

Comprehensive Community Health Centers, Inc.

PATIENT DEMOGRAPHICS/ ԺՈՂՈՎՐԴԱԳՐԱԿԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐ ՀԻՎԱՆՆԻ ՄԱՍԻՆ

Welcome to our office. We are committed to providing the best most comprehensive care possible. We encourage you to ask questions. Please assist us by providing the following information. All information is confidential and is released only with your consent.

Բարի գալուստ մեր գրասենյակ: Մեր պարտականությունն է Ձեզ ապահովել հնարավոր լավագույն բուժօգնությամբ: Դուք կարող եք Ձեր հարցերն ուղղել մեզ: Խնդրում ենք օգնել մեզ՝ տրամադրելով հետևյալ տեղեկությունները: Որք տեղեկատվությունը գաղտնի է և բացահայտվում է միայն Ձեր համաձայնությամբ:

Please Print/Խնդրում ենք տպել

SSN/Սոցիալական ապահովագրության համար -- --	Today's Date/Այսօրվա ամսաթիվը
---	-------------------------------

Patient Last Name/Հիվանդի ազգանունը		Patient First Name/Հիվանդի անունը		Birth Date/Օննդյան ամսաթիվ	Marital Status/ Ամուսնական կարգավիճակ S/Չամ. M/Ամ. D/ Ամ-ուժ. W/ Այրի
Home Address/Բնակության հասցե		City/Քաղաք	State/Նահանգ	Zip Code/Փոստային ինդեքս	Spouse's Name/ Ամուսնու/կնոջ անունը
Home Phone/ Բնակարանի հեռախոս	Work Phone/ Աշխատանքային հեռախոս	Mobile Phone/ Բջջային հեռախոս		Driver's License/Վարորդական իրավունք	
Language Preference/ Նախընտրելի լեզու			Email Address/ Էլեկտրոնային հասցե		

Please Answer BOTH questions below/ Խնդրում ենք պատասխանել ստորև նշված երկու հարցերին:

Ethnicity/Ազգային պատկանելություն: Do you consider yourself to be Hispanic or Latino?/Դուք իսպանախոս/լատինաամերիկյան ծագում ունե՞ք: Yes/Այո No/Ոչ

Race/Ուսաստանյալ պատկանելություն: **Check all that apply/Նշեք բոլոր կիրառելի պատասխանները:**

<input type="checkbox"/> White/Սպիտակամորթ	<input type="checkbox"/> Black or African American/Սևամորթ կամ աֆրիկյան ծագումով ամերիկացի
<input type="checkbox"/> Asian/ Սիլիացի	<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native/Ամերիկյան հնդկացի կամ բնիկ այլասկզբի
<input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Բնիկ հավայացի	<input type="checkbox"/> Other Pacific Islander/Խաղաղօվկիանոսյան այլ կղզիաբնակ
<input type="checkbox"/> Decline to State/Հրաժարվում եմ պատասխանել	<input type="checkbox"/> Other / Այլ _____

Do you need a translator in English? / Ունե՞ք թարգմանչի կարիք՝ անգլերենով հաղորդակցվելու համար: Yes/Այո No/ Ոչ

Are you a veteran? /Դուք վետերան՞ եք: Yes/Այո No/Ոչ

Are you homeless? / Դուք անօթևան՞ եք: Yes/Այո No/Ոչ

Are you a student? / Դուք ուսանող ե՞ք: Yes/Այո (Full-time/ստացիոնար) Yes/Այո (Part-time/հեռակա) No/Ոչ

What is your gender identity? (Check ALL that apply)/ Ո՞րն է Ձեր ներկայիս սեռական կողմնորոշումը: (Նշել բոլոր կիրառելիները)

Male/Արական Female/Բզական,

Transgender Male/Տրանսգենդեր Արական/Տրանսգենդեր Տղամարդ/Սեռափոխված տղամարդ,

Transgender Female/Տրանսգենդեր Բզական/Տրանսգենդեր Կին/Սեռափոխված կին

Genderqueer/Գենդերքվիր՝ լինվին ո՛չ արական, ո՛չ իգական սեռի,

Additional Category (please specify)/Լրացուցիչ կատեգորիա (խնդրում ենք նշել) _____ ,

Decline to Answer/Հրաժարվում եմ պատասխանել

What sex were you assigned at birth? (Check One)/ Մեկնելիս ի՞նչ սեռական պատկանելություն են նշել Ձեզ համար: (Նշել մեկ պատասխան)

Male/Արական Female/Բզական Decline to Answer/Հրաժարվում եմ պատասխանել

What is your preferred name and what pronouns do you prefer (example he/him, she/her)? _____

Ի՞նչ անուն եք նախընտրում, և ո՞ր դերանուններն են Ձեզ համար նախընտրելի (օր.՝ he/him – նա/երան (արական սեռի համար), she/her (իգական սեռի համար):

