

Silkiss Eye Surgery

公佈醫療記錄之授權

我特此授權 Silkiss Eye Surgery 向我的執業醫師、醫院、診所或其他醫療或醫療相關機構、保險公司或僱主公佈有關我的疾病資訊的記錄。
本授權書之影印本應視為與原始文件具有同等效力。

患者或監護人簽名

日期

向醫師支付保險金之授權

我特此授權將我獲得的醫療和/或手術保險金直接支付給 Silkiss Eye Surgery。如我的保險公司拒絕為我所獲得的服務付款，我將負責付款。

患者或監護人簽名

日期

管理式醫療合約

作為管理式醫療計畫的成員，我理解：在大多數情況下，我負責獲得主治醫師的授權。我也理解簽署本合約：我確認我所負擔的財務義務，並同意與 Silkiss Eye Surgery 合作以獲得每次回診的保險授權。

患者或監護人簽名

日期

HIP AA 確認

我確認，我已閱讀 HIP AA 隱私條例通知。

患者或監護人簽名

日期

取消政策

對於無故未到者或延遲取消者（24 小時內），可能會收取 50.00 美元的取消費用

患者或監護人簽名

日期
