

**BAO THANG "TOMMY" PHAM, MD  
PHAM MEDICAL CLINIC, P.A.**

**ĐĂNG KÝ NHÂN**

Tên \_\_\_\_\_ Số xã hội \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dịa chỉ \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_

Thành phố \_\_\_\_\_ Tỉnh bang \_\_\_\_\_ Số bưu điện \_\_\_\_\_

**THÔNG TIN LIÊN HỆ: XIN CHỌN CỦA BẠN LIÊN HỆ SỐ TỐT NHẤT**

ĐIỆN THOẠI: Số nhà: \_\_\_\_\_ Số điện thoại di động: \_\_\_\_\_ Số công việc: \_\_\_\_\_

Dịa chỉ email: \_\_\_\_\_ Tên công ty so sánh: \_\_\_\_\_

GIỚI:  Nam  Nữ

TÌNH TRẠNG HÔN NHÂN:  Độc thân  Có gia đình  Khác

Tên Chồng / Vợ , Cha / Mẹ , Người liên hệ: \_\_\_\_\_ Số điện thoại \_\_\_\_\_

Tên của người gọi khi khẩn cấp: \_\_\_\_\_ Số điện thoại: \_\_\_\_\_

----- CHÍ THÔNG TIN Y TẾ VÀ PHÂN ƯU -----

Tôi cho phép tiết lộ bất kỳ thông tin y tế cần thiết để xử lý yêu cầu này. Tôi cho phép một bản sao của giấy phép này sẽ được sử dụng ở vị trí của bản gốc.

NGÀY \_\_\_\_\_ Chữ Ký \_\_\_\_\_

Tôi đã được ủy quyền Bác Sĩ Tommy Bảo Thắng Phạm xin trợ cấp thay cho tôi cho dịch vụ được bao trả theo lệnh của ông. Tôi yêu cầu thanh toán từ công ty bảo hiểm của tôi được thực hiện trực tiếp với Bác Sĩ Tommy Bảo Thắng Phạm hay bên nào chấp nhận chuyển nhượng. Tôi xác nhận rằng thông tin tôi đã báo cáo về phạm vi bảo hiểm của tôi có là chính xác. Tôi cho phép một bản sao của giấy phép được sử dụng thay cho bản gốc. Việc ủy quyền này có thể bị thu hồi bằng hoặc tôi hoặc bảo hiểm của tôi bất cứ lúc nào bằng văn bản.

NGÀY \_\_\_\_\_ Chữ Ký \_\_\_\_\_  
(bệnh nhân, cha/mẹ, hoặc người giám hộ)

## ỦY QUYỀN SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ

TÊN BỆNH NHÂN: \_\_\_\_\_ NGÀY SINH: \_\_\_\_\_

Theo Bảo hiểm Y tế Portability và trách nhiệm luật ( HIPPA ) . Phạm Medical Clinic, PA. phải có văn bản của bạn và ký kết đồng ý cho sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của bạn cho các mục đích sau đây :

**ĐIỀU TRỊ:** Chúng tôi có thể sử dụng thông tin về quý vị để cung cấp với điều trị hoặc dịch vụ y tế. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin về quý vị cho các bác sĩ , y tá , kỹ thuật viên , nhân viên văn phòng , nhân viên và những người đang chăm sóc của bạn và của bạn sức khỏe .

**THANH TOÁN:** Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế để điều trị và dịch vụ bạn nhận tại văn phòng này có thể được hóa đơn để thanh toán và có thể được thu thập từ bạn , một công ty bảo hiểm / hoặc bên thứ ba .

**CHO HEALTHCARE HOẠT ĐỘNG:** Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin về bạn để chạy văn phòng và đảm bảo mà bạn và các bệnh nhân khác của chúng tôi nhận được sự chăm sóc tốt .

**CHO GIA ĐÌNH VÀ BẠN BÈ:** Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin về quý vị cho các thành viên gia đình hoặc bạn bè của bạn theo hướng dẫn bởi bạn (xem bên dưới )

### XIN ĐIỀN CÁC MỤC SAU

- 1) Hãy liệt kê các thành viên trong gia đình và / hoặc bạn bè mà chúng tôi có thể tiết lộ / thảo luận về các thông tin y tế hoặc điều trị của bạn hoặc các thỏa thuận thanh toán. Bạn có quyền hạn chế tiết lộ bất kỳ thông tin.