Do you consider yourself: Lesbian, Gay or Homosexual, Straight or Heterosexual, Bisexual, Something Else, Don't Know, Decline to Answer

Lesbian / Դուք Ձեզ համարում եք՝ Լեսբոսիկ, Gay / Գեյ կամ Համասեռամուլ, Homosexual / Հետերոսեքսուալ, Bisexual / Երկսեռ,

Something Else / Այլ, Don't Know / Չգիտեմ, Decline to Answer / Հրաժարվում եմ պատասխանել

Occupation/Զբաղվածություն	Employer's Name/ Գործատուի անուն
---------------------------	----------------------------------

Other Authorized Person(s) who MAY accompany minor/ Այլ լիազոր անձ (անձինք), ով/եր կարող են ուղեկցել անչափահասներին:	Phone No./ Հեռախոսահամար
--	--------------------------

Name of Primary Care Physician/ Առաջնային բուժօգնության բժշկի անունը	Who Reference you to this office?/ Ո՞վ է Ձեզ ուղղորդել մեր գրասենյակ:
--	---

EMERGENCY NOTIFICATION – Please list someone who does not live with you
ՄԱՆՈՒՑՈՒՄ ՇՏԱՊՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՆՊԱՏԱԿՈՎ՝ Նշեք մեկ անձի, ով չի բնակվում Ձեզ հետ:

Name/Անուն	Relationship/Կապը Ձեզ հետ		
Home Address/Բնակության հասցե	City/Քաղաք	State/ Նահանգ	ZipCode/ Փոստային ինդեքս
Home Telephone/ Բնակարանի հեռախոս	Work Telephone/ Աշխատանքային հեռախոս		

FINANCIAL INFORMATION: - Person Responsible for all fees OR is the Main Policy Holder
ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՏԵՐԵԿՎԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ՝ Անձ, որը պատասխանատու է բոլոր վճարների համար ԿԱՍ հիմնական ապահովագրողն է:

Subscriber Last Name/ Բաժանորդի ազգանուն	Subscriber First Name/ Բաժանորդի անուն	Relationship To Patient/ Հարաբերությունը հիվանդի հետ	Birthdate/ Օննդյան ամսաթիվ
Address/Հասցե		City/ Քաղաք	State/ Նահանգ
Medical Insurance Company Name/ Բժշկական ապահովագրության ընկերության անունը		Date of Birth/Օննդյան ամսաթիվ	Policy No. / Համար
Dental/Vision Insurance/ Ատամնաբուժական/ակնաբուժական ապահովագրություն		Date of Birth/ Օննդյան ամսաթիվ	Policy No./ Համար
			SSN/Սոցիալական ապահովագրության համար
			SSN?Սոցիալական ապահովագրության համար

WORKMANS CARRIER; Were you injured on the job? YES NO Did you notify your employer? **YES NO**
ԱՇԽԱՏՈՂԻ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԸՆԿԵՐՈՒԹՅՈՒՆ Դուք վնասվել եք աշխատավայրում: **ԱՅՈ ՈՉ** Տեղեկացրե՞լ եք գործատուին: **Yes/ԱՅՈ No/ՈՉ**

Carrier Name/ Ապահովագրական ընկերության անուն	Policy Number/Ապահովագրության վկայականի համար	Address/ Հասցե
---	---	----------------

OFFICE FINANCIAL POLICY

For Patients with Medicare and Private Insurance: We bill most insurance carriers for you if proper paperwork is provided to us. We will also bill most secondary insurance companies for you. Co-payments and deductibles are due at the time of service. Since your agreement with your insurance carrier is a private one, we do not routinely research why an insurance carrier has not paid or why it paid less than anticipated for care. If an insurance carrier has not paid within 60 days of billing, professional fees are due and payable in full from you.

Medicaid Patients: All Medicaid patients must provide a current valid identification card before being seen.

Non-covered Services: Any care not paid by our existing insurance, co-pays, deductibles, and non-covered surgical procedures will require payment in full at the time of service. Periodic preventive health check and/or other services may or may not be covered under your health insurance policy; however they may be required by your physician.

ԳՐԱՄԵԼՑԱԿԻ ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Medicare և մասնավոր ապահովագրություն ունեցող հիվանդների համար: Մենք ծախսերը գանձում ենք ապահովագրական գրեթե բոլոր ընկերություններից, եթե մեզ տրամադրվում են պատշաճ փաստաթղթեր: Գանձումները կկատարվեն նաև երկրորդային ապահովագրական ընկերություններից: Համավճարները և կանխավճարները պետք է կատարվեն ծառայության պահին: Քանի որ Ձեր համաձայնագիրը ապահովագրական ընկերության հետ գաղտնի է, մենք սովորաբար չենք պարզում, թե ինչու ապահովագրողը չի վճարել բուժօգնության համար կամ ինչու է վճարել ավելի քիչ, քան նախատեսվում էր: Եթե ապահովագրական ընկերությունը վճարումը չի կատարում հաշիվը ներկայացնելուց հետո 60 օրվա ընթացքում, ապա մասնագիտական վճարները ամբողջության պետք է վճարվեն Ձեր կողմից:

