

Sepideh Zahedy-Kapusta M.D.
Women and Family Clinic
2094 W. La Habra Blvd.
La Habra CA 90631
(562)697-1001

病人信息登记(请用英文填写)

姓: _____ 名: _____ 英文名字: _____
出生日期: _____ (月)/ _____ (日) / _____ (年), 女, 已婚 () 单身 () 离异 ()
地址: _____ 城市: _____ 州: 加州,
邮编: _____ 座机电话: (_____) _____ - _____, 移动电话: (_____) _____ - _____
紧急情况联系人 (名字): _____ 关系: _____ 电话: (_____) _____ - _____
药店信息: (地址和电话) _____
第一语言 _____ 需要翻译? 是 () 否 ()

财务信息

自费。

财务责任

我明白我在财务上对所有费用负责。我同意并接受以上条款。

以下签字表明, 我证实我已经阅读并同意上述所有条款和条件。

病人/ 监护人/ 保护人/ 代理人签字: _____ 日期 _____ 关系 _____

Sepideh Zahedy-Kapusta M.D.
Women and Family Clinic
2094 W. La Habra Blvd.
La Habra CA 90631
(562)697-1001

会诊取消协议

病人不按照商定时间前来会诊并且不提前通知诊所，对诊所是高成本损耗，而且可能耽误其他病人须要的会诊时间。基于本政策的目的，会诊缺席被定义为病人缺席且没有提前通知。

如果您不能在商定时间前来会诊，请您至少提前24小时通知我们，这样我们可把您的会诊时间安排给其它病人。

本协议注明，如果您将来未能提前24小时通知我们取消会诊，您将须支付25美金取消费用，此费用不被保险覆盖。

Email : _____

可否通过邮件联系：可 () 否 ()

治疗目的，付款，医疗操作同意书

隐私保护通知

-HIPPA-

请参阅办公室政策手册信

我同意 Sepideh Zahedy-Kapusta 医生以对我诊断或治疗，获得我对医疗账单的付款，或进行医疗操作为目的，而泄露我的受保护的医疗信息。我明白 Sepideh Zahedy-Kapusta 医生的诊断和治疗可能基于我是否同意并在此文件上签名。

我明白我有权利要求限制我的受保护医疗信息如何被使用或公开，以进行治疗，付款，或此诊所的医疗操作。Sepideh Zahedy-Kapusta 医生并不必须同意我所要求的这些限制。但是，如果 Sepideh Zahedy-Kapusta 医生同意了我要求的限制，该限制则与 Sepideh Zahedy-Kapusta 医生绑定。

我有权以书面形式，在 Sepideh Zahedy-Kapusta 医生已经据此同意书采取行动之前的任何时间，撤销此同意书。

我的“受保护的医疗信息”是指包括我的体征信息在内的，从我的医生，其它医疗机构，健康计划，我的雇主，或公共卫生资讯交流中心收集、创建或接受的医疗信息。该受保护的医疗信息关系到可以识别我的，我过去，现在，和将来的身体或精神健康状况的信息，或在负责的基础上认定该信息可识别我。

我明白我有权利查阅提供给我的 Sepideh Zahedy-Kapusta 医生的信息保密规定通知。该文件描述将发生在我的治疗，支付账单，或者 Sepideh Zahedy-Kapusta 医生的医疗服务中，使用和透露我的受保护的医疗信息的类型。该文件也在前台办公室提供。该文件也描述了我对于该信息的权利和义务。

Sepideh Zahedy-Kapusta 医生保留对于信息保密规定通知的更改权力。我可能会通过电话收到保密规定的更改通知，要求邮寄修改后版本，或者在下一一次会诊时要一份。

病人或代理人签字

名字书写体

日期