

WENTWORTH HEALTH PARTNERS

Formulir Registrasi Pasien

Patient Registration Form

Versi lengkap – Gunakan Untuk Pasien Baru/Kunjungan Pertama

Full Version – Use For New Patients/Initial Visit

Bahasa yang dipilih untuk membicarakan perawatan Anda: _____

Preferred language to discuss your care

Apakah Anda menginginkan seorang penerjemah? ☐ Tidak ☐ Ya (Bahasa: _____)

Would you like an interpreter? No Yes (Language...)

Ceklis jika ada hal di bawah ini yang terjadi pada Anda: ☐ Tuli/Sulit Mendengar ☐ Lemah Penglihatan ☐ N/A

Check if any of the following apply: Deaf/Hard of Hearing Visually Impaired N/A

Informasi Pasien / Patient Information

Nama: _____ Tanggal Lahir: _____ No. Jaminan Sosial: _____ - _____ - _____

Name

Date of Birth

Social Security #

Jenis Kelamin: ☐ Pria ☐ Wanita

Sex: Male Female

Nama Gadis Ibu Kandung: _____

Mother's Maiden Name

Alamat Rumah: _____ Kota, Negara, Kode Pos: _____

Street Address

City, State, Zip

Alamat surat-menyurat: _____ Kota, Negara, Kode Pos: _____

Mailing Address

City, State, Zip

Status Pernikahan: (Tandai satu) ☐ Belum Kawin ☐ Kawin ☐ Bercerai ☐ Pisah ☐ Janda(duda)

Marital Status: (Checkone) Single Married Divorced Separated Widow(er)

Nomor Telepon Rumah: (____) _____ Telepon Kantor: (____) _____ HP: (____) _____

Home Phone #

Work

Cell

Nomor telepon pilihan yang dapat kami hubungi? ☐ Rumah ☐ Kantor ☐ HP

What is the preferred number where to reach you?

Home

Work

Cell

Untuk telepon genggam, apakah dapat mengirimkan pesan? ☐ Ya ☐ Tidak

For cell phones, so you have text capability?

Yes

No

Bagaimana Anda mendapatkan info mengenai kami? _____

How did you hear about our practice?

Penyedia Layanan Kesehatan Utama?: _____ Penyedia Layanan Gigi Utama?: _____

Primary Care Provider

Primary Dental Provider

Untuk Penggunaan Portal Pasien WHP (Akses online untuk mengatur janji temu, membeli ulang obat, menerima hasil lab, catatan imunisasi, dll. Syarat dan Ketentuan untuk Penggunaan dimuat di situs web kami atau tersedia apabila diminta di kantor kami)

E-mail: _____

For WHP Patient Portal Use (Online access to request appointments, refills, receive lab results, immunization records, etc. Terms and Conditions for Use are posted on our practice website or available by request at our office)

E-mail: _____

Kontak Darurat: Digunakan Hanya Jika Kami Tak Dapat Menghubungi Anda – Tidak Ada Informasi Kesehatan Yang Akan Dibagikan

Emergency Contact: Used Only If Unable to Reach You – No Health Information Will Be Shared

Nama: _____ Telepon: (____) _____ Hubungan dengan pasien: _____

Name

Phone

Relationship to Patient

Orang tua / Wali sah (Jika pasien di bawah 18 tahun atau lebih dari 18 tahun dan tidak dapat membuat keputusan sendiri bagi dirinya)

Parent/Legal Guardian (If patient is under 18 or over 18 and unable to make decisions for him/herself)

Nama Orang Tua, Wali 1: _____

Name of Parent/Guardian 1

Alamat rumah: _____

Street Address

Alamat surat-menyurat: _____

Mailing Address

Kota, Negara, Kode Pos: _____

City, State, Zip

Tanggal lahir: _____

Date of Birth

Nomor telepon terbaik untuk menghubungi Anda: (____) _____

Best phone # to reach you

Hubungan dengan pasien: _____

Relationship to Patient

☐ Menikah

Married

☐ Bercerai

Divorced

☐ Berpisah

Separated

☐ Tidak menikah

Not Married

☐ Tinggal Bersama

Civil Union

(Mohon sediakan salinan dokumen pengadilan yang relevan jika menyepakati hak asuh yang sah dimiliki oleh seorang yang belum dewasa sebagai wali seorang pasien yang usianya di atas 18 tahun.)