Medicaid ունեցող հիվանդները: Medicaid ունեցող բոլոր հիվանդները նախքան ստուգվելը պետք է ներկայացնեն վավեր նույնականացման քարտ:

Չվճարված ծառայություններ:

Ցանկացած տեսակի բուժօգնության համար, որը չի վճարվել մեր գործող ապահովագրության, համավճարների, նվազեցման ենթակա վճարների կողմից, ինչպես նաև չապահովագրված վիրաբուժական միջամտությունների համար անհրաժեշտ է ամբողջությամբ վճարել ծառայության պահին: Առողջության պարբերական կանխարգելիչ ստուգումը և/կամ այլ ծառայությունների ծախսերը կարող են փակվել կամ չփակվել առողջական ապահովագրության կողմից: Այնուամենայնիվ, դրանք կարող են պահանջվել Ձեր բժշկի կողմից:

Medicare հիվանդներ: Ստորագրել թերթիկի վրա: Խնդրում եմ լիազորված Medicare-ի նպաստները իմ անունից վճարել Comprehensive Community Health Centers, Inc.-ին՝ նշված մատակարարի կողմից ինձ մատուցված ցանկացած ծառայությունների դիմաց: Թույլ եմ տալիս իմ մասին բժշկական տեղեկատվության ցանկացած կրողի՝ տրամադրել ցանկացած անհրաժեշտ տեղեկատվություն՝ Առողջապահության ֆինանսավորման վարչությանը և դրա գործակալներին՝ որոշելու այս նպաստները կամ առնչվող ծառայությունների համար կատարվող վճարները:

Ես հասկանում եմ, որ իմ ստորագրությունը վճարում կատարելու հայց է և լիազորում է ներկայացնել բժշկական տեղեկատվություն, որն անհրաժեշտ է հայտը բավարարելու համար:

Եթե HCFA-1500 ձևի 9-րդ կետում, այլ հաստատված ձևաթղթերում կամ ընդունված էլեկտրոնային հայցերում նշվում է «այլ առողջապահական ապահովագրություն», իմ ստորագրությունը լիազորում է տեղեկատվություն տրամադրել նշված ապահովագրողին կամ գործակալությանը: Medicare-ին վերաբերող դեպքերում մատակարարը համաձայնում է Medicare-ի ապահովագրողի որոշած գանձումների չափը որպես ամբողջական գանձում, և հիվանդը պատասխանատու է միայն կանխավճարի, համատեղ ապահովագրության և այն ծառայությունների համար, որոնց ծախսերը չեն փակվել:

Հիվանդի ստորագրությունը _____ Ամսաթիվ _____

Ապահովագրական արտոնությունների լիազորում

Սույնով լիազորում եմ իմ բոլոր բժշկական և/կամ վիրաբուժական արտոնությունները, ներառյալ խոշոր բժշկական արտոնությունները, որ ստանում եմ, մասնավոր ապահովագրությունը և ցանկացած այլ առողջապահական ծրագրերը Comprehensive Community Health Centers, Inc.-ին: Այս հայտարարությունն ուժի մեջ է, քանի դեռ գրավոր կերպով անվավեր չի ձանաչվել իմ կողմից: Այս հայտարարության պատճենը համարվում է վավեր, ինչպես բնօրինակը: Ես հասկանում եմ, որ ես ֆինանսապես պատասխանատու եմ բոլոր վճարումների համար՝ անկախ նրանից, թե դրանք կփակվեն ապահովագրության կողմից, թե ոչ: Սույնով լիազորում եմ նշված լիազորին տրամադրել ողջ տեղեկատվությունը, որն անհրաժեշտ է վճարումը ապահովելու համար:

Ստորագրություն _____ Ամսաթիվ _____

Ես կարդացել եմ, հասկանում եմ և համաձայն եմ այս ձևաթղթի հետևանքաբեր նշված մասնագիտական վճարների մարման ֆինանսական քաղաքականության հետ: Ես գիտակցում եմ, որ պատասխանատու եմ բոլոր մասնագիտական վճարների համար: Իմ ստորագրությունը նաև տալիս է իմ համաձայնությունը բժշկական/ատամնաբուժական/հոգեկան առողջության բուժման համար: Ես հասկանում եմ, որ իրավունք ունեմ ցանկացած ժամանակ հրաժարվել ծառայությունների ցանկացած մասից:

Ստորագրություն _____ Ամսաթիվ _____

Եթե հիվանդն անչափահաս է, խնդրում ենք գրել ծնողի/խնամակալի անունը տպատառերով _____ Կապը _____