Mối quan hệ: \_\_\_\_\_

Mối quan hệ: \_\_\_\_\_

- 2) Nếu bạn muốn kết quả kiểm tra, thư từ, báo cáo thanh toán của bạn sẽ được gửi đến một địa chỉ khác so với bạn nhà, hãy liệt kê nó ở đây .

\_\_\_\_\_

- 3) Xin identify nơi bạn muốn chúng tôi gọi điện để nhắc bạn về cuộc hẹn của mình hoặc để cho kết quả thử nghiệm cho bạn:
- số nhà \_\_\_\_\_ số công việc \_\_\_\_\_  
số điện thoại di động \_\_\_\_\_ số khác (xin ghi rõ) \_\_\_\_\_

Chúng tôi có quyền để lại một tin nhắn điện thoại trên một máy trả lời? Co \_\_\_\_\_ không \_\_\_\_\_

Chúng tôi có quyền fax thư cho bạn qua số điện thoại bạn xác định? Co \_\_\_\_\_ không \_\_\_\_\_

Bình luận: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tôi hiểu rằng tôi có thể yêu cầu một bản sao của "Thông báo Quy định quyền riêng tư" mà sẽ mô tả cách trọn vẹn hơn thông tin trên. Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể liệt kê trong phần bình luận bất kỳ hạn chế về công bố thông tin thông tin y tế được bảo vệ của tôi. Chữ ký của tôi có hiệu lực từ ngày này, trừ khi tôi rút lại sự cho phép bằng văn bản.

Ngày: \_\_\_\_\_

Chữ ký của bệnh nhân hoặc người giám hộ

Tên của người giám hộ: \_\_\_\_\_

# Pham Medical Clinic

“Tommy” Bao Thang Pham, MD  
12545 Briar Forest Dr. Ste A  
Houston, TX 7707  
Tel: (281) 531-5293  
Fax: (281) 759-9175

## CHÍNH SÁCH TÀI CHÍNH

Cảm ơn bạn đã lựa chọn chúng tôi là cơ sở chăm sóc phẫu thuật của bạn. Mục tiêu của chúng tôi là cung cấp cho bạn với các dịch vụ chăm sóc phẫu thuật chất lượng cao nhất với chi phí phải chăng. Để làm cho dịch vụ của chúng tôi có sẵn cho nhiều bệnh nhân càng tốt trên cơ sở giá cả phải chăng, chúng tôi đã áp dụng các chính sách thu tài chính được nêu dưới đây. Chúng tôi yêu cầu bạn đọc chính sách một cách cẩn thận và ký trước khi điều trị.

- CHÚNG TÔI CÓ THỂ CHẤP NHẬN BẤT CỨ BẢO HIỂM nhượng VỚI BẢO HIỂM ĐỐI.
- CHÚNG TÔI CUNG CẤP HỖ TRỢ TÀI CHÍNH ( Giảm , MIỄN HOẶC GIẢM TIỀN KHẨU TRỪ , CO - TRẢ VÀ CO - BẢO HIỂM ) THEO CHÍNH SÁCH CỦA CHÚNG TÔI INDIGENCE CHO TẤT CẢ BỆNH NHÂN ĐƯỢC VỀ TRƯỜNG HỢP VỚI TRƯỜNG HỢP CƠ SỞ
- ĐẦY ĐỦ THANH TOÁN LÀ DO LÚC CÁC DỊCH VỤ TRỪ sắp xếp KHÁC
- CHÚNG TÔI CHẤP NHẬN TIỀN MẶT, SÉC, OR VISA / MASTERCARD, AMERICAN EXPRESS VÀ CARD .
- CHÚNG TÔI CUNG CẤP AN KẾ HOẠCH THANH TOÁN EXTENDED VỚI TRƯỚC PHÊ DUYỆT TÍN DỤNG.
- CHÚNG TÔI CHẤP NHẬN TẤT CẢ TIẾT KIỆM Y TẾ TÀI KHOẢN ( HSA ) THANH TOÁN.

