

患者の統計情報—小児科

すべての項目にご記入ください。ご協力ありがとうございます。

本日の日付： _____ / _____ / _____

紹介元（該当する場合）： _____

お子様の情報

事務局使用欄（P#）：

姓：		正式名：		ミドルネームのイニシャル：		生年月日（月/日/年）：	
郵送先住所：			市：		州：		郵便番号：
実在住所（郵送先住所と異なる場合）：			市：		州：		郵便番号：
自宅の電話番号： （ ）		携帯電話番号： （ ）		勤務先の電話番号： （ ）		内線番号：	
電子メールアドレス： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 開示を望まない			患者ポータルに電子メールアドレスを使用する： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない			社会保障番号（該当する場合）：	
出生時性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 不明		性的指向（該当する場合）： <input type="checkbox"/> 異性愛者 <input type="checkbox"/> 同性愛者 <input type="checkbox"/> 両性愛者 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 開示しない <input type="checkbox"/> その他		性同一性（該当する場合）： <input type="checkbox"/> 開示しない <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> ジェンダーキア/ノンバイナリ <input type="checkbox"/> 女性から男性へのトランスジェンダー <input type="checkbox"/> 男性から女性へのトランスジェンダー <input type="checkbox"/> その他：			
人種： <input type="checkbox"/> アメリカンインディアン/アラスカネイティブ <input type="checkbox"/> アジア人 <input type="checkbox"/> 黒人/アフリカ系アメリカ人 <input type="checkbox"/> ネイティブハワイアン/その他の太平洋諸島系 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 特定を望まない <input type="checkbox"/> その他							
民族： <input type="checkbox"/> ヒスパニック/ラテン <input type="checkbox"/> 非ヒスパニック/ラテン <input type="checkbox"/> 特定を望まない 希望使用言語： <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> スペイン語 <input type="checkbox"/> その他（記載してください）：							

親/法的保護者# 1—保証人（請求書および支払いに責任を持つ人）

事務局使用欄（アカウント#）：

姓：		名：		ミドルネーム イニシャル：		お子様との関係（該当するものすべてにチェックしてください）： <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 法的保護者 <input type="checkbox"/> 継母 <input type="checkbox"/> 継父 <input type="checkbox"/> その他（記載してください）：	
所在地住所： <input type="checkbox"/> 患者と同じである場合はチェックしてください			市：		州：		郵便番号
自宅の電話番号： （ ）		携帯電話番号： （ ）		勤務先の電話番号： （ ）		内線番号：	
電子メールアドレス： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 開示を望まない			社会保障番号：			生年月日（月/日/年）：	
性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> トランスジェンダー <input type="checkbox"/> 不明		雇用主の名称：		雇用主の電話番号：（ ）			

親/法的保護者# 2

緊急連絡先としますか？ はい いいえ

姓：		名：		お子様との関係（該当するものすべてにチェックしてください）： <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 継母 <input type="checkbox"/> 継父 <input type="checkbox"/> 法的保護者 <input type="checkbox"/> 主養育者 <input type="checkbox"/> その他（記載してください）：			
所在地住所： <input type="checkbox"/> 患者と同じである場合はチェックしてください			市：		州：		郵便番号：
自宅の電話番号： （ ）		携帯電話番号： （ ）		勤務先の電話番号： （ ）			

追加の連絡先（任意）

緊急連絡先としますか？ はい いいえ

姓：		名：		お子様との関係（該当するものすべてにチェックしてください）： <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 継母 <input type="checkbox"/> 継父 <input type="checkbox"/> 法的保護者 <input type="checkbox"/> 主養育者 <input type="checkbox"/> その他（記載してください）：			
自宅の電話番号： （ ）		携帯電話番号： （ ）		保護された医療情報をこの個人に開示してもよい： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			

保険情報（現在加入しているすべての保険のカードを受付にてご提示ください）

保険に加入している： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ（自己負担）							
第一保険：				第二保険：			
加入者：		関係：		加入者：		関係：	
性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> トランスジェンダー <input type="checkbox"/> 不明				性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> トランスジェンダー <input type="checkbox"/> 不明			
生年月日（月/日/年）：		社会保障番号：		生年月日（月/日/年）：		社会保障番号：	

当院をどこでお知りになりましたか？

<input type="checkbox"/> インターネット検索 <input type="checkbox"/> Health Planウェブサイト <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> 家族/友人からの紹介 <input type="checkbox"/> オンラインレビュー <input type="checkbox"/> 印刷広告 <input type="checkbox"/> テレビ広告 <input type="checkbox"/> ラジオ広告 <input type="checkbox"/> COPCウェブサイト <input type="checkbox"/> COPCコンシェルジュライン <input type="checkbox"/> COPCの医師からの紹介（医師の氏名） _____ <input type="checkbox"/> 紹介元医師 <input type="checkbox"/> 屋外/看板広告 <input type="checkbox"/> コミュニティイベント <input type="checkbox"/> その他 _____							
--	--	--	--	--	--	--	--

裏面もご記入ください

機密情報の伝達について

(私は、以下の方法でCOPCから機密情報を受け取ることを要請します)