(Please provide a copy of relevant court documents if you claim sole legal custody of a minor or are the legal guardian for patient over 18.)

Nama Asuransi Utama: _____

Primary Insurance Name

Nama Pemegang Polis: _____

Name of Subscriber

Alamat Pemegang Polis Jika Berbeda Dengan Alamat Pasien:

Subscriber's Address if Different from Patient's

Nama Asuransi Utama: _____

Primary Insurance Name

Nama Pemegang Polis: _____

Name of Subscriber

Alamat Pemegang Polis Jika Berbeda Dengan Alamat Pasien:

Subscriber's Address if Different from Patient's

Tanggal Lahir Pemegang Polis: _____

Subscriber's Date of Birth

Hubungan Dengan Pasien: _____

Relationship to Patient

Nama Atasan di Tempat Kerja: _____

Employer

Tanggal Lahir Pemegang Polis: _____

Subscriber's Date of Birth

Hubungan Dengan Pasien: _____

Relationship to Patient

Nama Atasan di Tempat Kerja: _____

Employer

Nama Pasien _____ Tanggal Lahir _____
Patient Name _____ Date of Birth _____

Ras (Mohon Tandai Satu) ☐ atau Menolak memberitahu

Race (Please Check One) or Decline

- ☐ Indian Amerika atau Asli Alaska
American Indian or Alaskan Native
- ☐ Asia
Asian
- ☐ Negro atau Afro-amerika
Black or African American
- ☐ Hispanik
Hispanic
- ☐ India
Indian
- ☐ Multi-ras
Multi-Racial
- ☐ Asli Hawaii atau asli Pulau Pasifik lainnya
Native Hawaiian or Other Pacific Islander
- ☐ Kulit Putih
White
- ☐ Tidak Tahu / Tidak tersedia
Unknown/Unavailable

Suku Bangsa (Mohon Tandai Satu) atau ☐ Menolak memberitahu

Ethnicity (Please Check One) or Decline

- ☐ Hispanik atau Latin
Hispanic or Latino
- ☐ Bukan hispanik atau latin
Not Hispanic
- ☐ Tidak tahu / Tidak Memberitahukan
Unknown/Not Reported
- ☐ Tidak tersedia
Unavailable