Kiểm tra nhục sẽ được tính lại vào tài khoản của bệnh nhân với một khoản phí dịch vụ của \$ 25,00. Làm nhục kiểm tra không được cứu chuộc trong vòng 20 ngày làm việc, thông báo bằng văn bản cho các nhà sản xuất sẽ được giới thiệu đến các công tố viên cho bộ sưu tập.

### Về bảo hiểm

Chúng tôi có thể chấp nhận chuyển nhượng quyền lợi bảo hiểm theo quyết định của chúng tôi nếu xác định chấp nhận bảo hiểm được cung cấp. Xác định chấp nhận bảo hiểm được định nghĩa như là một thẻ bảo hiểm hợp lệ, chính sách / kế hoạch với phạm vi áp dụng, hoặc xác minh qua điện thoại. Theo phép lịch sự cho các bệnh nhân của chúng tôi, bảo hiểm và có thể kiểm chứng được chuyển nhượng sẽ được lập hoá đơn bằng văn phòng của bác sĩ phẫu thuật này. Tuy nhiên, bạn sẽ phải chịu trách nhiệm cá nhân đối với số dư tài khoản của bạn bất kể có hay không nếu bảo hiểm của bạn sẽ trả cho tổng số dư tính khiếu nại của bạn, trừ khi bạn có đủ điều kiện để giảm giá theo chính sách của chúng tôi indigency xác định trước trước khi các dịch vụ được cung cấp. Bảo hiểm kế hoạch lợi ích chính sách / người lao động là một hợp đồng giữa bạn và công ty bảo hiểm / lợi ích của nhân viên kế hoạch của bạn. Chúng tôi không phải là một bên trong hợp đồng đó. Trong trường hợp chúng tôi không chấp nhận chuyển nhượng lợi ích chúng tôi yêu cầu bạn phải được chấp thuận trước về kế hoạch thanh toán mở rộng của chúng tôi bằng cách cung cấp một thẻ tín dụng hoặc tài khoản séc cá nhân với sự cho phép để tính phí số tiền đó cho các số dư , nếu công ty bảo hiểm / phúc lợi nhân viên của bạn kế hoạch đã không được thanh toán đầy đủ trong tài khoản của bạn trong vòng 45 ngày hoặc đã xác định yêu cầu của bạn là trách nhiệm của bạn vì những lý do được khấu trừ , đồng thanh toán hàng năm , các dịch vụ không được bảo hiểm và không cần thiết về mặt y khoa .

Nếu một bệnh nhân lựa chọn hoặc được yêu cầu phải lập hóa đơn / bảo hiểm của riêng mình , văn phòng này sẽ cung cấp một báo cáo chi tiết từng khoản và một mẫu cho bệnh nhân HCFA -1500 , nhưng sẽ đối xử với tài khoản như một tự thanh toán.

### Về bảo hiểm

Chúng tôi có thể chấp nhận chuyển nhượng quyền lợi bảo hiểm theo quyết định của chúng tôi nếu xác định chấp nhận bảo hiểm được cung cấp. Xác định chấp nhận bảo hiểm được định nghĩa như là một thẻ bảo hiểm hợp lệ, chính sách / kế hoạch với phạm vi áp dụng, hoặc xác minh qua điện thoại . Theo phép lịch sự cho các bệnh nhân của chúng tôi, bảo hiểm và có thể kiểm chứng được chuyển nhượng sẽ được lập hoá đơn bằng văn phòng của bác sĩ phẫu thuật này. Tuy nhiên, bạn sẽ phải chịu trách nhiệm cá nhân đối với số dư tài khoản của bạn bất kể có hay không nếu bảo hiểm của bạn sẽ trả cho tổng số dư tính khiếu nại của bạn, trừ khi bạn có đủ điều kiện để giảm giá theo chính sách của chúng tôi indigency xác định trước trước khi các dịch vụ được cung cấp. Bảo hiểm kế hoạch lợi ích chính sách / người lao động là một hợp đồng giữa bạn và công ty bảo hiểm / lợi ích của nhân viên kế hoạch của bạn. Chúng tôi không phải là một bên trong hợp đồng đó. Trong trường hợp chúng tôi không chấp nhận chuyển nhượng lợi ích chúng tôi yêu cầu bạn phải được chấp thuận trước về kế hoạch thanh toán mở rộng của chúng tôi bằng cách cung cấp một thẻ tín dụng hoặc tài khoản séc cá nhân với sự cho phép để tính phí số tiền đó cho các số dư , nếu công ty bảo hiểm / phúc lợi nhân viên của bạn kế hoạch đã không được thanh toán đầy đủ trong tài khoản của bạn trong vòng 45 ngày hoặc đã xác định yêu cầu của bạn là trách nhiệm của bạn vì những lý do được khấu trừ , đồng thanh toán hàng năm , các dịch vụ không được bảo hiểm và không cần thiết về mặt y khoa .

