

**Информация о пациенте****Ежегодная Форма Регистрации Для Взрослых**

Юридический Фамилия \_\_\_\_\_

Юридический Имя \_\_\_\_\_

Инициал отчества \_\_\_\_\_

Предпочитаемое имя \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

*Предоставьте свою идентификационную карту сотруднику регистратуры*

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 сообщение 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  Нет Для сельскохозяйственных рабочих?  Да  Нет

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): \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_