

**रोगी जनसांख्यिकी - Demographic Form**

**रोगी का नाम** \_\_\_\_\_ लिंग: पुरु / स्त्री

घर का फोन: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ मोबाइल फोन: \_\_\_\_\_

डाक पता: \_\_\_\_\_ शहर: \_\_\_\_\_ राज्य/ पिन कोड: \_\_\_\_\_

सोशल सेक्युरिटी #: \_\_\_\_\_ जन्म तिथि: \_\_\_\_\_ स्थिति (सर्कल): S M D W Minor  
(मैडिकल, मैडि-केल, इण्टि बीमा के साथ रोगी या माता-पिता बीमा के तहत कवर किए गए छात्रों के लिए आवश्यक)

ईमेल पता: \_\_\_\_\_ जिम्मेदार पार्टी: \_\_\_\_\_

रोगी के साथ संबंध: \_\_\_\_\_ के द्वारा नियुक्त: \_\_\_\_\_

नियोजकता फोन: \_\_\_\_\_ पता: \_\_\_\_\_

शहर / राज्य / जिप: \_\_\_\_\_ परिवार चिकित्सक: \_\_\_\_\_

परिवार चिकित्सक फोन: \_\_\_\_\_ आपातकालीन संपर्क: \_\_\_\_\_

रिश्ता: \_\_\_\_\_ आपातकालीन संपर्क फोन: \_\_\_\_\_

**दृष्टि योजना कवरेज जानकारी** (सर्कल एक)  VSP  MES  EYE MED  Principal  NVIH

पॉलिसी धारक: \_\_\_\_\_ जन्म तिथि: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ एसएस #: \_\_\_\_\_

**चिकित्सा बीमा जानकारी:**

प्राथमिक: _____	माध्यमिक: _____
पॉलिसी धारक: _____	पॉलिसी धारक: _____
जन्म तिथि: _____	जन्म तिथि: _____
एसएस#: _____	एसएस#: _____
आईडी#: _____	युप#: _____
आईडी#: _____	युप#: _____
रिश्ता: स्वयं पति या पत्नी माता-पिता	रिश्ता: स्वयं पति या पत्नी माता-पिता
अन्य: _____	

**बेनेफिटों का कार्य**

- मैं समझता हूँ कि North Valley Eye Care मेरे मेडिकल बीमा कैरियर को कवर सेवाओं के लिए बिल टेंगे। अगर मेरी बीमा योजना के साथ North Valley Eye Care अनुबंध नहीं किया है, तो सेवा के समय भुगतान करना होगा, और मुझे एक आईएम बयान दिया जाएगा, जिसके साथ मैं अपने इन्सुरंस कैरियर को बिल कर सकता हूँ।
- मैं अधिकृत करता हूँ और अनुरोध करता हूँ कि किसी भी North Valley Eye Care चिकित्सक या उसके सहयोगियों द्वारा मेरे लिए दी गई सभी सेवाओं के लिए बीमा बेनेफिट सीधे मेरी ओर से North Valley Eye Care को दे सकते हैं।
- मुझे पता है कि मैं डिडक्टिबल, कोडिंसुरन्स और कोर्ड गैड कवरेज सेवाओं के लिये जिम्मेदार हूँ। कोडिंसुरन्स और डिडक्टिबल मेरे बीमा वाहक के परिवर्तन निर्धारण पर आधारित हैं।
- यदि मेरे पास बीमा नहीं है तो मैं समझता हूँ कि सेवा के समय भुगतान करना होगा।
- मैं समझता हूँ कि बीमा द्वारा भुगतान किया गया है या नहीं मैं सभी खर्चों के लिए जिम्मेदार हूँ।

**जानकारी जारी करना**

- बीमा प्राधिकरण, मेडिकल रिकॉर्ड जारी करना, बीमा बेनेफिटों और अपेक्षा, रोगी की जिम्मेदारी और स्वीकृति
- North Valley Eye Care, इसके चिकित्सा कर्मचारियों (आपके चिकित्सक सहित), और स्वतंत्र ठेकेदारों सेवाएं, इलाज, भुगतान, पंटाएम, और स्वास्थ्य सेवा के संचालन के उद्देश्य से आपकी स्वास्थ्य जानकारी को जैसे कि कानून द्वारा अनुमति दी गई है, आपस में शेयर करने के लिए सहमत हैं। आपकी स्वास्थ्य संबंधी आवश्यकताओं को बेहतर तरीके से करने में यह हमें सक्षम बनाता है। यह जानकारी "The Notice of Privacy Practices" के पूरे के रूप में North Valley Eye Care द्वारा आपको दिया गया। इलाज, भुगतान या स्वास्थ्य देखभाल के संचालन उद्देश्य के लिए, संबंधित सेवाओं के दावों को संसाधित करने के लिए North Valley Eye Care, इसके सहयोगियों, मेरे परिवार के चिकित्सक, बीमा वाहक और स्वास्थ्य देखभाल वित्तपोषण प्रशासन के बीच सभी मेडिकल रिकॉर्ड और बीमा जानकारी जारी करने को मैं अधिकृत करता हूँ।
  - मैं एतद्वारा नियुक्त व्यक्ति को अधिकृत करता हूँ कि भुगतान सुरक्षित करने के लिए आवश्यक जानकारी जारी करें।
  - मैं फैक्स ट्रांसमिशन और ऐसी जानकारी को इलेक्ट्रॉनिक पत्रानु करने की अनुमति देता हूँ।
  - इस असाइनमेंट की एक स्कैन और / या फोटोकॉपी को वैध और मूल माना जाएगा।

**इलाज के लिए सहमति** मृत्यांकन और इलाज, वित्तीय जिम्मेदारी, चिकित्सा जानकारी की जारी करने और बीमा प्राधिकरण के लिए उपरोक्त सहमति को मैंने पढ़ा और पूरी तरह से समझा है।

रोगी / माता-पिता / अभिभावक / सरलक \_\_\_\_\_ रोगी का हस्ताक्षर असमर्थता का कारण \_\_\_\_\_

यह आप एक हस्ताक्षरित रोगी \_\_\_\_\_ को जानकारी भी इस विषय के लिए अपना ध्यान देना चाहिए \* तात्विक होने बीमा उद्देश्यों के लिए एक हस्ताक्षर प्राप्त करने और सभी रोगी को तानना अपडेट करने की आवश्यकता है। \_\_\_\_\_