Nếu một bệnh nhân lựa chọn hoặc được yêu cầu phải lập hóa đơn / bảo hiểm của riêng mình , văn phòng này sẽ cung cấp một báo cáo chi tiết từng khoản và một mẫu cho bệnh nhân HCFA -1500 , nhưng sẽ đối xử với tài khoản như một tự thanh toán .

## Về Luật Affordable Care ( ACA ) Giảm Giá

Chúng tôi có thể cung cấp các luật Affordable Care ( ACA ) Giảm giá để bảo hiểm ( Cash -Pay ) và bệnh nhân dưới bảo hiểm. Chúng tôi cũng có thể bồi bạn một lượng chia sẻ chi phí, các khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm và đồng lương dựa trên các nhu cầu y tế cá nhân và khả năng chi trả, vào một trường hợp cụ thể, không thường xuyên, cơ sở unadvertised cho bệnh nhân dưới bảo hiểm, và sau khi xác định trong đức tin tốt mà bạn đang có nhu cầu tài chính hoặc sau những nỗ lực tập hợp lý không . Trừ khi bị cấm bởi bất cứ điều kiện cụ thể của các chương trình y tế, chúng tôi hoàn toàn phù hợp với các điều khoản của chương trình y tế, luật pháp liên bang và tiểu bang áp dụng theo chính sách của chúng tôi bần cùng đoàn thể.

Khi bần cùng được xác định, thu thập được không còn được thực hiện đối với các bệnh nhân cho số tiền tha với mà không từ bỏ bất kỳ nghĩa vụ tài chính và pháp lý của bệnh nhân hoặc trách nhiệm tổng chi phí thực tế của nhà cung cấp và bên phải của bệnh nhân và điều kiện, giao cho các nhà cung cấp, yêu cầu bồi thường cho các hoàn thuế, dưới chương trình bảo hiểm sức khỏe. Ủng hộ các nỗ lực thu thập bệnh nhân của chúng tôi là chủ động với quyết tâm bần cùng và yêu cầu tiếp theo đệ trình và / hoặc kháng cáo. Bất kỳ thanh toán cân bằng bệnh nhân chỉ là do hậu quả đến kết quả khiếu nại hành chính và / hoặc tư pháp và với sự đồng bần cùng bệnh nhân chủ động.

Bạn có thể áp dụng cho bần cùng hỗ trợ tài chính ACA GIẢM bằng cách yêu cầu nhân viên của chúng tôi để xác định xem bạn có đủ điều kiện.

## Về Surgeon và sở Phí

Chúng tôi sẽ tiết lộ cho mọi bệnh nhân phẫu thuật viên của chúng tôi chi phí rõ ràng như thực nhất có thể trước khi làm thủ tục y tế hoặc phẫu thuật của bạn nếu nó được biết đến với chúng tôi. Xin vui lòng yêu cầu nhân viên của chúng tôi nếu bạn có bất kỳ câu hỏi về chi phí và trách nhiệm thanh toán của bạn.

Như bạn có thể biết, công ty bảo hiểm của bạn yêu cầu các bác sĩ và bác sĩ phẫu thuật của bạn để tính phí và hóa đơn cho các dịch vụ một cách riêng biệt từ các cơ sở phẫu thuật hoặc bệnh viện. Bạn sẽ không ngạc nhiên rằng bạn sẽ nhận được bác sĩ phẫu thuật riêng biệt , bác sĩ gây mê , phòng thí nghiệm chẩn đoán , bác sĩ X quang , bệnh lý học, và những người khác , thêm vào các hóa đơn cơ sở phẫu thuật giải phẫu. Nếu bạn có bất kỳ câu hỏi về hóa đơn cơ sở phẫu thuật của bạn, hãy trực tiếp câu hỏi của bạn để mà trung tâm phẫu thuật.