Bahasa (Mohon Tandai Satu) atau ☐ Tolak

Language (Please Check One) or Decline

- | | | | | |
|---|---|--|--|---|
| ☐ Bahasa Inggris
<i>English</i> | ☐ Bahasa Gujarat
<i>Gujarati</i> | ☐ Bahasa Khmer
<i>Khmer</i> | ☐ Punjabi
<i>Punjabi</i> | ☐ Bahasa Tai (Lainnya)
<i>Tai (Other)</i> |
| ☐ Bahasa Arab
<i>Arabic</i> | ☐ Bahasa Yahudi
<i>Hebrew</i> | ☐ Bahasa Khotan
<i>Khotanese</i> | ☐ Persa
<i>Persian</i> | ☐ Bahasa Tamil
<i>Tamil</i> |
| ☐ Bahasa Bali
<i>Balinese</i> | ☐ Bahasa Hindi
<i>Hindi</i> | ☐ Bahasa Korean
<i>Korean</i> | ☐ Filipino
<i>Philippine</i> | ☐ Bahasa Telugu
<i>Telugu</i> |
| ☐ Bahasa Bengali
<i>Bengali</i> | ☐ Bahasa Hungaria
<i>Hungarian</i> | ☐ Bahasa Lao
<i>Lao</i> | ☐ Polaco
<i>Polish</i> | ☐ Bahasa Tagalog
<i>Tagalog</i> |
| ☐ Bahasa Bosnia
<i>Bosnian</i> | ☐ Bahasa Igbo
<i>Igbo</i> | ☐ Bahasa Lushai
<i>Lushai</i> | ☐ Português
<i>Portuguese</i> | ☐ Bahasa Thailand
<i>Thai</i> |
| ☐ Bahasa Bulgaria
<i>Bulgarian</i> | ☐ Bahasa Igala
<i>Igala</i> | ☐ Bahasa Malayalam
<i>Malayalam</i> | ☐ Provençal
<i>Provençal</i> | ☐ Bahasa Turki
<i>Turkish</i> |
| ☐ Bahasa Myanmar
<i>Burmese</i> | ☐ Bahasa Indonesia
<i>Indonesian</i> | ☐ Bahasa Marathi
<i>Marathi</i> | ☐ Romani
<i>Romani</i> | ☐ Bahasa Urdu
<i>Urdu</i> |
| ☐ Bahasa Cina
<i>Chinese</i> | ☐ Bahasa Indoeropa
<i>Indo-European</i> | ☐ Bahasa Mandar
<i>Mandar</i> | ☐ Rumano
<i>Romanian</i> | ☐ Bahasa Vai
<i>Vai</i> |
| ☐ Bahasa Chamic
<i>Chamic Languages</i> | ☐ Bahasa Italia
<i>Italian</i> | ☐ Bahasa Minangkabau
<i>Minangkabau</i> | ☐ Ruso
<i>Russian</i> | ☐ Bahasa Vietnam
<i>Vietnamese</i> |
| ☐ Bahasa Belanda
<i>Dutch</i> | ☐ Bahasa Jepang
<i>Japanese</i> | ☐ Bahasa Italia neopolitan
<i>Neopolitan/Italian</i> | ☐ Lenguaje por señas
<i>Sign Languages</i> | ☐ Tidak Tahu
<i>Unknown</i> |
| ☐ Bahasa Perancis
<i>French</i> | ☐ Bahasa Kamba
<i>Kamba</i> | ☐ Bahasa Nepal
<i>Nepali</i> | ☐ Español
<i>Spanish</i> | |
| ☐ Bahasa Alem
<i>German</i> | ☐ Bahasa Kabardi
<i>Kabardian</i> | ☐ Bahasa Nyoro
<i>Nyoro</i> | ☐ Bahasa Swahili
<i>Swahili</i> | |
| ☐ Bahasa Yunani
<i>Greek</i> | | ☐ Bahasa Nordik
<i>Old Norse</i> | ☐ Bahasa Swedia
<i>Swedish</i> | |
| ☐ Lainnya / Other: _____ | | | | |

Agama (Mohon Tandai Satu) atau ☐ Menolak memberitahu
Religion (Please Check One) or Decline

- | | | | | |
|--|---|--|--|---|
| ☐ Anglika
<i>Anglican</i> | ☐ Episkopal
<i>Episcopal</i> | ☐ Saksi Yehova
<i>Jehova's Witness</i> | ☐ Muslim, Islam
<i>Muslim / Islam</i> | ☐ Unitarian Universalis
<i>Unitarian Universalist</i> |
| ☐ Ateis
<i>Atheist</i> | ☐ Evangelika
<i>Evangelical</i> | ☐ Luteran
<i>Lutheran</i> | ☐ Pentekosta
<i>Pentecoastal</i> | ☐ Gereja Kristus Bersatu
<i>United Church of Christ</i> |
| ☐ Baha'i
<i>Baha'i</i> | ☐ Yunani Ortodok
<i>Greek Orthodox</i> | ☐ Katolik Maronit
<i>Maronite Catholic</i> | ☐ Presbiterin
<i>Presbyterian</i> | ☐ Wika
<i>Wiccan</i> |
| ☐ Baptis
<i>Baptist</i> | ☐ Hindu
<i>Hindu</i> | ☐ Metodis
<i>Methodist</i> | ☐ Protestan
<i>Protestant</i> | ☐ Tidak beragama
<i>Non-Religious</i> |
| ☐ Buddha
<i>Buddhist</i> | ☐ Yudas
<i>Judaism</i> | | ☐ Kuaker/Teman
<i>Quaker / Friends</i> | ☐ Tidak memilih
<i>No Preference</i> |
| ☐ Kristen
<i>Christian</i> | ☐ Yahudi Konservatif
<i>Conservative Jewish</i> | | ☐ Katolik Roma
<i>Roamn Catholic</i> | ☐ Tidak Tahu
<i>Unknown</i> |
| ☐ Kongresional
<i>Congretional</i> | ☐ Mormon / Santo Latter Days
<i>Mormon / Latter Days Saints</i> | | | |
| ☐ Lainnya / Other: _____ | | | | |

