Medical & Dental Clinics

د ګرځنده غابونو د راجستریشن فورمه

نېټه________________

د فدرالي وړ روغتیایی مرکز په توګه، موږ د لومړني روغتیا پاملرنې بیورو لخوا اړین یو چې زموږ د ټولو ناروغانو معلومات راټول کړو. لاسرسی د عمر، جنس، نژاد، مذهب، ازدواجی وضعیت، ملی اصل، معیوبیت، جنسی غوره توب، د عامه مرستې وضعیت یا مجرم پر بنسټ تبعیض نه کوي ریکارډ

مهرباني وکړئ چاپ کړئ

د ناروغ نوم ____ ټولنیز امنیت شمیره __________________

تېر لومړی منځنی

کمول نور د زیږون نیټه شځینه نارینه جندر:

د ښوونځي نوم:_________________________ درجه: __________________

د بریښنالیک پته____

ښار____ ریاست_____________ زپ_____________ فزیکی

پته (که توپیر ولري)____________________________________ د اوسیدو ځای___________

ښار____ ریاست_____________ ________________Zipکوډ

ګرځنده / بدیل تلیفون ________________________لومړنی بریښنالیک

پته_______________________________ ایا تاسو د ناروغ پورټل کاروئ: هو نه

قانوني سرپرست (که چیرې ناروغ 17 یا کم وي)_______________________________

د قانوني ساتونکي تلیفون :# ______________________________

د ثانوي تماس نوم __________________________ د ثانوي تماس تلیفون ________________

(کورنۍ، ملګری یا ګاونډی، ستاسو سره ژوند نه کوي، څوک چې تاسو ته پیغام ترلاسه کولی شي)

د ثانوي اړیکو سره اړیکه___________________________________

ځای __________________________ غوره درملتون _____________________________________

نور____ (په کومه ژبه په ګوته کوی) هسپانیه ایی غوره ژبه: انګلیسي

د ژبې مرسته. که تاسو ورته مرستې ته اړتیا لرئ، مهرباني وکړئ وګورئ چې کوم ډول مرستې ته اړتیا لرئ.

د اشارو ژبه / بصري مرستندویان

هسپانوي/ لاتیني / توکمیز — هسپانوي/ لاتیني نه

ریس: مهرباني وکړئ ټول هغه وګورئ چې پلي کیږي: سپین — تور/افریقی امریکایی — اسیایی — امریکایی هندی یا الاسکا اصلي — اصلي هوایی — ځواب ورکول نه — نور د پاسیفیک جزیره له یو څخه ډېر نسل

طبي تاریخ

اسما	هو نه	د غابونو وروستی درد	هو نه
د زړه سوری	هو نه	د مصنوعي زړه والو	هو نه
د شکر ناروغی	هو نه	د زړه زیږون نیمګړتیا	هو نه
اختلاطات/ مری	هو نه	د روماتیک زړه ناروغي	هو نه
د خونریزي ستونزې	هو نه	نور	هو نه

هر ډول جراحي / نور / تشریح کړئ: ____

ایا ستاسو ماشوم کوم الرجی لري؟ هو نه

که هو، مهرباني وکړئ تشریح کړئ: ____

کوم درمل چې ستاسو ماشوم یې اخلي لیست کړئ: ____

Machine Translated by Google

د غاښونو تاریخ

ستاسو د ماشوم لپاره د غاښونو کومه اندیښنه؟___________________________________

آیا ستاسو ماشوم مخکې د غاښونو ډاکټر لیدلی دی؟ هو، په تیر کال کې هو، له یو کال څخه ډیر پخوا نه

د تشخیص او مخنیوي درملنې او د ګټو ټاکلو لپاره رضایت

لاندې بکس چیک کړئ چې تاسو خپل ماشوم ته د ترلاسه کولو اجازه ورکوئ:

د غاښونو: زه/موږ د خپل/زموږ ماشوم لپاره د ACCESS د پورټ ایبل ښوونځي کلینیک کې د غاښونو مخنیوي خدمتونه ترلاسه کولو رضایت ورکوو. غاښونه د مخنیوي خدماتو کې شامل دي مګر محدود ندي چې سکرینینګ، فلوراید، امتحان، ایکس رې، او سیلانټونه. زه پوهیږم چې دا رضایت د لاسلیک نیټې څخه د 1کال لپاره اعتبار لري.