Trong khi chúng ta không lường trước được mọi tình huống không lường trước được, chúng tôi đã không kiểm soát bất kỳ sự kiện như vậy ( s ) có thể phát sinh . Bạn nên yêu cầu chăm sóc y tế hoặc phẫu thuật bổ sung trong bất kỳ sự kiện của các biến chứng sau phẫu thuật và các phản ứng, bạn có thể phải trả thêm chi phí tại cơ sở này hoặc bên ngoài cơ sở này, chẳng hạn như một bệnh viện.

Các chi phí chỉ bao gồm các ngày ghi các dịch vụ tại cơ sở này và không bao gồm bất kỳ ngày nào khác của các dịch vụ của chúng tôi hoặc các nhà cung cấp và các cơ sở khác.

## Về PPO và HMO mạng tham gia

Như bạn có thể biết, bạn có thể có sự lựa chọn để lựa chọn một bác sĩ phẫu thuật hoặc phẫu thuật các cơ sở có hoặc không có PPO hay HMO tham gia ở các mức độ bảo hiểm và các lợi ích khác nhau. Chúng tôi cam kết cung cấp dịch vụ chăm sóc chất lượng cao nhất cho mỗi bệnh nhân, tuy nhiên chúng ta không có sức mạnh để thay đổi bảo hiểm hoặc mạng giới hạn bảo hiểm của bạn. Hầu hết các chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc bảo hiểm chính sách có thể cung cấp bảo hiểm phẫu thuật để các nhà cung cấp không PPO và cơ sở vật chất, nhưng ở tỷ lệ thấp hơn của bảo hiểm bồi hoàn. Mặc dù nó là trách nhiệm của bạn để xác minh bảo hiểm của bạn cho các nhà cung cấp không PPO / HMO, chúng tôi sẽ luôn luôn tiết lộ cho bạn về tình trạng tham gia của chúng tôi để chương trình bảo hiểm của bạn. Chúng tôi cũng cung cấp cho mỗi bệnh nhân với sự hỗ trợ tài chính hoặc giảm giá với mức khấu trừ cao và đồng bảo hiểm cho chính sách Indigency Corporate chúng tôi phù hợp với luật pháp liên bang và tiểu bang.

Tại thời điểm này, chúng tôi không tham gia vào bất kỳ mạng lưới chăm sóc quản lý khác hơn Medicare Fee-for - Service Plans (Medicare Part B. Hầu hết các chương trình y tế hoặc Polices bảo hiểm có thể có bảo hiểm cho out- of- mạng cung cấp dịch vụ hoặc các cơ sở, nhưng khác nhau hoặc thấp hơn tỷ lệ hoặc mức độ tỷ lệ bồi hoàn.

Chúng tôi sẽ kiểm tra bảo hiểm của bạn và có được trước khi cấp giấy chứng nhận nếu được áp dụng cho tất cả các dịch vụ theo đúng trách nhiệm với bạn trước khi phẫu thuật.

Hãy hiểu rằng tất cả các xác nhận bảo hiểm không phải là một sự đảm bảo thanh toán bảo hiểm.

## Tuân thủ & Công bố dưới Texas Occupations Code - Phần 102,006

Phù hợp với mục 102,006 Texas nghề luật liên quan đến sự đồng ý của tôi biết và lựa chọn cá nhân của bác sĩ và cơ sở chỉ dựa vào chất lượng và an toàn của các dịch vụ chăm sóc , uy tín và sự hài lòng của bệnh nhân , và kiến thức của tôi trong tôi đưa ra quyết định trong việc thực hiện các quyền của tôi với đối với trong hay ngoài vùng phủ sóng mạng và chia sẻ chi phí , bác sĩ của tôi tham dự ( s ) và / hoặc phòng khám ( cơ sở ) đã tiết lộ với tôi tại thời điểm tiếp xúc đầu tiên và tại thời điểm giới thiệu đối với sự lựa chọn của

một bác sĩ hoặc cơ sở duy nhất trong sự quan tâm về chất lượng chăm sóc sức khỏe và an toàn của tôi , như một kết quả của sự đồng ý của tôi và sự lựa chọn cá nhân của bác sĩ ( s ) và / hoặc cơ sở : ( A ) của ông / bà liên kết , nếu có , với bác sĩ hoặc cơ sở cho người mà bệnh nhân được gọi và ( B ) rắng anh / cô ấy sẽ nhận được , trực tiếp hoặc gián tiếp , thù lao cho giới thiệu theo yêu cầu như tôi và đã xử lý các quyền của tôi về tự do của sự lựa chọn cho các nhà cung cấp ( s ) và cơ sở thuộc trong -network hoặc out-of-mạng bảo hiểm theo quy định của chương trình sức khỏe của tôi , phù hợp với tất cả các luật liên bang và tiểu bang , Medicare , ERISA , PPACA và các mục 102,006 Texas nghề luật .

