

Patient Information

Današnji Datum: _____

Pacijentovo ime: _____
*Prvo Srednje Prezime Djevojačko*Bračno stanje: Oženjen/a Samac Razveden/a Udovac/a drugoDatum rođenja: _____ Socijalni broj: _____ Spol: MUŠKO ŽENSKOAdresa: _____
*Ulica Grad Država Poštanski broj*Kućni telefon: _____ Mobilni: _____ Radni telefon: _____
Pozivni broj Pozivni broj Pozivni broj

E-mail adresa: _____

Preferirani pružatelj primarne njege: _____

MercyOne klinic prikuplja ove demografske podatke kako bi osigurala visoku kvalitetu zdravstvene zaštite svim našim pacijentima. Hvala.

Rasa	Etnička pripadnost	Govorni jezik
Crni	Latio	Engleski
Bjeli	Ne-Latio	Drugi
Američki indijanac/Aljaskin starosjedilac		
Azijski		
Havajski starosjedilac/Pacifički ostrvljanin		
Mješane rase: <input type="checkbox"/> Američki indijanac/Aljaskin starosjedilac <input type="checkbox"/> Azijski <input type="checkbox"/> Havajski/Pacifički ostrvljanin <input type="checkbox"/> Neznano <input type="checkbox"/> Odbijeno <input type="checkbox"/> Crni/Afrički amerikanac <input type="checkbox"/> Bjeli		

Informacije o poslodavcu pacijentaNaziv poslodavca: _____ Stanje: Poluradno vrijeme Puno vrijeme

Zanimanje: _____ Datum zapošljavanja: _____

Adresa poslodavca: _____

Informacije o suprugu/supruzi

Ime: _____ Datum rođenja: _____

Socijalni broj: _____ Broj telefona: _____

Adresa: _____
Ulica Grad Država Poštanski broj

Poslodavac: _____ Radni telefon: _____

MOLIMO ZAVRŠITE DRUGU STRANU

Patient Information

Ako je pacijent ispod 18 god. starosti popunite slijedeće.

Ime oca _____ Datum rođenja _____
Socijalni broj _____ Bračno stanje _____ Radni telefon _____
Adresa _____ Kućni telefon _____
Poslodavac _____
Majčino ime _____ Datum rođenja _____
Socijalni broj _____ Bračno stanje _____ Radni telefon _____
Adresa _____ Kućni telefon _____
Poslodavac _____

Najbliža osoba ili osoba koja će biti obavještena u slučaju hitne situacije

Ime _____ Telefon _____
Veza _____

Forma za osiguranje

Ime pacijenta _____ Datum rođenja _____

Veza sa nosiocom police: (npr. Muž/Žena, Sin/Ćerka, Pastorče, Majka/Otac) _____

Glavno osiguranje

Datum stupanja na snagu _____

Datum isticanja _____ Porodični doktor _____

Broj police _____ Grupni broj _____ prijevremeno odobrenje? proceduru ostanak u bolnicu

Nosioc police _____ Ime _____ Spol: MUŠKO ŽENSKO

Adresa _____ Telefon _____

Ulica Grad Država Poštanski broj

Datum rođenja _____ socijalni broj _____

Poslodavac nosioca police _____ Datum zapošljavanja _____ Status

Adresa _____ Telefon # _____ Poluradno vrijeme

Ulica Grad Država Poštanski broj Puno vrijeme

Drugo osiguranje

Datum stupanja na snagu _____

Datum isticanja _____ Porodicni doktor _____

Broj police _____ Grupni broj _____ prijevremeno odobrenje? proceduru ostanak u bolnicu

Nosioc police _____ Ime _____ Spol: MUŠKO ŽENSKO

Adresa _____ Telefon _____

Ulica Grad Država Poštanski broj

Datum rođenja _____ socijalni broj _____

Poslodavac nosioca police _____ Datum zapošljavanja _____ Status

Adresa _____ Telefon # _____ Poluradno vrijeme

Ulica Grad Država Poštanski broj Puno vrijeme

OVLAŠTENJE ZA OSLOBADANJE INFORMACIJA I ZA ISPLATU: Ja lično dajem ovlaštenje osiguranju i/ili Medicare da isplati usluge pružene meni, ili mojim članovima, da se plati Covenant klinici. Ja se lično slažem da platim Covenant klinici bilo koje račune koje prilaže ili koji nisu pokriveni sa mojim zdravstvenim osiguranjem. Ja isto tako ovlaštujem Covenant kliniku da oslobodi sve zdravstvene informacije koje su potrebne da podnese zahtjev osiguranju za isplatu.

Potpisano: _____ Datum: _____