Nama Pasien _____ Tanggal Lahir _____
Patient Name _____ Date of Birth _____

“Wasiat Hidup” adalah dokumen resmi dengan instruksi yang Anda berikan terkait dengan perawatan Anda di masa depan jika Anda tidak dapat membuat keputusan mengenai perawatan kesehatan Anda.

Advance Directive is a legal document with instructions you give regarding your future care if you are unable to make decisions about your care.

Terdapat dua bagian; Anda mungkin harus melengkapi semuanya atau kedua bagian tersebut:

There are two sections; you may have completed one or both sections:

1. **Surat Kuasa tak terbatas untuk Perawatan Kesehatan (DPOAH)** – Beritahukan kami nama seseorang untuk membuat keputusan perawatan kesehatan untuk Anda saat Anda tidak mampu melakukannya. Penyedia layanan kesehatan Anda yang akan menentukan apabila Anda tidak dapat lagi membuat keputusan untuk diri sendiri dan mengaktifasi DPOAH.

Durable Power of Attorney for Health Care (DPOAH) – you name another individual to make healthcare decisions for you when you are unable to. Your provider determines that you can no longer make decisions for yourself and activates the DPOAH.

2. **Surat Pernyataan Keinginan Hidup** – Anda instruksikan penyedia layanan kesehatan Anda untuk tidak memberikan perawatan penunjang kehidupan jika Anda mendekati kematian atau tidak sadar secara permanen, tanpa harapan untuk sembuh.

Living Will -- you instruct your health care provider to give no life-sustaining treatment if you are near death or are permanently unconscious, with no hope for recovery.

Apakah Anda memiliki Wasiat Hidup?

Do you have an Advance Directive?

☐ Ya ☐ Tidak

Yes No

Jika “ya,” mohon berikan kami salinannya.
If Yes, please provide us a copy.

Apakah Anda memiliki Surat Pernyataan Keinginan Hidup?

Do you only have a Living Will?

☐ Ya ☐ Tidak

Yes No

Jika “ya,” mohon berikan kami salinannya.
If Yes, please provide us a copy.

Apakah Anda memiliki Surat Kuasa Tak Hingga untuk perawatan kesehatan?

Do you only have a Durable Power of Attorney for health care?

☐ Ya ☐ Tidak

Yes No

Jika “ya,” mohon berikan kami salinannya.
If Yes, please provide us a copy.

Apakah Anda memiliki Surat Kuasa Tak Hingga untuk masalah keuangan?

Do you have a Durable General Power of Attorney for finances?

☐ Ya ☐ Tidak

Yes No

Jika “ya,” mohon berikan kami salinannya.
If Yes, please provide us a copy.

Jika Anda menjawab Tidak pada salah satu di atas, **silahkan mintalah kepada kami informasi lengkapnya.**

If you answered No to any of the above, please ask us for an information packet.

Bantuan Finansial / Financial Assistance

Jika Anda memerlukan bantuan keuangan untuk memungkinkan Anda mendapatkan perawatan kesehatan yang Anda butuhkan, tanyakan kepada anggota staf dan mereka akan memberi Anda sebuah formulir Permohonan Bantuan Keuangan WDH dan salinan Kebijakan Bantuan Keuangan. **Jika saya adalah pasien yang membayar sendiri sesuai dengan RSA 151: 12-b, saya akan menerima potongan biaya pada saat penagihan sesuai dengan diskon yang diberikan kepada pasien yang ditanggung oleh asuransi kesehatan komersial sebagaimana dipersyaratkan oleh undang-undang negara (NH RSA 151: 12-b).** Diskon pembayaran tambahan untuk biaya yang dibayar sendiri dan biaya setelah asuransi tersedia dapat diterima dalam 30 hari setelah menerima penagihan. Untuk pertanyaan mengenai tagihan Anda, hubungi 1-855-762-5219. Untuk pertanyaan seputar Bantuan Finansial, hubungi (603) 740-3342.

