

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 сотрудника	Дата
_____	_____	_____

For Office Use Only:

☐ See child's chart

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

Insurance eligibility:

- ☐ Patient was not eligible for insurance (accept sliding fee per declaration on application and change sliding fee expiration date to 1 year from declaration)
- ☐ Patient eligibility is pending (patient has or is applying with Navigator; accept sliding fee per declaration on application and change sliding fee expiration to 1 month from date of declaration until eligibility determined); this can be extended for another month if insurance is still pending.
- ☐ Patient was eligible but chose not to accept insurance or meet with navigator (patient must bring in proof of income per policy: check stubs for past month, tax return, or other approved form)
- ☐ Patient currently has insurance or is eligible and now has insurance (sliding fee per declaration on application; change sliding fee expiration date to 1 year from declaration)
- ☐ Patient no showed or cancelled navigator appointment, was unable to enroll due to enrollment period, or chose not to accept navigator appointment (patient must bring in proof of income)

(Form is scanned into patient record)

Community Health Care **Конфиденциальный Опрос о Состоянии Здоровья Взрослых**
Пожалуйста заполните обе стороны

Дата: _____ **Дата рождения:** _____ **Возраст:** _____ **Имя/Фамилия:** _____

Есть ли у вас аллергия на лекарственные препараты? ☐ Да ☐ Нет На пищевые продукты/смеси? ☐ Да ☐ Нет
Если да, перечислите медикаменты и/или пищевые продукты/смеси и опишите реакцию(ии): _____

Медикаменты, которые вы принимаете в настоящее время: (включая лекарства без рецепта и травы)
Пожалуйста, принесите свои лекарства с собой на следующую встречу, если вы не принесли их сегодня

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Да Нет

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ☐ | ☐ | За последние 12 месяцев, испытывали ли вы неприятные прикосновения от другого человека? Сексуальные контакты насильственным путём? |
| ☐ | ☐ | За последние 12 месяцев, использовались ли в отношении вас угрозы, давление, физическое насилие или что-либо, причиняющее вам боль? |

Ваша История Здоровья: У вас был диагностирован любой из следующих?

Да

- ☐ Анемия
- ☐ Боль в груди / стенокардия
- ☐ Беспокойство/паническое расстройство
- ☐ Артрит
- ☐ Астма
- ☐ Фибрилляция предсердий
- ☐ Сгустки крови
- ☐ Рак(тип) _____
- ☐ ХНЗЛ или эмфизема
- ☐ Депрессия
- ☐ Сахарный диабет

Да

- ☐ Высокий холестерин/ Повышенные липиды
- ☐ Болезни желчного пузыря
- ☐ Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)
- ☐ Сильные головные боли, мигрень
- ☐ Болезнь сердца
- ☐ Проблемы печени
- ☐ Высокое кровяное давление/ Гипертония
- ☐ Сердечный приступ / инфаркт миокарда
- ☐ Почечные проблемы / заболевания почек
- ☐ Инсульт
- ☐ Проблемы с щитовидной железой

Операции/Серьёзные травмы/Госпитализации (укажите год)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Когда была ваша последняя колоноскопия или тест на рак толстой кишки? _____

Только для Мужчин: Имели ли вы когда-то что-либо из нижеперечисленного?

Да Нет

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| ☐ | ☐ | Проблемы предстательной железы | ☐ | ☐ | Проблемы с половыми органами |
| ☐ | ☐ | Заболевание передающееся половым путём? Какое? _____ | | | |

Да Нет

Только для Женщин: Имели ли вы когда-то что-либо из нижеперечисленного?

Да Нет

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | Проблемы с маткой/мат. трубами/яичниками | ☐ | ☐ | Нерегулярные менструации |
| ☐ | ☐ | Удаление матки | ☐ | ☐ | Кровяные выделения между менструациями |
| ☐ | ☐ | Атипичный мазок слизистой шейки матки | Дата последнего мазка: _____ | | |
| ☐ | ☐ | Проблемы с грудью (уплотнения/выделения) | Дата последней маммограммы: _____ | | |
| ☐ | ☐ | Сканирование костей (DEXA) | Дата последнего сканирования: _____ | | |
| ☐ | ☐ | Заболевание передающееся половым путём | Какое? _____ | | |

Беременностей _____ # Выкидышей _____ # Живых родов _____ # Абортов _____

Метод предохранения от нежелательной беременности на данный момент: _____

(др. сторона)

Семейная история: Включая родителей, сестёр, братьев, тётей, дядей, дедушек, бабушек (*родственников по крови*).; **Имел ли кто-либо из членов вашей семьи следующее:**

Состояние	Отец		Мать		Брат/Сестра		Другой родственник	
	Имеет	Возраст начала	Имеет	Возраст начала	Имеет	Возраст начала	Имеет	Родственник
СДВГ/СДВ	☐	_____	☐	_____	☐	_____	☐	_____
Депрессия	☐	_____	☐	_____	☐	_____	☐	_____
Рак (тип: _____) ..	☐	_____	☐	_____	☐	_____	☐	_____
Рак (тип: _____) ..	☐	_____	☐	_____	☐	_____	☐	_____
Рак (тип: _____) ..	☐	_____	☐	_____	☐	_____	☐	_____
Инфаркт/болезнь сердца	☐	_____	☐	_____	☐	_____	☐	_____
Депрессия	☐	_____	☐	_____	☐	_____	☐	_____
Сахарный диабет	☐	_____	☐	_____	☐	_____	☐	_____
Высокий холестерин	☐	_____	☐	_____	☐	_____	☐	_____
Генетическая болезнь (как серповидноклеточная анемия): _____ ...	☐	_____	☐	_____	☐	_____	☐	_____
Высокое кровяное давление	☐	_____	☐	_____	☐	_____	☐	_____
Мигрень	☐	_____	☐	_____	☐	_____	☐	_____
Инсульт	☐	_____	☐	_____	☐	_____	☐	_____
Заболевание щитовидной железы ...	☐	_____	☐	_____	☐	_____	☐	_____
Другой:	☐	_____	☐	_____	☐	_____	☐	_____

Социальная история:

Да	Нет	Опишите
☐	☐	Курение (вид, количество в день) _____
☐	☐	Алкоголь (какой тип, как часто) _____
☐	☐	Напитки с кофеином (какой тип, чашки/банки в день) _____
☐	☐	Были ли вы рождены за рубежом? Если да, то где? _____
☐	☐	Проблемы со сном? (часов сна за ночь) _____
☐	☐	Согласны ли вы с переливанием крови/продуктами крови? _____
☐	☐	Имеете ли вы какие-либо культурные или религиозные убеждения, которые могут повлиять на ваше медицинское обслуживание? _____
☐	☐	Пользуетесь ли вы регулярно ремнями безопасности? _____
☐	☐	Есть ли у вас в доме пожарная сигнализация? _____

Конфиденциальная социальная история:

Используете ли вы рекреационные наркотики? Если да, какой тип? _____
 Как часто? _____ Как вы их принимаете? _____

Каким был ваш пол при рождении? ☐ Мужской ☐ Женский

Какой у вас сейчас пол? ☐ Мужской ☐ Женский ☐ Трансгендер от женщины к мужчине
☐ Трансгендер от мужчины к женщине ☐ Другой ☐ Я предпочитаю не отвечать

Какой сексуальной ориентации вы относитесь? ☐ Лесбиян или гей ☐ Прямой
☐ Бисексуал ☐ Другой ☐ Не знаю ☐ Я предпочитаю не отвечать

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)