

Информация о пациенте

Юридический Фамилия _____ Юридический Имя _____ Инициал отчества _____ Предпочитаемое имя _____

Номер социального страхования (SSI) Отклонено _____ Дата рождения _____

Пол, установленный при рождении: Мужской Женский

Юридический пол в настоящее время: Мужской Женский Недифференцированный

Гендерная идентичность: Предпочитаю не отвечать Мужской Женский
 От мужчины к женщине От женщины к мужчине Другой: _____

Сексуальная ориентация: Предпочитаю не отвечать Прямой Лесбийская/гей
 Бисексуал Другой: _____

Предпочтительное местоимение: Предпочитаю не отвечать Он/Ему/Его Она/Ей/Её
 Они/Им/Их Ze/Hir Другой: _____

Физический Адрес _____ Почтовый адрес (если отличается от физического) _____

Город _____ Штат _____ Индекс _____ Город _____ Штат _____ Индекс _____

Вы нуждаетесь в помощи переводчика? Да Нет

Основной язык _____

Мой лечащий врач в СНС? Да Нет Мой 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

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: _____

Напечатанное Имя: _____ Отношения с пациентом: _____

Только для офисного использования:

Initials _____

Информация об ответственной стороне

Юридический Фамилия _____

Юридический Имя _____

Инициал отчества _____

Предпочитаемое имя _____

Номер социального страхования (SSI) Отклонено _____

Дата рождения _____

Предоставьте свою идентификационную карту сотруднику регистратуры

Пол, установленный при рождении: Мужской

Женский

Предпочтительное местоимение: Предпочитаю не отвечать

Он/Ему/Его

Она/Ей/Её

Они/Им/Их

Ze/Hir

Другой: _____

Физический Адрес _____

Почтовый адрес (если отличается от физического) _____

Город _____

Штат _____

Индекс _____

Город _____

Штат _____

Индекс _____

Вы нуждаетесь в помощи переводчика? Да Нет

Основной язык _____

Контактная информация ответственной стороны

Домашний телефон Мобильный телефон _____

Дневной телефон _____

Адрес электронной почты* _____

Предпочтительный контактный номер: Домашний телефон

Дневной телефон

Я даю разрешение для подробного сообщения 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 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: _____