If you require financial assistance to enable you to afford the health care that you need, please ask any staff member and they will provide you with a WDH Financial Assistance Application and a copy of the Financial Assistance Policy. If I am a self-pay patient pursuant to RSA 151:12-b, I will receive a discount off charges at the time of billing that is consistent with discounts provided to patients covered by commercial health insurance as required by state law (NH RSA 151:12-b). An additional prompt pay discount for self-pay balances and balances after insurance is available if

payment is received within 30 days of receiving a bill. For questions regarding your bill, please call 1-855-762-5219. For questions regarding Financial Assistance, please call (603) 740-3342.

Otorisasi Asuransi dan Pemberian Manfaat

Saat ini kami berpartisipasi dengan banyak asuransi, jika kami tidak berpartisipasi dengan operator asuransi Anda, Anda akan bertanggung jawab atas seluruh biaya atas semua layanan yang diberikan. Jika kami berpartisipasi dengan operator asuransi Anda, Anda akan bertanggung jawab atas pembayaran bersama lainnya dan / atau dipotong pada saat layanan diberikan. Saya memberi kuasa dan menyetujui pembayaran manfaat asuransi secara langsung atas praktek perawatan layanan medis yang saya terima. Saya memahami dan setuju bahwa saya bertanggung jawab atas biaya yang dikenakan pada saya atas layanan profesional yang diberikan. Saya akan bertanggung jawab untuk melakukan pembayaran penuh atas semua biaya yang tidak dibayarkan oleh perusahaan asuransi saya. Dalam upaya untuk membantu memastikan penagihan asuransi yang akurat, kami meminta Anda untuk memberikan kartu asuransi dan foto identitas Anda di setiap kunjungan Anda. Bentuk pembayaran yang dapat diterima adalah uang tunai, cek, debit dan kartu kredit (MasterCard, Visa, dan Discover).

Insurance Authorization and Assignment of Benefits

While we participate with many insurance plans, if we do not participate with your insurance carrier, you will be responsible for the entire balance for all services rendered. If we participate with your insurance carrier, you will be responsible for any co-payments and/or deductibles at the time the services are rendered. I authorize and assign insurance benefit payment directly to the practice for any medical services I receive. I understand and agree that I am ultimately responsible for the charges on my account for any professional services rendered. I will be responsible for payment in full of all balances not paid by my insurance company. In an effort to help ensure accurate insurance billing, we ask that you present your insurance card and photo ID at each visit. Acceptable forms of payment are cash, check, debit and credit card (MasterCard, Visa, and Discover).

Pemberitahuan Praktek Privasi Mitra Perawatan Kesehatan

Saya telah menerima / ditawari salinan Pemberitahuan Praktek Privasi Mitra Perawatan Kesehatan. Pemberitahuan Praktek Privasi Mitra Perawatan Kesehatan mendeskripsikan bagaimana informasi kesehatan saya mungkin akan digunakan atau diungkapkan dan menjelaskan hak saya sebagai pasien. Saya memahami bahwa saya harus membaca dokumen ini dengan hati-hati dan bahwa hal itu dapat berubah kapan saja. Saya dapat memperoleh salinan Pemberitahuan Praktek Privasi Mitra Perawatan Kesehatan dengan menghubungi kantor. Praktek perawatan ini menggunakan catatan medis elektronik yang dibagikan juga kepada Rumah Sakit Wentworth-Douglass dan praktek perawatan terafiliasi lainnya.

Partners HealthCare Notice of Privacy Practices

I have received/was offered a copy of the Partners HealthCare Notice of Privacy Practices. The Partners HealthCare Notice of Privacy Practices describes how my health information may be used or disclosed and explains my rights as a patient. I understand that I should read this document carefully and that it may be changed at any time. I may obtain a copy of the Partners HealthCare Notice of Privacy Practices by calling the practice. This practice uses an electronic medical record that is shared with Wentworth-Douglass Hospital and other affiliated practices.

