

Форма разрешения клиники Outreach – пожалуйста, печатайте четко и заполняйте все поля

Имя пациента _____ MA Primewest Blue Plus Medica Headstart Система скользящей платы (применить)

Дата рождения _____ Пол; МУЖСКОЙ ЖЕНСКИЙ Застрахован ID # _____

Родители/ Опекун _____ Название частной страховой компании _____ ID# _____

Адрес _____ Частная страховка на имя _____ Дата рождения _____

Телефон _____ Адрес частной страховой компании _____

Медицинская/Стоматологическая история:

Врач/Клиника _____ Проблемы со здоровьем/Состояния _____

Лекарства: _____ Аллергии: _____

Пациент в настоящее время получает лечение по какому-либо поводу? Да Нет Если да, что _____

Недавняя госпитализация: _____ Операции: _____

Последний визит к стоматологу _____ Что было сделано _____ Где _____

Это ваш обычный стоматолог? ____ Если да, будете ли вы продолжать туда ходить? ____ Есть ли стоматологические проблемы _____

Уведомление о практике конфиденциальности

У вас есть права на конфиденциальность в соответствии с Законом о практике данных правительства Миннесоты и Федеральным законом о переносимости и подотчетности медицинского страхования (HIPPA). Эти законы защищают вашу конфиденциальность, но также позволяют нам передавать информацию о вас другим, если это требуется законом. Полное уведомление со всеми деталями доступно по запросу у следующего поставщика услуг.

Разрешение

Я даю разрешение сотрудникам стоматологической клиники Caring Hands предоставлять следующие услуги для вышеуказанного пациента. Я ознакомился с Уведомлением о практике конфиденциальности. Обведите все, что применимо:

Оральное обследование Рентген (если необходимо) Чистка Фтористая смола Инструкции по уходу за полостью рта

Я также даю разрешение на обмен стоматологической/медицинской информацией пациента с следующими; пожалуйста, отметьте те,

с разрешением. Headstart ____ Социальная служба ____ Общественное здоровье ____ Служба семейного обслуживания округа ____
Школьная служба здоровья ____ Совместные человеческие услуги ____

Другие, пожалуйста, укажите _____

Подпись
родителя/опекуна/себя: _____ Дата: _____

Это разрешение действительно в течение 18 месяцев, если не будет отменено ранее.

Только для использования в
клинике _____

Дата: _____ Подпись: _____ Направление: ДА НЕТ

Оральное обследование Чистка Фтористая смола Инструкции по уходу за полостью рта Рентген

Заметки: _____