

Юридический Фамилия

Юридический Имя

Инициал отчества

Предпочитаемое имя

Дата рождения

Предоставьте свою идентификационную карту сотруднику регистратурыСекс: ☐ Мужской ☐ Женский

Физический Адрес

Почтовый адрес (если отличается от физического)

Город

Штат

Индекс

Город

Штат

Индекс

☐ Мой лечащий врач в СНС☐ Мой стоматолог в СНС**Контактная информация пациента**Домашний телефон ☐ Мобильный телефон

Альтернативный телефон

Адрес электронной почты

Предпочтительный контактный номер:

☐ Домашний телефон☐ Дневной телефонЯ даю разрешение для подробного сообщения на выбранный мною номер телефона ☐ Да ☐ НетКак 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 ☐ НетДля сельскохозяйственных рабочих? ☐ Да ☐ Нет

К какой национальности вы себя относите?

☐ Кубинцы☐ Чикано☐ Мексиканцы☐ Американцы мексиканского происхождения☐ Пуэрториканцы☐ 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 аптеки):

Как вы узнали о нас?☐ Департамент здравоохранения округа Такома/Пирс☐ Программа обмена игл☐ Сотрудник СНС☐ Госпиталь—какой? _____☐ Специалист по работе с населением☐ Пациент СНС☐ Другой: _____

Информация о главной страховке

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: _____

Только для офисного использования:

Initials _____

Заявление на Предоставление Гибких Условий Выплат

Для того, чтобы соответствовать требованиям наших Федеральных грантов, мы должны собрать информацию о доходе у всех пациентов. Для того, чтобы соответствовать условиям гибких выплат (для пациентов, не имеющих страховки, и для тех, чья страховка может не оплатить все услуги), вы должны предоставить информацию, которая запрашивается ниже.

Если у Вас нет страховки, Вы также должны встретиться с нашим сотрудником, чтобы определить, соответствуете ли Вы условиям получения страховки до Вашего второго визита.

Сколько людей живут на этот доход? _____

Укажите количество людей в Вашей семье, которые живут в том же доме, делят тот же доход, пищу и аренду. Это количество включает Вас, Вашего супруга, и/или любых иждивенцев. Пожалуйста, перечислите людей, которых Вы включили:

Имя	Степень Родства с Вами	Имя	Степень Родства с Вами
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Какая сумма ежемесячного дохода в Вашей семье образуется в результате:

Работы	_____	Получения Пособия по Нетрудоспособности	_____
Получения Пособия по Безработице	_____	Получения Средств из Пенсионных Фондов	_____
Получения Социального Страхования	_____	Получения выплат, предоставляемым ветеранам	_____
Поддержки Супруга	_____	Получения Социальной Помощи	_____
Получения Стипендии/Грантов	_____	Получения Пособия на Жилье	_____
Получения Военных Отчислений на Семью	_____	Прочего	_____

Полный месячный доход \$ _____

Насколько мне известно, предоставленная информация правдивая и правильная. Я даю разрешение Офису Общественного Здравоохранения проверить информацию по моему финансовому статусу. Я понимаю, что я должен (на) предоставить подтверждение этой информации к моему следующему визиту, или в течение 30 дней (что случится раньше), для того, чтобы соответствовать шкале гибких выплат. Если эта информация не будет получена, то тогда мне будет выставлена полная сумма к оплате за визит.

_____	_____	_____
Имя Пациента	Подпись Пациента	Дата
_____	_____	_____
Дата рождения	Подпись Родителя/Опекуна (если к Вам это относится)	Дата

For Office Use Only:

Annual Income \$ _____ # in Household _____ Sliding Scale Level _____ Initials _____

Уведомление о соответствии критериям страхования

Клиника: _____

Дата: _____

Фамилия пациента: _____

Дата рождения: _____

- ☐ Пациент не соответствовал критериям страхования (заявил о согласии на оплату по скользящей ставке в формуляре заявки, изменение даты истечения срока скользящей ставки на 1 год с момента подписания)
- ☐ Заявка пациента на страхование находится в процессе рассмотрения (пациент заполняет/будет заполнять документы с помощником по страховке; согласилась/согласился на оплату по скользящей ставке в форме декларации на аппликации; срок скользящей ставки истекает через 1 месяц от даты заявления до определения соответствующих критериям); этот срок может быть продлен на ещё 1 месяц если если страхование еще в процессе ожидания)
- ☐ Пациент соответствовал критериям, но предпочел не заключать договор страхования или встретится с помощником по страховке (пациент должен предоставить доказательства дохода: корешки чеков за прошлый месяц, налоговую декларацию или другую утвержденную форму дохода)

Я подтверждаю, что мне было предложено застраховаться, но я отказался.

Подпись пациента: _____

Дата: _____

- ☐ Пациент в настоящее время имеет страховку или имеет право и теперь имеет страховку (согласие на оплату по скользящей ставке в формуляре заявки, изменение даты истечения срока скользящей ставки на 1 год с момента подписания)
- ☐ Не в состоянии зарегистрировать пациента; пропущенная открытая регистрация, нет права на Особый Регистрационный Период (пациент должен принести доказательство дохода)
- ☐ Пациент не заявился или отменил приём с помощником по страховке (пациент должен принести доказательство дохода)

Подпись сотрудника: _____

Дата: _____

Форма отсканирована и вложена в историю болезни пациента.