Saya mengizinkan evaluasi dan perawatan diberikan oleh setiap penyedia layanan yang terafiliasi dengan WHP. Saya dengan ini memberikan ijin pengungkapan informasi medis yang dibutuhkan untuk pengobatan saya lebih lanjut dan untuk tujuan yang dideskripsikan dalam Pemberitahuan Praktek Privasi Mitra Perawatan Kesehatan. Penyedia perawatan WHP dapat mempertanyakan database yang mengandung informasi mengenai pengobatan yang sedang dilakukan yang diberikan oleh penyedia layanan kesehatan lain atau melalui apotek kami.

I consent to evaluation and treatment by any provider affiliated with WHP. I hereby authorize release of medical information that is necessary for my further treatment and for the purpose described in the Partners HealthCare Notice of Privacy Practices. WHP providers may query databases that contain information about current medications provided by other providers or through our pharmacy.

Nama Pasien atau Nama Wali Sah (mohon tuliskan): _____
Patient Name or Legal Guardian (please print)

Tanda Tangan Pasien atau Wali Sah: _____ Tanggal: _____
Patient or Legal Guardian Signature Date

Izin kepada Penyedia Layanan Kesehatan untuk mendiskusikan Pelayanan Kesehatan dengan Anggota Keluarga dan Teman-Teman Saya

Nama Pasien: _____
(Silahkan Cetak)

Tanggal Lahir Pasien: _____

Saya mengizinkan penyedia layanan kesehatan yang merawat saya untuk mendiskusikan perawatan kesehatan saya dengan individu-individu yang namanya diterterakan di bawah ini. Individu-individu ini berperan dalam perawatan kesehatan saya, entah dengan cara mendampingi saya secara langsung atau dengan menawarkan bantuan kepada saya dan anggota keluarga yang lain. **Saya memahami bahwa formulir ini TIDAK memberikan kepada individu-individu yang namanya disebutkan di bawah ini wewenang apapun untuk membuat keputusan perawatan kesehatan untuk saya. Formulir ini juga TIDAK mengizinkan mereka untuk mengakses catatan medis saya. Dokumen ini bukan merupakan surat kuasa perawatan kesehatan.** Tujuan utama dari formulir ini adalah untuk melindungi privasi saya dengan menjamin bahwa perawatan kesehatan saya hanya akan didiskusikan dengan individu-individu yang telah saya pilih.

Saya memahami bahwa saya tidak diwajibkan untuk menunjuk satupun dari individu-individu tersebut.

Nama Cetak Individu
Berwenang menerima Informasi

Hubungan

Nomor Telepon

Nama Cetak Individu
Berwenang menerima Informasi

Hubungan

Nomor Telepon

Harap Diingat: Izin ini akan berakhir dalam 12 bulan sejak tanggal formulir ini ditandatangani. Jika saya meminta untuk melanjutkan perizinan ini setelah tanggal tersebut, formulir yang baru mesti dilengkapi.

Nama Cetak Pasien atau Wakil/Wali yang Sah

Tanggal

Tanda tangan Pasien atau Wakil/Wali yang Sah

Pencabutan Izin untuk Mendiskusikan Perawatan Kesehatan dengan Anggota Keluarga dan Teman-Teman Saya

Saya cabut semua hak-hak dari satu atau kedua individu-individu berikut ini _____ /
_____ berlaku efektif : (Tanggal) ____/____/____

Nama Pasien: _____ Tanda Tangan: _____

Saya memahami bahwa Mitra Sehat Wentworth tidak dapat membatalkan segala informasi yang Mitra Sehat Wentworth sebarakan saat Mitra Sehat Wentworth telah mendapatkan izin saya untuk menyebarkannya.

Nama Pasien: _____ Tanggal Lahir: _____ MR# _____

Saya memberikan ijin untuk membagikan informasi kesehatan saya yang rahasia. Mohon tuliskan darimanakah Anda ingin informasi Anda dikirimkan dan kepada siapakah Anda ingin informasi Anda dikirimkan.

