

Информация о пациенте

Юридический Фамилия

Юридический Имя

Инициал отчества

Предпочитаемое имя

Номер социального страхования (SSI)

Дата рождения

Пол, установленный при рождении: ☐ Мужской ☐ Женский

☐ Недифференцированный

Юридический пол в настоящее время: ☐ Мужской ☐ Женский

☐ Недифференцированный

Гендерная идентичность: ☐ Предпочитаю не отвечать
☐ От мужчины к женщине
☐ Другой: _____

☐ Мужской ☐ Женский
☐ От женщины к мужчине

Сексуальная ориентация: ☐ Предпочитаю не отвечать
☐ Бисексуал ☐ Другой: _____

☐ Прямой ☐ Лесбийская/гей

Предпочтительное местоимение: ☐ Предпочитаю не отвечать
☐ Они/Им/Их ☐ Ze/Hir

☐ Он/Ему/Его ☐ Она/Ей/Её
☐ Другой: _____

Физический Адрес

Почтовый адрес (если отличается от физического)

Город

Штат

Индекс

Город

Штат

Индекс

Семейный статус: ☐ Вдовец/Вдова

☐ Женат/Замужем

☐ Холост/Не замужем

☐ Разведенный/ая

Студенческий статус: ☐ Полностью

☐ Не студент

☐ Частично

Вы нуждаетесь в помощи переводчика? ☐ Да ☐ Нет

Основной язык

☐ У меня есть лечущий врач

☐ У меня есть стоматолог

Контактная информация пациента

Домашний телефон

Дневной телефон

Адрес электронной почты*

Предпочтительный контактный номер: ☐ Домашний телефон ☐ Дневной телефон

☐ Я даю разрешение для подробного сообщения на выбранный мною номер телефона

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)

Если бездомный, тип приюта:

☐ Удвоение ☐ Укрытие ☐ На улице ☐ Транзит
☐ Другой: _____ ☐ Неизвестно

Для сельскохозяйственных рабочих:

☐ Сезонный ☐ Мигрирующий

К какой национальности вы себя относите?

☐ Испанец или Латиноамериканец
☐ Не Испанец или Латиноамериканец

Какой расой вы себя считаете?

☐ Американский Индеец/коренной житель Аляски ☐ Азиат
☐ Чёрный/Афроамериканец ☐ Гавайский уроженец
☐ Другой житель Тихоокеанских Островов ☐ Белый
☐ Другой: _____ ☐ Предпочитаю не отвечать

Ветеран/Военный статус: ☐ Да ☐ Нет ☐ Действующий

Какую аптеку вы предпочитаете? (Название и адрес аптеки) _____

*Community Health Care не продает и не дает в чужое пользование ваш электронный адрес, имя, почтовый адрес или другую личную информацию. Community Health Care не делится ни с кем, полученной от вас личной информацией, такой как электронный адрес, имя или фамилия, почтовый адрес, кроме как лицам или в случаях, указанных ниже: Мы в праве предоставлять доступ к вашей личной информации как этого требует закон, в случаях получения нами повестки, судебного приказа или при судебном процессе.

Юридический Фамилия

Юридический Имя

Инициал отчества

Предпочитаемое имя

Номер социального страхования (SSI)

Дата рождения

Пол, установленный при рождении: ☐ Предпочитаю не отвечать

☐ 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 ☐ Гендерквир

☐ 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

Семейный статус: ☐ Вдовец/Вдова

☐ Женат/Замужем

☐ Холост/Не замужем

☐ Разведенный/ая

Студенческий статус: ☐ Полностью

☐ Не студент

☐ Частично

Вы нуждаетесь в помощи переводчика? ☐ Да ☐ Нет

Основной язык

☐ У меня есть лечущий врач

☐ У меня есть стоматолог

Контактная информация ответственной стороны

Домашний телефон

Дневной телефон

Адрес электронной почты*

Предпочтительный контактный номер:

☐ Домашний телефон

☐ Дневной телефон

☐ Я даю разрешение для подробного сообщения на выбранный мною номер телефона

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)

Если бездомный, тип приюта:

☐ Удвоение

☐ Укрытие

☐ На улице

☐ Транзит

☐ Другой: _____

☐ Неизвестно

Для сельскохозяйственных рабочих:

☐ Сезонный

☐ Мигрирующий

К какой национальности вы себя относите?

☐ Испанец или Латиноамериканец

☐ Не Испанец или Латиноамериканец

Какой расой вы себя считаете?

☐ Американский Индеец/коренной житель Аляски

☐ Азиат

☐ Чёрный/Афроамериканец

☐ Гавайский уроженец

☐ Другой житель Тихоокеанских Островов

☐ Белый

☐ Другой: _____

☐ Предпочитаю не отвечать

Ветеран/Военный статус: ☐ Да ☐ Нет

☐ Действующий

Как вы узнали о нас?

☐ Департамент здравоохранения округа Такома/Пирс

☐ Программа обмена игл

☐ Сотрудник CHC

☐ Госпиталь—какой? _____

☐ Специалист по работе с населением

☐ Пациент CHC

☐ Другой: _____

Информация о главной страховке**Авто авария?****Травма на рабочем месте?**

Название страховой компании

Номер полиса (ID)

Номер группы

Адрес, куда посылать счета

Эффективно от (дата)

Имя владельца полиса

Дата рождения

Кем является пациенту

Инцидент? ☐ Да ☐ Нет
☐ Работа ☐ Авто

Дата аварии

Номер претензии или дата травмы

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.

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: _____

Подпись: _____ Дата: _____

Отношение к пациенту (если пациент несовершеннолетний или у него есть опекун): _____

Только для офисного использования:☐ Patient Declined Sliding Fee☐ Patient Declined Sliding Fee and Income Range Declaration☐ Patient Portal enrollment information given

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.