**Bác sĩ hoặc cơ sở có liên kết và thù lao: Compassionate Care Hospice; Quest Laboratory; Target Health and Wellness; Alliance; Advanced Cardiovascular Diagnostics; Memorial Premier Sleep Center; Specialized Physicians Group at Fort Bend Surgery Center; 360 Concierge by Nobilis Health; Cigna Healthsprings; Van Lang IPA**

#### **Trách nhiệm của bạn đối với Hợp tác**

Nếu chúng tôi chấp nhận nhượng bảo hiểm của bạn như là một khoản thanh toán từ bảo hiểm bồi hoàn của bạn, bạn đồng ý để kịp thời hợp tác với các công ty bảo hiểm của bạn hoặc chương trình y tế trong quá trình xử lý yêu cầu bồi thường bảo hiểm, chẳng hạn như yêu cầu bảo hiểm, yêu cầu bổ sung thông tin, tuyên bố xác định tình trạng hoặc bất kỳ thắc mắc cho mục đích biến yêu cầu của bạn. Bạn cũng đồng ý thông báo ngay cho chúng tôi về bất kỳ yêu cầu bảo hiểm hoặc yêu cầu bổ sung thông tin và cung cấp cho chúng tôi một bản sao của bất kỳ tài liệu nhận được từ các công ty bảo hiểm hoặc được gửi đến công ty bảo hiểm từ bạn.

Trong một sự kiện mà bạn nhận được séc thanh toán bảo hiểm cho ca phẫu thuật của bạn được đưa ra bởi bác sĩ này, bạn đồng ý để trình như kiểm tra bảo hiểm bồi hoàn cho đến văn phòng của chúng tôi trong vòng năm ( 5 ) ngày làm việc sau khi nhận được bạn kiểm tra bảo hiểm . Trong một thất bại hoặc từ chối để chuyển tiếp hoặc gửi cho chúng tôi kiểm tra hoàn thuế bảo hiểm cho các dịch vụ y tế từ nhà cung cấp này, tất cả các thỏa thuận giảm giá của bạn sẽ bị hủy bỏ, và sự cân bằng tổng số là do ngay lập tức, vì không có lý do gì để bạn giữ cho bảo hiểm thanh toán cho các dịch vụ của chúng tôi như bạn hứa sẽ trả tiền cho các dịch vụ của chúng tôi. Bạn phải đồng ý bồi thường cho chúng tôi cho bất kỳ chi phí pháp lý nếu chúng ta phải giữ lại bất kỳ dịch vụ pháp lý để thu lề phí qua.

Chúng tôi cam kết phục vụ bạn với chất lượng chăm sóc cao nhất có thể với chi phí phải chăng. Mỗi nhân viên tại văn phòng của chúng tôi là sẵn sàng giúp đỡ bạn ở tất cả thời gian.

Nếu bạn có bất kỳ câu hỏi liên quan đến chính sách tài chính của chúng tôi, xin đừng ngần ngại hỏi chúng tôi bất cứ lúc nào. Chúng tôi cảm ơn bạn đã hợp tác của bạn.

Tôi đã đọc các chính sách tài chính. Tôi hiểu và đồng ý với chính sách tài chính này.