通信—保護された医療情報に関するメッセージは、以下のように残してください (該当するものすべてにチェック) : <input type="checkbox"/> 記録されている自宅電話番号 <input type="checkbox"/> 概要 <input type="checkbox"/> 詳細 <input type="checkbox"/> 記録されている携帯電話番号 <input type="checkbox"/> 概要 <input type="checkbox"/> 詳細 <input type="checkbox"/> 記録されている勤務先電話番号 <input type="checkbox"/> 概要 <input type="checkbox"/> 詳細	郵便による伝達—保護された医療情報は、以下に郵送してください (1つのみ選択) <input type="checkbox"/> 記録された郵送先住所 <input type="checkbox"/> 記録された所在地住所 <input type="checkbox"/> その他 : <hr/> <table style="width: 100%;"><tr><td style="width: 33%;">所在地住所</td><td style="width: 17%;">市</td><td style="width: 17%;">州</td><td style="width: 33%;">郵便番号</td></tr></table>	所在地住所	市	州	郵便番号
所在地住所	市	州	郵便番号		

個人情報保護方針に関する通知の受け取り

私のプライバシーに関する権利と、私の保護された医療情報をどのようにCOPCが利用および開示するかについて概述されている、COPCにおけるHIPAA個人情報保護方針通知が私に対して提示されました。

はい いいえ 提示されたが拒否 イニシャル: _____

患者確認用写真

私の写真を電子健康記録での確認に使用することに同意します。

承諾する 拒否する イニシャル: _____

電話連絡、モニタリングおよび録音 — 予約、請求または健康関連情報についての通話は含まれません

私は以下について承諾および同意します。(1) COPCとの通話はすべてモニタリングおよび/または録音される場合があります、COPC (またはCOPCの代理を務めるもの)は、私のアカウントに関して(収集目的または保険の適用に関する連絡を含む)や、供給者への最近の訪問に関して適宜私と連絡をとることができる。(2) 私とCOPCとの間の連絡はすべて、テキストメッセージまたは自動ダイヤル装置を介して行うことができる。(3) COPCは、居住地の電話番号、会社電話番号、携帯電話番号など、私から提供された電話番号を用いて私に連絡することができる。(4) COPCは、新しいサービスまたは健康診断の提案を通知するニュースレターを電子メールで私に送信することができます。(5) 私はCOPCとの取引関係を確立しており、COPCは上記の方法によって私に連絡することができる。私は、同意した場合でも、COPCのEHR部門に通知することにより、いつでも情報利用を拒否できることを理解しています。

承諾する 拒否する イニシャル: _____

健康情報交換 (HIE)

COPCは、包括的な医療記録を通じて治療を改善させるために医療情報を共有する、1つ以上の健康情報交換に参加しています。この情報は保護されており、あなたの治療に関与している医療供給者のみが利用できます。治療または他のヘルスケア業務のために、健康情報交換を通じてCOPCの供給者が私の医療情報にアクセスすることに同意します。これは自由意志による同意です。私は、COPCのEHR部門または私の医師に通知することにより、いつでも情報利用を拒否できることを理解しています。

「拒否する」がチェックされてイニシャルが記入されている場合を除き、すべてのCOPC患者が自動的にHIEに登録されます。

拒否する イニシャル: _____

機密情報の伝達

機密情報伝達に関する私の要請にCOPCが応じることができない場合、COPCはその旨を私に知らせることを理解しています。

緊急時における保護された医療情報の公開

私の保護された医療情報は、緊急時に私の医師が適切であると判断した場合に公開される可能性があることを理解しています。

保険の割り当てと確認

保険会社は、COPCに給付金を割り当てるよう選択できること、または、保険会社は直接私に支払いを行うことを理解しています。私は、直接私にまたは私の保険会社によって支払われたすべてのヘルスケアサービス費用、ならびに該当する自己負担額、共同負担額、免責額および/または私もしくは私の被扶養者に提供された対象外サービスの費用について支払い責任があることを理解し、了承します。私にはまた、最新かつ正確な保険情報を提供する責任があります。

メディケアおよびメディケイド：私は、社会保障法のXVIIII章に基づく支払いを申請する際に私が提供した情報が正しいことを証明します。私は、私の医療情報およびその他の情報の所有者が、社会保障庁、メディケア、メディケイドおよび/またはその仲介者/業者ならびに私の保険会社に対して、請求の検討と支払いに必要なすべての情報を公開することを許可します。

私は、COPCに自己負担額、共同負担額、免責額または対象外サービス費用を支払うことを保証します。私は、私および/または私の被扶養者に提供されたサービスに対して保険会社から受け取った支払金を、即座にCOPCに支払います。また、請求に必要な保険情報を私が提供できなかったために保険で支払われない費用についても、私が責任を負います。

治療に関する一般的な同意

私はCentral Ohio Primary Care Physicians, Inc. を私 [私およびCOPCに特定される私の未成年の子供] (集合的に「私」と称します) の医療供給者として選択しました。私はCOPCを訪れており、一連の治療過程において医師や他の医療供給者によって実施および指示された医療サービス、治療および処置に同意します。これらは、直接的になされたものおよび遠隔医療などの電子的手段を介してなされたものを含みますが、これらに限定されません。医学は精密科学ではなく、私の診断と治療にはけがや死亡のリスクが伴うおそれがあり、一連の治療過程において行う検査や治療の結果についてなんら保証されるものではないことを了承します。私は、これらの情報および潜在的なリスクを完全に理解した上で医療サービスを受けることを選択しています。

以下に署名することにより、上記の記載内容を確認し、理解したことを認めます。

親または法的保護者の氏名 (活字体)

親または法的保護者の署名

署名日

- 患者情報記録のため、お子様の親権に関するすべての文書の写しをご提出ください。