Dari:

Nama: _____

Alamat: _____

Telp: _____ Faks: _____

Kepada:

Nama: _____

Alamat: _____

Telp: _____ Faks: _____

Tujuan: ☐ Perawatan Kesehatan ☐ Asuransi ☐ Masalah Hukum ☐ Pribadi ☐ Pendidikan ☐ Perpindahan Layanan Kesehatan

Informasi yang Diungkapkan:

Saya memberikan ijin pengungkapan atas informasi di bawah ini:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Ringkasan Rekam Medis/tanggal _____
(contoh: Laporan Riwayat, Laporan Fisik, Laporan Operatif,
Laporan Pengujian, Ringkasan Pasien Pulang) | ☐ Laporan Laboratorium | ☐ Citra Radiologi dalam bentuk CD |
| ☐ Surat Tagihan | ☐ Catatan Kantor | ☐ Laporan Radiologi |
| ☐ Catatan Kardiologi | ☐ Laporan Operatif | ☐ Laporan Radiasi |
| ☐ Catatan Ruang Gawat Darurat | ☐ Laporan Patologi | ☐ Layanan Rehab |
| ☐ Lainnya (mohon jelaskan di bawah) _____ | | |
- Catatan pada hari-hari tertentu: _____ sampai _____

Informasi Yang Sensitif Untuk Diungkapkan:

Silahkan tandai **YA** jika Anda memberikan ijin untuk merilis informasi di bawah ini apabila muncul dalam catatan Anda:

- ☐ **YA** **Hasil Tes terkait HIV/AIDS (IJIN DARI PASIEN DIBUTUHKAN UNTUK SETIAP PERMINTAAN INFORMASI YANG DIKELUARKAN) RINCIKANTANGGALNYA** _____
- ☐ **YA** **Hasil uji Penyaringan Genetis (RINCIKAN TIPE PENGUJIAN)** _____
- ☐ **YA** **Catatan Pengobatan Penyalahgunaan Obat dan Alkohol** Dilindungi oleh Negara Secara Rahasia Peraturan No 42CFR Bagian 2 (PERATURAN NEGARA MELARANG PENGUNGKAPAN LEBIH LANJUT DARI INFORMASI INI KECUALI PENGUNGKAPAN LEBIH LANJUT DENGAN TUJUAN KHUSUS DIJINKAN DENGAN SURAT IJIN TERTULIS DARI ORANG YANG BERSANGKUTAN ATAU DIJINKAN SEBALIKNYA OLEH PERATURAN 42 CFR BAGIAN 2) Surat ijin ini dapat dicabut baik melalui permintaan secara lisan maupun tertulis.
- ☐ **YA** Rincian Diagnosa dan/atau Pengobatan Kesehatan Mental diberikan oleh Psikiater, Psikolog, Spesialis Perawat Rumah Sakit Jiwa, atau Dokter Jiwa yang Berlisensi (LMHC) *(Saya memahami bahwa surat ijin dari saya mungkin tidak dibutuhkan untuk mengeluarkan catatan kesehatan jiwa saya untuk tujuan pembayaran)* **(TIDAK TERMASUK CATATAN PSIKOTERAPI)**
- ☐ **YA** Percakapan rahasia dengan Pekerja Sosial Berlisensi
- ☐ **YA** Rincian Konseling Korban Kekerasan Domestik
- ☐ **YA** Rincian Konseling Pelecehan Seksual

Format Laporan: ☐ Salinan Cetak Kertas (atau bentuk fisik lainnya) ☐ Salinan Elektronik (CD)

Mungkin akan ada biaya untuk pembuatan salinan dan pengiriman informasi medis. Saya akan mendapat pemberitahuan mengenai biaya sebelum menerima/mengirim informasi medis

Cara Pengiriman: ☐ Kirim surat kepada entitas penerima di atas ☐ Saya akan mengambilnya
☐ Orang yang ditunjuk akan mengambilnya ☐ Lainnya: _____
(sebutkan di bawah)

Wentworth-Douglass

HIPAA

**SURAT IJIN PENGUNGKAPAN INFORMASI
KESEHATAN**



R10020

8402-03MR

Rev. 06/14/18

Nama Pasien: _____ Tanggal Lahir: _____ MR# _____

Yang harus dilengkapi jika Orang yang ditunjuk mengambil informasi medis:

Saya mengizinkan _____, yang saya tunjuk, untuk mengambil rekam medis yang disebutkan di atas
Nama Cetak

karena saya tidak dapat melakukannya sendiri.

