

TRÁCH NHIỆM CỦA BỆNH NHÂN

Chúng tôi cố gắng cung cấp và chăm sóc quý vị với chất lượng cao mục tiêu của chúng tôi là tạo ra một mối quan hệ lâu dài với tất cả các bệnh nhân. Xin gọi văn phòng trước nếu không giữ hẹn. Chúng tôi đang sử dụng một dịch vụ mới để liên lạc và nhắc nhở cuộc hẹn của quý vị. Dịch vụ này sẽ sử dụng email, điện thoại và nhắn tin. Khi bạn nhận được một cú điện thoại từ dịch vụ nhắc nhở, xin đừng gác máy sau khi nghe tin nhắn. Xin bấm số "1" để xác nhận cuộc hẹn hoặc chọn "2" để yêu cầu đổi ngày hẹn. Điều này sẽ giúp cải thiện giao tiếp và quản lý lịch trình.

Tôi, _____, đồng ý với những điều sau đây:
(Viết Tên)

- 1) Tôi đồng ý giữ giờ hẹn theo lịch trình, trừ khi trong trường hợp khẩn cấp. Tôi cũng hiểu rằng nếu tôi đến trễ hơn 15 phút thì tôi có thể phải bị dời hẹn lại ngày khác.
- 2) Nếu tôi không thể giữ hẹn, tôi phải thông báo trước ít nhất **một ngày (24 giờ)** (hoặc sớm hơn nếu có thể).
- 3) Tôi hiểu rằng tôi có thể phải trả Lệ Phí **\$ 25** nếu lỡ hẹn và **\$ 200** Lệ Phí cho nếu lỡ hẹn phẫu thuật và không gọi cho văn phòng trước (lần đầu tiên sẽ được cho miễn phí).
- 4) Tôi đồng ý trả co-pay theo yêu cầu của bảo hiểm của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi không trả phần co-pay tôi có thể bị từ chối không được khám bệnh. (Trừ khi trong lúc khẩn cấp)
- 5) Tôi chịu trách nhiệm cung cấp văn phòng địa chỉ, điện thoại và bảo hiểm nếu bao giờ thay đổi. Tôi hiểu nếu mà không làm như vậy tôi có thể phải trả tiền riêng (nếu bảo hiểm từ chối).

Tôi hiểu rằng nếu công ty bảo hiểm không trả hết, phần còn lại là trách nhiệm của tôi.

Tôi đồng ý với tất cả các hướng dẫn ở trên.

(Chữ Ký)

(Ngày Ký)