Community Health Care

Стоматологическая история болезни

Дата: _____ Дата рождения: _____ Возраст: _____ Фамилия: _____

Фамилия врача: _____ Номер телефона врача: _____

Направлен: _____

История болезни

1. Состояние Вашего здоровья хорошее? ☐ Да ☐ Нет
2. Дата последнего медицинского осмотра: _____
3. Вы в настоящее время состоите под наблюдением врача? ☐ Да ☐ Нет
Если да, лечение какого заболевания производится? _____
4. У Вас были когда-либо серьезные заболевания или операции? ☐ Да ☐ Нет
Если да, какое заболевание или операция? _____
5. Вы когда-либо проходили лечение в стационаре? ☐ Да ☐ Нет
Если да, по поводу какого заболевания? _____
6. Вы принимаете какие-либо лекарственные препараты или средства? ☐ Да ☐ Нет
Если да, какие? _____
7. Наблюдается ли у Вас чувствительность или аллергия к какому-либо препарату или средству? ☐ Да ☐ Нет
Если да, какие? _____
8. Вы употребляете табачные изделия? ☐ Да ☐ Нет
Если да, какого вида? _____ Сколько в день? _____
9. Вы страдаете (страдали) каким-либо из следующих заболеваний?

☐ Анемия	☐ Заболевания крови	☐ Ревматизм или артрит
☐ Сердечные заболевания	☐ Гепатит, желтуха или заболевание печени	☐ Травмы головы
☐ Высокое артериальное давление	☐ Заболевания почек	☐ Язва желудка
☐ Заболевания дыхательной системы	☐ Опухоли или новообразования	☐ Венерическое заболевание/ЗППП
☐ Туберкулез	☐ Радиационное лечение любого вида	☐ Эпилепсия
☐ Нервные расстройства	☐ Аллергии	☐ Психические заболевания
☐ Диабет	☐ Астма	☐ Инсульт
☐ Сильное кровотечение	☐ Обмороки или судороги	☐ ВИЧ/СПИД
☐ Ревматическая атака	☐ Гайморит	☐ Алкоголизм/наркомания
☐ Замена сустава (тазобедренного, коленного и т. д.)		
10. Вы пользуетесь кардиостимулятором? ☐ Да ☐ Нет
11. У Вас были операции на сердце? ☐ Да ☐ Нет
12. Вам когда-либо говорили, что перед лечением зубов нужно принимать лекарства? ☐ Да ☐ Нет
13. У Вас есть другие заболевания, состояния или проблемы, о которых мне, по Вашему мнению, следует знать? ☐ Да ☐ Нет
Если да, объясните: _____
14. Сколько времени прошло после последних стоматологических процедур? _____
15. У Вас были когда-либо серьезные проблемы в связи с предшествующими стоматологическими процедурами? ☐ Да ☐ Нет
16. У Вас были нежелательные реакции на местную анестезию? ☐ Да ☐ Нет
17. У Вас были в прошлом аномальные кровотечения в связи с удалением зубов? ☐ Да ☐ Нет
18. Есть ли у Вас нелеченные поражения или новообразования в ротовой полости или поблизости? ☐ Да ☐ Нет
19. Сколько времени прошло после последнего панорамного рентгеновского снимка зубов? _____
20. (Только для женщин) Вы беременны? ☐ Да ☐ Нет
Если да, когда должен родиться ребенок? _____
Вы кормите грудью? ☐ Да ☐ Нет

Разрешение на Разглашение/Получение Конфиденциальных Медицинских/Стоматологических Записей

1. Информация о пациенте:

Имя и фамилия пациента: _____

Предыдущие имена: _____

Дата рождения: _____ Номер Social Security #: _____ - _____ - _____

2. Разглашение информации от:

Имя доктора или организации разглашающим информацию: _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____

Телефон #: _____ Факс #: _____

3. Информация может быть передана следующему лицу:

Имя/Фамилия лица или организация получающая информацию: _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____

Телефон #: _____ Факс #: _____

или

Электронный адрес: _____

4. На какую информацию вы даёте разрешение? (Плата за копирование может применяться)

☐ Записи всех **медицинских** посещений за последние 2 года

☐ Записи всех **стоматологических** посещений за последние 2 года

☐ Все записи от даты ____ / ____ / ____ до ____ / ____ / ____

☐ Конкретная информация (объясните): _____

☐ Другая (объясните): _____

5. Я даю моё разрешение на разглашение моей конфиденциальной информации включая: венерические заболевания, психическое здоровье/заболевания, наркотики и история алкоголя и/или ВИЧ/СПИД информации если нет ниже указанного исключения. Я **Не Желая** разглашать следующую информацию:

6. По какой причине вы запрашиваете вашу информацию? Отметьте одно из следующего

☐ Доктор ☐ Адвокат ☐ Личное ☐ Страховое агентство ☐ Другое _____

7. Я понимаю что:

- Как только информация будет разглашена, она может быть повторно разглашена лицом получающим эту информацию (если это лицо не является госпиталем, клиникой, доктором, или медицинской страховой компанией) и не может больше находиться под защитой законов конфиденциальности медицинской информации.
- Я вправе отменить это разрешение в любое время в письменном виде через CHS Medical Records. Если я отменю своё разрешение, это не повлияет на какие-либо действия, уже предпринятые клиникой CHS на основе этого разрешения.
- CHS клиника не может обуславливать лечение, оплату, регистрацию или право на получение пособий подписывая это разрешение.

8. Срок действия этого разрешения истекает _____. Если дата или событие не указаны, разрешение истекает через 90 дней с даты подписи.

Подпись: _____ Дата: _____

Пациент, родитель, опекун или уполномоченный представитель (Может потребоваться документация о полномочиях подписи от имени пациента)

Если не пациент то кем относитесь к пациенту _____ Имя/Фамилия _____

Подпись: _____ Дата: _____

Подпись лица которое ещё не достигло совершеннолетия (**Обязательно** если пациенту от 13-17 лет)