- ☐ Hanya sekali – ketika orang yang saya tunjuk mengambil rekam medis saya, maka orang tersebut tidak dapat mengambil rekam medis saya berikutnya kecuali Saya menandatangani salinan lain dari dokumen ini.
- ☐ Tanpa batas – orang yang saya tunjuk dapat mengambil rekam medis saya sampai saya mencabut wewenang orang yang saya tunjuk atau sampai Formulir Rilis PHI ini berakhir atau dicabut oleh saya.
- SAYA DAPAT MENOLAK UNTUK MENANDATANGANI SURAT IJIN INI. Rumah Sakit Wentworth–Douglass, dan entitas terkait, tidak akan menolak memberikan perawatan kepada saya berdasarkan penolakan saya menandatangani Surat Ijin tersebut kecuali satu-satunya tujuan untuk mendapatkan perawatan adalah untuk membuat rekam medis untuk orang lain. Sebagai contoh, pihak Rumah Sakit dapat menolak melakukan pemeriksaan fisik pra-kerja untuk saya jika Saya menolak memberi kuasa untuk penyampaian informasi yang didapat selama pemeriksaan fisik kepada atasan saya.
- Saya dapat mencabut Surat Ijin ini setiap saat, secara tertulis, kecuali sejauh kami telah mengandalkan dalam membuat pemberitahuan. Pencabutan tertulis Anda akan berlaku bila kami menerimanya. Jika Anda memberikan Surat Ijin ini untuk mendapatkan jaminan asuransi, Anda tidak akan memiliki hak untuk mencabut Surat Ijin ini di masa yang akan datang sejauh berkaitan dengan penanggung asuransi menurut hukum untuk mendapatkan klaim berdasarkan polis asuransi Anda. Jika Anda ingin mencabut Surat Ijin ini, mohon kirim permintaan tertulis Anda ke: Wentworth–Douglass Hospital, Kepada: **Medical Information Department, 789 Central Avenue, Dover, NH 03820.**
- Saya memahami bahwa jika Saya mengizinkan pemberitahuan informasi kesehatan dilindungi, penerima dapat mengungkapkan informasi ini lebih jauh, dan Undang-undang Federal mungkin tidak lagi dapat melindunginya.
- Saya mengerti bahwa Saya memiliki hak untuk memeriksa atau menerima salinan informasi yang Saya setuju untuk diumumkan sesuai kebijakan yang ditetapkan dari Wentworth Douglass- Hospital, dan entitas terkait.
- Surat Ijin ini akan secara otomatis berakhir **12 bulan setelah tanggal penandatanganan** kecuali hanya pada tanggal/kejadian di bawah ini

Nama Cetak

Tanda tangan Pasien atau Wali Hukum/Wali
(Hanya Menerima Tanda Tangan Tulisan Tangan)

Tanggal

Hubungan Perwalian atau Wewenang (*Lampirkan salinan dokumentasi pemberian wewenang*)

YANG BERKUASA: Formulir ini dibuat tunduk pada CFR 45 Pasal 164.508.

Salinan surat ijin ini harus diberikan kepada pasien.

For Hospital Patient Transfer:

Request Processed and Records Sent with Patient By: Staff Initials _____ Date _____

For Medical information use only:

☐ Patient picked up ☐ Mailed to Patient ☐ Mailed to receiving entity ☐ Other _____ Date _____

Completed By: Staff Initials _____ Date _____

☐ A copy of this signed authorization has been included with the records provided to the patient.

For Designees / Patients picking up records only (signature will be obtained by Medical Information at time of pick up):

Signature

Printed Name

Date

Wentworth-Douglass
HIPAA

**SURAT IJIN PENGUNGKAPAN INFORMASI
KESEHATAN**



R10020

8402-03MR

Rev. 06/14/18