

Юридический Фамилия \_\_\_\_\_

Юридический Имя \_\_\_\_\_

Инициал отчества \_\_\_\_\_

Предпочитаемое имя \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Физический Адрес \_\_\_\_\_

Почтовый адрес (если отличается от физического) \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_

Штат \_\_\_\_\_

Индекс \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_

Штат \_\_\_\_\_

Индекс \_\_\_\_\_

Мой лечащий врач в СНС  Да  НетМой стоматолог в СНС  Да  Нет**Контактная информация пациента**Домашний телефон  Мобильный телефон \_\_\_\_\_

Дневной телефон \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты\* \_\_\_\_\_

Предпочтительный контактный номер: \_\_\_\_\_

 Домашний телефон Дневной телефон Я даю разрешение для подробного сообщение на выбранный мною номер телефона Я разрешаю вам отправить подробное письмо на мой почтовый адрес

Как вы хотите получать напоминания о приёмах?

 Электронная почта Телефонный звонок СМС Голосовая почта

Имя контакта для экстренной связи \_\_\_\_\_

Кем вам приходится контактное лицо \_\_\_\_\_

Телефонный номер \_\_\_\_\_

**Дополнительные демографические данные пациента (UDS)**Вы работаете в сельском хозяйстве?  Да  Нет Для сельскохозяйственных рабочих?  Да  Нет

Проходили ли вы службу в Вооруженных силах США, в армии или официальных государственных структурах?

Примеры: ВВС, Армия, Береговая охрана, Морская пехота, Военно-морской флот, Космические силы США, Национальная гвардия, Резерв, Служба общественного здравоохранения США (PHS), Национальное управление океанических и морских исследований (NOAA):  Да  Нет

Какую аптеку вы предпочитаете? (Название и адрес аптеки): \_\_\_\_\_

**Информация о первичном страховании** *Предоставьте свою страховую карту сотруднику регистратуры*

С кем бы вы хотели поделиться вашей общей медицинской/стоматологической информацией?

Имя/Фамилия: \_\_\_\_\_ Кем вам относится: \_\_\_\_\_ Номер телефона: \_\_\_\_\_

Имя/Фамилия: \_\_\_\_\_ Кем вам относится: \_\_\_\_\_ Номер телефона: \_\_\_\_\_

Имя/Фамилия: \_\_\_\_\_ Кем вам относится: \_\_\_\_\_ Номер телефона: \_\_\_\_\_

**\*К общей информации относится время и даты приемов, а также данные о том, что вы являетесь пациентом Community Health Care. К ней НЕ относятся причины приема, результаты анализов или обследований, а также подробная информация о лечении.****Разрешение, согласие и указание услуг**

Подписываясь, я даю согласие на амбулаторное лечение в рамках Community Health Care многопрофильной командой врачей. Возможные виды обслуживания: Оценка, Диагностика, Консультация и лечение для Медицинских, Психиатрических, Поведенческих и/или Стоматологических услуг. Эти услуги могут быть предоставлены в одной из наших клиник или через телемедицинскую систему, используя оборудование для видеоконференций. Я даю разрешение выплачивать мои страховые пособия непосредственно в Community Health Care и понимаю, что несу финансовую ответственность за все не покрываемые страховкой услуги. Я даю согласие на разглашение информации о лечении/консультациях по вопросам медицинского, психиатрического, поведенческого и/или стоматологического обслуживания с целью оплаты или оказания медицинской помощи. Я осознаю, что Community Health Care выставит мне и/или моей страховой компании счет за консультации по вопросам медицинской, стоматологической, психиатрической, психологической и наркологической помощи, которые проводятся с личным присутствием, посредством видео- и голосовой связи или только голосовой связи. Это разрешение и назначение являются постоянными и останутся в моём документе и будут использоваться для будущих претензий. Я могу отменить его в любое время путем письменного уведомления. Я подтверждаю, что получил копию Уведомления о правилах соблюдения конфиденциальности для Community Health Care.

Подпись: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Напечатанное Имя: \_\_\_\_\_

Отношения с пациентом: \_\_\_\_\_

Только для офисного использования (For Office Use Only):

Initials \_\_\_\_\_

## Информация об ответственной стороне

|   |                 |   |   |                             |                              |
|---|-----------------|---|---|-----------------------------|------------------------------|
| Юридический Фамилия   | Юридический Имя | Инициал отчества  | Предпочитаемое имя  |                             |                              |
| Номер социального страхования (SSI) <input type="checkbox"/> Bì tữ chí  |                 | Дата рождения   | Предоставьте свою идентификационную карту сотруднику регистратуры         |                             |                              |
| Пол, установленный при рождении: <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский                |                 |   |   |                             |                              |
| Предпочтительное местоимение: <input type="checkbox"/> Предпочитаю не отвечать <input type="checkbox"/> Они/Им/Их |                 | <input type="checkbox"/> Он/Ему/Его <input type="checkbox"/> Ze/Hir | <input type="checkbox"/> Она/Ей/Её <input type="checkbox"/> Другой: _____ |                             |                              |
| Физический Адрес  |                 | Почтовый адрес (если отличается от физического)                     |   |                             |                              |
| Город   | Штат            | Индекс  | Город   | Штат                        | Индекс                       |
| Основной язык   |                 | Вы нуждаетесь в помощи переводчика?                                 |   | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |

## Контактная информация ответственной стороны

|   |                                    |                          |
|---|------------------------------------|--------------------------|
| Домашний телефон <input type="checkbox"/> Мобильный телефон   | Дневной телефон                    | Адрес электронной почты* |
| Предпочтительный контактный номер: <input type="checkbox"/> Домашний телефон <input type="checkbox"/> Дневной телефон |                                    |                          |
| <input type="checkbox"/> Я даю разрешение для подробного сообщение на выбранны мною номер телефона                    |                                    |                          |
| <input type="checkbox"/> Я разрешаю вам отправить подробное письмо на мой почтовый адрес                              |                                    |                          |
| Имя контакта для экстренной связи   | Кем вам приходится контактное лицо | Телефонный номер         |

## Дополнительные демографические данные ответственной стороны (UDS)

Вы работаете в сельском хозяйстве?:  Да  Нет Для сельскохозяйственных рабочих?:  Да  Нет

К какой национальности вы себя относите?

- Кубинцы  Чикано  Мексиканцы  Американцы мексиканского происхождения  
 Пуэрториканец  Другого испаноязычного, латиноамериканского или испанского происхождения  
 Не латиноамериканское, латиноамериканское или испанское происхождение  Предпочитаю не отвечать

Какой расой вы себя считаете?

- Американский Индеец/коренной житель Аляски  Индейцы  Чёрный/Афроамериканец  
 Китайцы  Филиппинцы  Гуамцы или чаморро  Гавайский уроженец  
 Японцы  Корейцы  Другие азиаты  Другой житель Тихоокеанских Островов  
 Самоанцы  вьетнамский Белый  Белый  Предпочитаю не отвечать

Проходили ли вы службу в Вооруженных силах США, в армии или официальных государственных структурах?

Примеры: ВВС, Армия, Береговая охрана, Морская пехота, Военно-морской флот, Космические силы США, Национальная гвардия, Резерв, Служба общественного здравоохранения США (PHS), Национальное управление океанических и морских исследований (NOAA):  Да  Нет

Подпись: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Напечатанное Имя: \_\_\_\_\_

Отношения с пациентом: \_\_\_\_\_