

Юридический Фамилия		Юридический Имя		Инициал отчества		Предпочитаемое имя	
Номер социального страхования (SSI) <input type="checkbox"/> Отклонено		Дата рождения		<i>Предоставьте свою идентификационную карту сотруднику регистратуры</i>			
Пол, установленный при рождении:		<input type="checkbox"/> Мужской		<input type="checkbox"/> Женский			
Юридический пол в настоящее время:		<input type="checkbox"/> Мужской		<input type="checkbox"/> Женский		<input type="checkbox"/> Недифференцированный	
Гендерная идентичность:		<input type="checkbox"/> Предпочитаю не отвечать		<input type="checkbox"/> Мужской		<input type="checkbox"/> Женский	
		<input type="checkbox"/> От мужчины к женщине		<input type="checkbox"/> От женщины к мужчине		<input type="checkbox"/> Другой: _____	
Сексуальная ориентация:		<input type="checkbox"/> Предпочитаю не отвечать		<input type="checkbox"/> Прямой		<input type="checkbox"/> Лесбийская/гей	
		<input type="checkbox"/> Бисексуал		<input type="checkbox"/> Другой: _____			
Предпочтительное местоимение:		<input type="checkbox"/> Предпочитаю не отвечать		<input type="checkbox"/> Он/Ему/Его		<input type="checkbox"/> Она/Ей/Её	
		<input type="checkbox"/> Они/Им/Их		<input type="checkbox"/> Ze/Hir		<input type="checkbox"/> Другой: _____	
Физический Адрес				Почтовый адрес (если отличается от физического)			

Город		Штат		Индекс		Город		Штат		Индекс	
Вы нуждаетесь в помощи переводчика? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет											
Основной язык											
Мой лечащий врач в СНС <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет						Мой стоматолог в СНС <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					

## Контактная информация пациента

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 выбранный мною номер телефона					
<input type="checkbox"/> Я разрешаю вам отправить подробное письмо на мой почтовый адрес					
Как вы хотите получать напоминания о приёмах?					
<input type="checkbox"/> Электронная почта		<input type="checkbox"/> Телефонный звонок		<input type="checkbox"/> СМС	
<input type="checkbox"/> 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

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

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

Вторая аптека? (название и адрес) \_\_\_\_\_

## Как вы узнали о нас?

- ТДепартамент здравоохранения округа Такома/Пирс       Программа обмена игл       Сотрудник СНС  
 Госпиталь—какой? \_\_\_\_\_       Специалист по работе с населением       Пациент СНС  
 Другой: \_\_\_\_\_

## Информация о первичном страховании

*Предоставьте свою страховую карту сотруднику регистратуры*

\_\_\_\_\_  
Название страховой компании

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. 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. Я понимаю, что Community Health Care выставит счёт мне и/или моей страховке за личные, аудиовизуальные и только аудио медицинские, стоматологические и/или психологические посещения.

Подпись: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Только для офисного использования:

Initials \_\_\_\_\_