

ໃບຟອມການຢືນຢັນຂອງຄົນເຈັບທີ່ມີການພົວພັນນຳສຸຂະພາບທາງປາກ

**Oral Health Connections Patient Attestation Form**

ວັນທີ	ລູກຄ້າ ID	ເລກ NPI ຂອງຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວ	
ຊື່	ຊື່ກາງ	ນາມສະກຸນ	ອາຍຸ
ທີ່ຢູ່			
ເມືອງ		ຮັດ	ຊື່ບໍລິເວນ
ເລກໂທລະສັບ	ອີເມວລ໌		
ລູກຄ້າຕ້ອງປະກອບ ແລະ ເຊັນຊື່ໃສ່ໃບຟອມກ່ອນທີ່ <b>Health Care Authority (HCA)</b> ຈະຈ່າຍເງິນໃຫ້ສຳລັບການປິ່ນປົວພະຍາບານ.			

ຂ້າພະເຈົ້າ, \_\_\_\_\_, ຢືນຢັນວ່າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບການວິຈິຍພະຍາບານ ແລະ ຢູ່ພາຍໃຕ້ການປິ່ນປົວໃນປັດຈຸບັນນີ້ສຳລັບ

(ໝາຍໃສ່ອັນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳ):

<input type="checkbox"/> ການຖືພາຕັ້ງທ້ອງ ວັນທີຂອງການວິຈິຍ _____	<input type="checkbox"/> ໂຮກເບົາຫວານ ວັນທີຂອງການວິຈິຍ _____
---	---

ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງຖືກປິ່ນປົວຢູ່ສຳລັບໂຮກເບົາຫວານ ແລະ/ຫລື ການຖືພາຕັ້ງທ້ອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າໂດຍ:

<b>1</b>	ຊື່ຂອງຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວພະຍາບານ	ຊື່ຂອງຄລິນິກພະຍາບານ	ເລກໂທລະສັບຂອງຄລິນິກ
<b>2</b>	ຊື່ຂອງຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວພະຍາບານ	ຊື່ຂອງຄລິນິກພະຍາບານ	ເລກໂທລະສັບຂອງຄລິນິກ
<b>3</b>	ຊື່ຂອງຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວພະຍາບານ	ຊື່ຂອງຄລິນິກພະຍາບານ	ເລກໂທລະສັບຂອງຄລິນິກ
<b>4</b>	ຊື່ຂອງຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວພະຍາບານ	ຊື່ຂອງຄລິນິກພະຍາບານ	ເລກໂທລະສັບຂອງຄລິນິກ

ກະຮຸນາໃຊ້ດ້ານຫລັງຂອງໃບຟອມສຳລັບຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການປິ່ນປົວ ແລະ ຄລິນິກເພີ່ມເຕີມອີກ.

ຊື່ຂຽນເປັນຕົວພິມຂອງລູກຄ້າ	ລາຍເຊັນຂອງລູກຄ້າ	ວັນທີ
---------------------------	------------------	-------

ຊື່ຂຽນເປັນຕົວພິມຂອງຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວ	ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວ	ວັນທີ
-------------------------------------	----------------------------	-------

ໃບຟອມໃບນີ້ຕ້ອງຖືກຂຽນປະກອບ ແລະ ມີລາຍເຊັນຂອງທຸກໆຄົນໃນວັນທີ່ສິ່ງໃຫ້. ມັນຈະແມ່ນວັນທີ່ **Health Care Authority (HCA)** ຈະຄາດວ່າຈະເຫັນຢູ່ໃນໃບຢືນຢັນເກັບເງິນຂອງທ່ານ. ໃບໂກປີຕ້ອງຖືກເກັບຮັກສາໄວ້ຢູ່ໃນສຳນວນລູກຄ້າຂອງທ່ານ ແລະ ຖືກເອົາໃຫ້ **HCA** ຕາມຄຳຮ້ອງຂໍເພື່ອຈະພິຈາລະນາເບິ່ງວ່າກິດກຳນົດທຸກໆຢ່າງຂອງກິດໝາຍ **WAC 182-535-1270** ໄດ້ຖືກສອດຄ່ອງນຳ.