X

Chữ ký của bệnh nhân hay trách nhiệm của Đảng

Tên bệnh nhân (in)

Ngày

X

Chữ ký của Co - Chju trách nhiệm Đảng

Tên của bạn ( in )

Ngày

### Medical History

List all of your current health problems:	List any other doctors you have seen and treatment received and results obtained:
List any surgeries you have had with date(s):	List any family health problems or cause of death:
Have you ever been in an automobile accident? If yes, please date.	Have you ever been in an industrial injury or any other injury for which you received treatment? If yes, please date.
<b>Please check the conditions you have or have had:</b> <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Epilepsy <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis <input type="checkbox"/> Hypoglycemia <input type="checkbox"/> Venereal Disease	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever <input type="checkbox"/> Tuberculosis

### Medication List

Pharmacy: \_\_\_\_\_ Store #: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

<u>Medication/Supplements</u>	<u>Dosage</u>	<u>Times/Day</u>	<u>Comments</u>

**Patients are responsible for any updates on medical history and medications.**

PATIENT NAME: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

PATIENT OR GUARANTOR

SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

**Pham Medical Clinic, P.A.**

**“Tommy” Bao Thang Pham, MD**  
12545 Briar Forest Dr. Ste A  
Houston, TX 77077  
Tel: (281) 531-5293  
Fax: (281) 759-9175

**Công bố và hình thức ủy quyền vì giới thiệu  
bệnh nhân đến bác sĩ không tham gia khác ( s ) hoặc cơ sở  
vận động cho tự do bệnh nhân lựa chọn nhà cung cấp ( s )**

Tên bệnh nhân: \_\_\_\_\_  
Chẩn đoán: \_\_\_\_\_  
Điều trị: \_\_\_\_\_  
Kế hoạch bệnh nhân Trong Mạng  
lưới: \_\_\_\_\_

Tên của bác sĩ: \_\_\_\_\_  
Bác sĩ khác: \_\_\_\_\_  
Thực thể khác: \_\_\_\_\_  
Vị trí: \_\_\_\_\_

**Thưa Bệnh nhân:**

Để phục vụ bạn tốt hơn với chất lượng dịch vụ chăm sóc cao nhất và an toàn chi phí ở giá cả phải chăng nhất , đôi khi nó là cần thiết và quan trọng để có khác hoặc nhiều nhà cung cấp ( s ) hoặc thực thể tham gia vào đội ngũ của chúng tôi để hoàn thành hoặc tiếp tục các thủ tục hoặc điều trị y tế của bạn theo thứ tự để đảm bảo sự phục hồi nhanh chóng cho bạn . Chúng tôi muốn giữ cho bạn thông báo về sự lựa chọn của bạn và chúng tôi khuyến nghị các nhà cung cấp khác ( s ) hoặc thực thể và có được ủy quyền được thông tin của bạn trước khi giới thiệu và lập kế hoạch của chúng tôi để làm thủ tục điều trị tiếp theo của bạn ( s ).

Trong khi không có nhà cung cấp hoặc tổ chức có thể được tham gia tất cả các mạng lưới chăm sóc quản lý , chẳng hạn như một chương trình sức khỏe của bạn đã ký hợp đồng với các nhà cung cấp khác ( s ) hoặc thực thể có thể có hoặc có thể không có trong mạng lưới chương trình sức khỏe của bạn . Mẫu này được sử dụng để thông báo cho bạn về những xác minh của chúng tôi rằng các nhà cung cấp ở trên được đặt tên ( s ) hoặc thực thể là không tham gia cung cấp dịch vụ ( s ) hoặc các thực thể với chương trình sức khỏe của bạn .

Chúng tôi đã xác minh bảo hiểm của bạn để không tham gia cung cấp dịch vụ ( s ) hoặc thực thể và điều trị / thủ tục đề xuất ( s ) và có được trước khi cấp giấy chứng nhận nếu được áp dụng cho tất cả các dịch vụ theo đúng trách nhiệm đối với bạn .

Hãy hiểu rằng việc xác minh bảo hiểm không phải là một sự đảm bảo thanh toán bảo hiểm theo chương trình sức khỏe của bạn.

Nếu bạn có bất kỳ câu hỏi liên quan đến việc bạn có ra khỏi lợi ích mạng hoặc nghĩa vụ tài chính theo chương trình phúc lợi của bạn nếu bạn sử dụng một trong số nhà cung cấp mạng , xin vui lòng gọi số điện thoại dịch vụ thành viên trên Thẻ bảo hiểm của bạn.

