

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 лечащий 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 лечащий 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)

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****Анамнез предродового и родового периода**☐ Неизвестен/Усыновление

Вес при рождении: _____ Длина при рождении: _____

Какова была ожидаемая дата рождения вашего ребёнка? _____

Родился ли ваш ребёнок дома? ☐ Да ☐ Нет Возраст матери на момент этой беременности? _____

Число беременностей: _____ Число живых детей: _____ Когда было начато наблюдение за беременной женщиной? _____

Принимала ли мать во время беременности какие-либо медикаменты или лекарства? Если да, какие: _____

Сегодняшние проблемы☐ Да ☐ Нет Имеются ли у вас какие-либо конкретные поводы для беспокойства о вашем ребёнке? Если да, поясните: _____**Медицинский анамнез**

Да Нет

☐ ☐ Используется ли для вашего ребёнка соответствующее его возрасту сиденье и (или) привязной ремень? _____☐ ☐ Наблюдается ли у вашего ребёнка какая-нибудь реакция на лекарства или прививки? _____☐ ☐ Имеются ли у вашего ребёнка какие-либо заболевания, случаи госпитализации или операций, о которых нам ещё не известно? _____☐ ☐ Планируете ли вы вернуться на работу или учёбу (или уже вернулись)? Если да, то когда? Кто будет заботиться (или уже заботится) о вашем ребёнке? _____☐ ☐ Сообщали ли вам когда-нибудь о том, что у вашего ребёнка имеется иммунодефицит? _____**Семейный анамнез**

Отметьте все следующие проблемы, которые имелись у ваших родителей, братьев, сестёр или других детей, и укажите, у кого именно:

Кто?

Кто?

☐ Заболевания 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: _____

(на обороте)

Питание

Да Нет

- ☐ ☐ Кормите ли вы ребёнка грудью? Если да, то по сколько раз за 24 часа? _____ По сколько минут каждый раз? _____
- ☐ ☐ Принимает ли ребёнок какие-нибудь витамины или железо?
- ☐ ☐ Питается ли ваш ребёнок из бутылочки? Детское питание _____ Сколько унций за 24 часа? _____
- ☐ ☐ Принимает ли ваш ребёнок другую пищу? Какую и по сколько за 24 часа? _____
- ☐ ☐ Как по-вашему, не слишком ли много ест ваш ребёнок?
- ☐ ☐ Участвует ли ваш ребёнок в Специальной программе дополнительного питания для женщин и детей грудного и раннего возраста (Women, Infants, and Children, WIC)?

Профила ктическая медицинская помощь

Да Нет

- ☐ ☐ Всегда ли ваш ребёнок спит на спинке?
- ☐ ☐ Всегда ли ваш ребёнок ездит в машине в детском кресле, установленном на заднем сиденье? Лицом назад?
- ☐ ☐ Имеется ли в вашем доме пожарная сигнализация, огнетушители и сигнализация угарного газа?
- ☐ ☐ Проверялась ли эта сигнализация за последние 12 месяцев?
- ☐ ☐ Живёт ли ваш ребёнок вместе с курящим человеком?

Соци альн ые аспекты

Да Нет

- ☐ ☐ Попадал ли ваш ребёнок за последние 12 месяцев в ситуации, где имели место угрозы, толчки, хватание, удары, пинки, поломка вещей или иное причинение вреда?
- ☐ ☐ Испытывал ли ваш ребёнок за последние 12 месяцев некомфортные прикосновения? Насильственные сексуальные контакты?
- ☐ ☐ Вместе с кем живёт ваш ребёнок? _____
- ☐ ☐ Ходит ли ваш ребёнок в дошкольное учреждение?
- ☐ ☐ Передавался ли ваш ребёнок на патронатное воспитание?

Обзор систем (Имеются ли у вашего ребёнка в настоящее время следующие проблемы?)

Да Нет

- ☐ ☐ Глаза (косоглазие, расфокусировка, гнойные выделения, покраснение и т.д.)
- ☐ ☐ Глотание или приём пищи
- ☐ ☐ Кашель, дыхание, одышка, хрипы, посинение или насморк
- ☐ ☐ Рвота
- ☐ ☐ Испражнение (диарея, запор или наличие крови в стуле [выделениях]). Сколько раз в день меняются испачканные памперсы?
- ☐ ☐ Мочеиспускание (выделение мочи) (изменения в частоте или наличие крови в моче [выделениях]). Сколько раз в день меняются мокрые памперсы?
- ☐ ☐ Пуповина
- ☐ ☐ Конечности (стопы, ножки, ручки, кисти)
- ☐ ☐ Постоянный плач

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)