Просим заполнить обе стороны**Дата:** _____ **Дата рождения:** _____ **Возраст:** _____ **Имя:** _____**Предпочитаемый пол:**☐ Мужской ☐ Женский ☐ Другой: _____**Предпочитаемое имя:** _____**Предпочитаемое местоимение:** _____****Принесите с собой документы о прививках, мы сделаем их копии. *******Попросите своего врача ответить на все ваши вопросы*****Персональный медицинский анамнез**

- ☐ Да ☐ Нет Имеются ли у вас какие-либо конкретные причины для беспокойства в настоящее время? Если: _____
- ☐ Да ☐ Нет Имеются ли у вас какие-либо серьезные заболевания (такие как астма, диабет и т.д.)? Если да, то какие? _____
- ☐ Да ☐ Нет Принимаете ли вы какие-нибудь лекарства (ежедневно или по необходимости)? Какие? _____
- ☐ Да ☐ Нет Принимаете ли вы какие-либо витамины, добавки, "альтернативные" лекарства или терапевтические средства? Какие? _____
- ☐ Да ☐ Нет Наблюдается ли у вас какая-нибудь реакция на лекарства или прививки? Если да, поясните: _____
- ☐ Да ☐ Нет Делались ли вам какие-либо операции, проводили ли вы ночь в больнице? Если да поясните: _____

Семейный анамнез☐ Неизвестен/Усыновление

Отметьте все следующие проблемы, которые имелись у ваших бабушек и дедушек, родителей, сестёр, или братьев и укажите, у кого именно

Кто?

Кто?

- | | |
|---|---|
| ☐ Заболевание крови: _____ | ☐ Сердечный приступ: _____ |
| ☐ Депрессия: _____ | ☐ Лишний вес: _____ |
| ☐ Высокое кровяное давление: _____ | ☐ Алкоголизм: _____ |
| ☐ Высокий уровень холестерина: _____ | ☐ Физическое насилие: _____ |
| ☐ Самоубийство: _____ | ☐ Астма: _____ |
| ☐ Жестокое обращение с детьми: _____ | ☐ Конвульсии: _____ |
| ☐ Аллергия: _____ | ☐ Туберкулёз: _____ |
| ☐ Рак: _____ | ☐ Наркозависимость: _____ |
| ☐ Диабет: _____ | ☐ Сексуальное насилие: _____ |

Профилактическая медицинская помощь

Да Нет

- ☐ ☐ Вы курите, употребляете табачные изделия, нюхательный табак или бездымные изделия (электронные сигареты)? Если да, то какие и как часто? _____
- ☐ ☐ Пользуетесь ли вы ремнём безопасности в машине?
- ☐ ☐ Всегда ли вы надеваете шлем, катаясь на велосипеде, скейтборде, лыжах и т.д.?
- ☐ ☐ Имеется ли в вашем доме пожарная сигнализация, огнетушители и сигнализация угарного газа?

(на обороте)

Профилактическая медицинская помощь (продолжение)

Да Нет

- ☐ ☐ Живёте ли вы вместе с курящим человеком? С кем? _____
- ☐ ☐ Имеется ли у вас какой-нибудь экран (компьютер, планшет, телефон, ТВ и т.д.) в спальне?
- ☐ ☐ Наблюдались ли вы у стоматолога за последние 6 месяцев?
- ☐ ☐ Чистите ли вы зубы ежедневно?
- ☐ ☐ Находились ли вы в тесном контакте с человеком, больным туберкулёзом или подвергающимся риску туберкулёза (жившим в развивающейся стране, находившемся в специальном учреждении, бездомным, употребляющим внутривенный наркотик, имеющим положительную реакцию на ВИЧ)?

Образование

Где вы учитесь? _____ В каком вы классе? _____

Какие у вас средние отметки? _____

☐ Да ☐ Нет Имеется ли у вас План индивидуального обучения (Individualized Education Plan, IEP)/504?**Социальные аспекты**

Да Нет

- ☐ ☐ Попадали ли вы за последние 12 месяцев в ситуации, где имели место угрозы, толчки, хватание, удары, пинки, поломка вещей или иное причинение вреда?
- ☐ ☐ Подвергались ли вы за последние 12 месяцев некомфортным прикосновениям? Насильственным сексуальным контактам?
- ☐ ☐ С кем вы живёте? _____
- ☐ ☐ Передавали ли вас когда-либо на патронатное воспитание?

Обзор систем (Имеются ли у вас В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ какие-нибудь проблемы, которые вы хотели бы обсудить сегодня)?

Да Нет

Какие?

Да Нет

Какие?

- | | |
|--|--|
| ☐ ☐ проблемы со зрением _____ | ☐ ☐ проблемы с кожей _____ |
| ☐ ☐ проблемы с дыханием _____ | ☐ ☐ проблемы со слухом _____ |
| ☐ ☐ проблемы с испражнением (выделением кала) | ☐ ☐ головные боли, обмороки, головокружение, |
| ☐ ☐ проблемы с желудком _____ | любые случаи потери сознания _____ |
| ☐ ☐ проблемы с мочеиспусканием (выделением мочи) | ☐ ☐ трудности со сном, депрессия, гнев или нервность |
| ☐ ☐ боли в теле _____ | _____ |

Только для девочек

Когда у вас была первая менструация? _____ Когда у вас началась последняя менструация? _____

☐ Да ☐ Нет Нерегулярные месячные, боли или беспокойство по поводу ваших месячных? _____**Только для мальчиков**☐ Да ☐ Нет Имелись ли у вас какие-либо уплотнения в яичках?**Другие проблемы:** _____

Только для служебного пользования

Reviewed by: _____

Date: _____

(на обороте)

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)