

**Chào mừng đến văn phòng của chúng tôi.** Vui lòng giúp chúng tôi điền hồ sơ của quý vị bằng cách cung cấp thông tin dưới đây. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về sự chăm sóc cho hoặc cuộc hẹn với quý vị, vui lòng thảo luận vấn đề này với chúng tôi. *Xin cảm ơn.*

**THÔNG TIN CÁ NHÂN**

TÊN: \_\_\_\_\_  
ĐỊA CHỈ: \_\_\_\_\_ THÀNH PHỐ: \_\_\_\_\_ MÃ ZIP: \_\_\_\_\_  
ĐIỆN THOẠI NHÀ: \_\_\_\_\_ ĐIỆN THOẠI CƠ QUAN: \_\_\_\_\_  
NGÀY SINH: \_\_\_\_\_ GIỚI TÍNH: \_\_\_\_\_ SỐ AN SINH XÃ HỘI: \_\_\_\_\_  
NGHỀ NGHIỆP: \_\_\_\_\_ CƠ QUAN: \_\_\_\_\_  
ĐỊA CHỈ CƠ QUAN: \_\_\_\_\_

**TRONG TRƯỜNG HỢP CẤP CỨU, VUI LÒNG THÔNG BÁO CHO:**

TÊN: \_\_\_\_\_ QUAN HỆ: \_\_\_\_\_ ĐIỆN THOẠI: \_\_\_\_\_

**TÊN CỦA THÂN NHÂN/BAN BÈ KHÔNG SỐNG CHUNG NHÀ VỚI QUÝ VỊ:**

TÊN: \_\_\_\_\_ QUAN HỆ: \_\_\_\_\_ ĐIỆN THOẠI: \_\_\_\_\_

**BÁC SĨ THAM KHẢO**

BÁC SĨ CHĂM SÓC CHÍNH: \_\_\_\_\_

BÁC SĨ THAM KHẢO: \_\_\_\_\_

NHỮNG BÁC SĨ KHÁC MÀ QUÝ VỊ MUỐN NHẬN BÁO CÁO: \_\_\_\_\_

(NHỮNG) LẦN NHẬP VIỆN GẦN ĐÂY NHẤT: Bệnh viện: \_\_\_\_\_

(Những) Ngày xuất viện: \_\_\_\_\_

**THÔNG TIN BẢO HIỂM**

CÔNG TY BẢO HIỂM SỐ 1: \_\_\_\_\_ BẢO HIỂM SỐ 1: \_\_\_\_\_

TÊN NGƯỜI MUA BẢO HIỂM: \_\_\_\_\_ CƠ QUAN: \_\_\_\_\_

NGÀY SINH: \_\_\_\_\_ GIỚI TÍNH: \_\_\_\_\_ ĐỊA CHỈ CƠ QUAN: \_\_\_\_\_

CÔNG TY BẢO HIỂM SỐ 2: \_\_\_\_\_ BẢO HIỂM SỐ 2: \_\_\_\_\_

TÊN NGƯỜI MUA BẢO HIỂM: \_\_\_\_\_ CƠ QUAN: \_\_\_\_\_

ĐỊA CHỈ CƠ QUAN: \_\_\_\_\_

CÔNG TY BẢO HIỂM SỐ 3: \_\_\_\_\_ BẢO HIỂM SỐ 3: \_\_\_\_\_

TÊN NGƯỜI MUA BẢO HIỂM: \_\_\_\_\_ CƠ QUAN: \_\_\_\_\_

ĐỊA CHỈ CƠ QUAN: \_\_\_\_\_

TÊN HIỆU THUỐC: \_\_\_\_\_ ĐIỆN THOẠI: \_\_\_\_\_

Tôi, bằng phương tiện này, cho phép và chỉ thị quý vị thanh toán cho Commonwealth Hematology-Oncology, P.C. các khoản tiền phúc lợi ngoài khoản tiền bồi hoàn cho tôi theo các điều khoản của hợp đồng được công ty bảo hiểm của tôi ban hành. Tôi cho phép tiết lộ thông tin y tế cần thiết để xử lý yêu cầu phúc lợi và yêu cầu thanh toán phúc lợi Medicare cho bản thân tôi hoặc cho bên chấp nhận thanh toán. Tôi cũng chịu trách nhiệm thanh toán cho bất kỳ dịch vụ nào đã cung cấp mà tôi chưa được bác sĩ chăm sóc chính của tôi giới thiệu đến.

CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN: x \_\_\_\_\_ NGÀY: \_\_\_\_\_

hoặc CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI ĐƯỢC ỦY QUYỀN: x \_\_\_\_\_