د ګټو ټاکل: زه/موږ پوهیږو چې وړ خدمتونه میډیکاډ او/یا خصوصي بیمې ته ورکول کیدی شي. زه په دې توګه لارښوونه کوم او لارښوونه کوم چې د بیمې ټولې پیسې ACCESS ته ورکړل شي چې د غاښونو او/یا طبي لګښتونو ګټې لپاره د چک له لارې تادیه شي، او په بل ډول زما د اوسني بیمې پالیسي لاندې د مسلکي لپاره د ټولو لګښتونو په بدل کې تادیه کیږي خدمتونه وړاندې کوي.

زه/موږ ACCESS ته اجازه ورکوو چې د بیمې د ادعاوو د ثبتولو لپاره د وړتیا او/یا ګټې په اړه معلومات خپاره او ترلاسه کړي. زه دا هم پوهیږم چې د ډیرو ګټو ترلاسه کولو لپاره زما د فایل څخه اضافي معلوماتو ته اړتیا لیدل کیدی شي. زه/موږ د دې رضایت فارم سره ضمیمه شوي د محرمیت عمل د HIPAA خبرتیا رسید منو. زه پوهیږم چې دا رضایت د لاسلیک نیټې څخه د 1کال لپاره اعتبار لري. زه پوهیږم چې رضایت زما په غوښتنه هر وخت لغوه کیدی شي. برسېره پردې، زه/موږ د غوښتونکي د مور او پلار یا سرپرست په توګه د ACCESS یا د ACCESS لخوا ټاکل شوي اشخاصو ته اجازه ورکوو چې په بیړني، حادثه یا ناروغۍ کې زما/ زموږ لپاره عمل وکړي.

___________________________________ نېټه: ___________

د مور او پلار لاسلیک

بیمه یا د میسوري روغتیا خالص معلومات (مهرباني وکړئ ډک کړئ او/یا د کارت یوه کاپي پکې شامل کړئ)

د غاښونو د بیمې نوم: ______________________________ کارمند: ___________________________________

د پالیسي لرونکي نوم: _____________ # DOB: _________________________________

د بیمې تلیفون ______________ پالیسي## / د پیرودونکي ID: ____________________ SSN #: ________________________________

د بیمې پته ____

میډیکاډ / MO HealthNet شمیره: _______________________________________

د ګرځنده غاښونو ناروغ بیلانس مرستې فورمه

دا فورمه ستاسو ماشوم ته وړتیا ورکوي چې د ښوونځي د پورټ ایبل غاښونو خدماتو ترلاسه کولو پرمهال د ناروغ (زده کونکي) بیل بیلانس لپاره د خیریه پاملرنې مرستې فنډونو له لارې مالي مرستې ترلاسه کړي. که دا فورمه ډکه نه شي پاتې بیلانس به د مور او پلار پته ته ورکړل شي.

د ناروغ نوم: ____

ناروغ/قانوني سرپرست: ____

پته: ____

ایالت: ______________ زیپ کوډ: _________________

د ښوونځي نوم: ____ ټولګي: ____________________

زه د پورته نومول شوي ناروغ لپاره د ښوونځي پراساس د غاښونو خدماتو ترلاسه کولو لپاره د ناروغ توازن سره د مرستې غوښتنه کوم.

____

نیټه د مور او پلار / قانوني سرپرست لاسلیک

د جوپلین غاښونه: 417-782-0080

Neosho غاښونه: 417-451-0977

د کارتیج غاښونه: 417-674-2141