

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 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 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.

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?
- ☐ ☐ Пуговина
- ☐ ☐ 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)