**Tuân thủ & Công bố dưới Texas nghề code - Phần 102,006**

Phù hợp với mục 102,006 Texas nghề luật liên quan đến sự đồng ý của tôi biết và lựa chọn cá nhân của bác sĩ và cơ sở chỉ dựa vào chất lượng và an toàn của các dịch vụ chăm sóc , uy tín và sự hài lòng của bệnh nhân , và kiến thức của tôi trong tôi đưa ra quyết định trong việc thực hiện các quyền của tôi với đối với trong hay ngoài vùng phủ sóng mạng và chia sẻ chi phí , bác sĩ của tôi tham dự ( s ) và / hoặc phòng khám ( cơ sở ) đã tiết lộ với tôi tại thời điểm tiếp xúc đầu tiên và tại thời điểm giới thiệu đối với sự lựa chọn của một bác sĩ hoặc cơ sở duy nhất trong sự quan tâm về chất lượng chăm sóc sức khỏe và an toàn của tôi , như một kết quả của sự đồng ý của tôi và sự lựa chọn cá nhân của bác sĩ ( s ) và / hoặc cơ sở : ( A ) của ông / bà liên kết , nếu có , với bác sĩ hoặc cơ sở cho người mà bệnh nhân được gọi và ( B ) rắng anh / cô ấy sẽ nhận được , trực tiếp hoặc gián tiếp , thù lao cho giới thiệu theo yêu cầu đó của tôi và thực hiện các quyền của tôi về tự do của sự lựa chọn cho các nhà cung cấp ( s ) và cơ sở thuộc trong -network hoặc out- of- mạng bảo hiểm theo quy định của chương trình sức khỏe của tôi, như được bảo vệ bởi tất cả các luật liên bang và tiểu bang , kể cả Medicare , ERISA , PPACA .

Bác sĩ hoặc cơ sở có liên kết và thù lao: Compassionate Care Hospice; Quest Laboratory; Target Health and Wellness; Alliance; Advanced Cardiovascular Diagnostics; Memorial Premier Sleep Center; Specialized Physicians Group at Fort Bend Surgery Center; 360 Concierge by Nobilis Health; Cigna Healthsprings; Van Lang IPA

Tôi xác nhận rằng các vận động cho Tự do bệnh nhân và lựa chọn nhà cung cấp ( s ) với việc công bố cụ thể trên từ nhà cung cấp của tôi ( s ) là hoàn toàn phù hợp với các mục 102,006 Texas nghề luật , trong một cách thức nếu không được phép theo Mục 102,001 , trong việc chấp nhận thù lao để ủng hộ, bảo vệ , an toàn hay thu hút bệnh nhân hoặc người bảo trợ cho một người được cấp giấy phép , chứng nhận , hoặc đăng ký bởi một cơ quan quản lý y tế nhà nước .

Tôi xác nhận rằng tôi đã được thông báo về các nguồn tài nguyên thay thế hiệu quả hợp lý có sẵn tại thời điểm tôi đưa ra quyết định, và tùy chọn của tôi để sử dụng một trong những nguồn tài nguyên thay thế, và tôi đã được đảm bảo bởi bác sĩ của tôi rằng tôi sẽ không được xử khác biệt của các bác sĩ và nhân viên của mình nếu tôi chọn một nhà cung cấp thay thế hoặc tổ chức.

Tôi xác nhận rằng bác sĩ của tôi ( s ) có thể hoặc đã giới thiệu đến các nhà cung cấp không tham gia , tổ chức khác chỉ dựa trên các nhu cầu chăm sóc sức khỏe cá nhân của tôi , các tiêu chuẩn cộng đồng y tế về chăm sóc và lựa chọn thông tin của tôi về chất lượng và an toàn của các dịch vụ chăm sóc rằng tôi sẽ chờ đợi và nhận , và với uy tín chuyên nghiệp cung cấp dịch vụ và sự hài lòng của bệnh nhân để cung cấp cho tôi với chất lượng và giá cả phải chăng y tế mà cá nhân tôi dự kiến theo kế hoạch sức khỏe của tôi cho out- of- mạng phủ sóng .

Tôi đã đọc và hiểu đầy đủ và ủy quyền công bố thông tin mẫu này. Tôi xin phép giới thiệu này để không tham gia và ra của nhà cung cấp mạng ( s ) hoặc thực thể như tên nêu trên .

X

Tên bệnh nhân ( in )

Chữ ký của bệnh nhân

Ngày